



LEBENSNERV

Stiftung zur Förderung der
psychosomatischen MS-Forschung

FORUM PSYCHOSOMATIK

Zeitschrift für psychosomatische MS-Forschung

mutig sein

Es tun, tun, tun

Nicht aus Angst vorm Scheitern
im Schneckenhaus bleiben

Mich nicht behindern
mit meinen Ängsten
vorm Versagen

Das Scheitern als Teil des Lebens begreifen

Den Versuch und den Aufbruch wagen

Die Grenzen des Möglichen
ausloten

täglich neu

Bettina Röser

Inhalt

- 3 Editorial
- 4 Unabwägbar, unreflektiert, unbekannt
Thesen zum schlechten Ruf der MS
- 8 Ausschreibung Zur Peer-Counseling-Weiterbildung des
DMSG-Landesverbandes Berlin (Kurs 2012/2013)
- 12 Meine MS-Erfahrungen
- 18 Leseprobe – Expressives Schreiben und Immunaktivität
22 Kurzanleitung zum Expressiven Schreiben
- 24 Die Zukunft der Psychosomatik im Zentrum der Aufmerksamkeit:
Psychosomatik-Kongress zog über 1200 Teilnehmer an
26 Die Zukunft der Psychosomatik?
28 Placebo und Nocebo-Effekte:
- 30 Arbeitsgemeinschaft Psychosomatik und Neurologie (AGPN)
- 32 Bücherkiste

Titelgedicht: Bettina Röser (siehe auch S. 32, 35)
Fotos: S. 25–28 Thomas Ecke

Impressum



Herausgeberin:
LEBENSNERV – Stiftung zur Förderung
der psychosomatischen MS-Forschung
Krantorweg 1, 13503 Berlin

Tel.: (030) 436 35 42
Fax: (030) 436 44 42
e-mail: lebensnerv@gmx.de
web: www.lebensnerv.de

Stiftungsvorstand:
Dr. Sigrid Arnade
Susanne Same (geb. Wolf)
Gudula Oster

V.i.s.d.P.:
Dr. Sigrid Arnade

Redaktion:
H.- Günter Heiden

Gestaltung:
Enno Hurlin

Druck:
agit-druck

Auflage:
3500

Druck auf 100%Recycling-Papier

Erscheinungsweise:
FORUM PSYCHOSOMATIK
(gegründet 1992 als „Rundbrief“)
erscheint zweimal jährlich,
kostenlos, auch auf Audio-CD

Die Stiftung ist als gemeinnützig
anerkannt. Spendenbescheinigun-
gen werden ausgestellt.

Bankverbindung:
Stiftungskonto-Nr.: 214539-501
Postbank Köln, BLZ: 370 100 50

Liebe Leserinnen und Leser,

in der letzten Ausgabe von FORUM PSYCHOSOMATIK haben wir auf 20 Jahre Stiftungsarbeit zurückgeblickt. In diesem Heft beschäftigen wir uns unter anderem ganz grundsätzlich mit der Multiplen Sklerose und ihrem Ruf. Würde man dieses Thema weiter spinnen und sich fragen, welchen Einfluss der meist schlechte Ruf der MS auf die betroffenen Menschen und möglicherweise auch auf den individuellen Krankheitsverlauf hat, dann sind wir wieder beim Anliegen der Stiftung: Wir beschäftigen uns mit den psychosomatischen Zusammenhängen und suchen dabei nach Wegen, die es Menschen mit MS erleichtern, mit ihrer Krankheit zu leben. Zu diesem Thema finden Sie weitere Anregungen in diesem Heft.

Sollten Sie in Berlin wohnen, so ist vielleicht die Ausschreibung zur Ausbildung als Peer CounselorIn besonders interessant für Sie, die vom DMSG-Landesverband Berlin angeboten wird.

Ein anderes Thema beschäftigt uns in letzter Zeit verstärkt: Was ist Selbsthilfe? Wer darf diesen Namen tragen? Als Stiftung LEBENS-

NERV erleben wir es immer wieder, dass uns dieses Prädikat abgesprochen wird. Wir fragen uns, ob es überhaupt noch mehr Selbsthilfe geben kann, als etwas von und mit Betroffenen für und mit Betroffene/n zu initiieren. Dürfen sich nur solche Verbände „Selbsthilfe-Organisationen“ nennen, in denen Nicht-Betroffene hauptamtlich die ehrenamtlichen Aktivitäten der Betroffenen koordinieren und verwalten? Gerade angesichts der UN-Behindertenrechtskonvention gibt es hier noch erheblichen Diskussionsbedarf. Wenn Sie eine Meinung dazu haben, schreiben Sie uns doch bitte!

Ich freue mich, von Ihnen zu hören oder zu lesen und wünsche Ihnen eine angenehme Sommerzeit!

Ihre



Dr. Sigrid Arnade

Unabwägbar, unreflektiert, unbekannt

Thesen zum schlechten Ruf der MS

von Sigrid Arnade

Anfang Februar 2012 wirkte ein junger Mann namens Ole in der Sendung „Deutschland sucht den Superstar“ mit. Ole berichtete Dieter Bohlen von seiner MS-Diagnose. Bohlen erzählte daraufhin seinen Jurykollegen, Ole sei todkrank, MS sei die gruseligste aller Krankheiten, nach einem Abbau von Knochen- und Muskelmasse könne der betroffene Mensch nicht mehr atmen. – Wer sich mit MS etwas auskennt, weiß, dass das nicht stimmt. Dass die MS besser ist als ihr Ruf, schreibt Wolfgang Weihe seit Jahren in seinen Büchern. Aber woher kommt der schlechte Ruf der MS? Wir haben die Superstar-Sendung zum Anlass genommen, uns mit dieser Frage zu beschäftigen.

„**D**arf ich fragen, weshalb Sie im Rollstuhl sitzen?“ Eine freundliche junge Ärztin stellte mir diese Frage, als ich kürzlich an einer Mammographie-Reihenuntersuchung teilnahm. Mit ihrer Reaktion auf meine ehrliche unbefangene Antwort, ich hätte MS, hatte ich nicht gerechnet: „Oh je, wie schrecklich!“ entfuhr es ihr und sie ergänzte rasch: „Das tut mir aber leid!“ Selten habe ich mich mit meiner MS so schlecht gefühlt.

Später habe ich über diesen Dialog nachgedacht und mich wieder einmal gefragt, was die Botschaft, jemand lebe mit der Krankheit „Multiple Sklerose“, bei den Menschen auslöst. Was verbindet man oder frau mit dieser Information, welchen Ruf hat die MS, wel-

che Bilder zur MS spuken in den Köpfen der Menschen herum? Die Ärztin jedenfalls hätte kaum betroffener reagieren können, wenn ich ihr erzählt hätte, dass mein Leben in wenigen Tagen enden würde.

Tatsächlich lebe ich schon lange ganz gut mit der MS: Vor 35 Jahren erlebte ich erstmals MS-Symptome, sechs Jahre später wurde die Diagnose gestellt, seit über 25 Jahren nutze ich zur Fortbewegung einen Rollstuhl. Nach wie vor bin ich voll berufstätig, erfreue mich ansonsten bester Gesundheit und reise viel und gern durch die Welt.

Natürlich kenne und kannte ich auch Menschen, die sehr unter ihren MS-Symptomen leiden, andere, die aufgrund der MS früh gestorben sind. MS kann für manche

Menschen und ihre Angehörigen ein sehr hartes Schicksal bedeuten. Es liegt mir fern, diese Tatsache beschönigen zu wollen. Gleichzeitig kenne ich aber auch viele Menschen, die schon lange mit wenigen Beeinträchtigungen mit ihrer MS leben und kaum Einschränkungen ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen.

Erste These:

Unberechenbarer Verlauf

Es ist ja bekannt, dass der MS-Verlauf individuell kaum vorhersehbar ist und es viele unterschiedliche Ausprägungen des Krankheitsbildes gibt. Nicht umsonst spricht man bei der MS auch von der „Krankheit mit den 1.000 Gesichtern“. Auf der Suche nach Gründen für das Erschrecken der Mitmenschen bei der Erwähnung von MS könnte eine These folgendermaßen lauten: Die Unabwägbarkeit hinsichtlich der Symptomatik und des weiteren Verlaufs der Krankheit MS ist dafür verantwortlich, dass viele Menschen mit MS ganz unspezifisch etwas Unheimliches, Grauenhaftes verbinden. Gegen diesen Erklärungsversuch

spricht, dass auch die meisten anderen chronischen Erkrankungen individuell völlig unterschiedlich verlaufen, in der Regel mit zunehmenden Einschränkungen verbunden sind und keine sicheren Prognosen zum weiteren Verlauf möglich sind.

Zweite These:

Generationsübergreifende Weitergabe von Einstellungen

Eine weitere These geht in die deutsche Vergangenheit zurück: Das schlechte Image der MS hat mit dem Propaganda-Film für die Euthanasieprogramme der Nationalsozialisten zu tun. Der Film „Ich klage an“ von Wolfgang Liebeneiner wurde 1941 uraufgeführt. In dem Film tötet ein Arzt seine junge MS-betroffene Frau, nachdem er lange vergeblich ein Heilmittel gesucht hat. Die Frau hatte schon kurz nach der Diagnosestellung um Tötung im Falle einer Krankheitsverschlimmerung gebeten, weil sie „nicht zur Last“ fallen wollte. Gegen den Arzt beginnt ein Gerichtsprozess. Zeugen stellen die Tat als Gnadenakt und Erlösung der Frau dar, so dass letztlich

der Arzt zum Ankläger wird. Im Film gibt es keinen Urteilspruch. Die Zuschauenden sollten selbst zu dem Schluss kommen, dass es sich bei der Tötung von unheilbar kranken Menschen letztlich um einen Gnadenakt handelt.

Auch wenn es in dem Film genau genommen um „Tötung auf Verlangen“ geht, diente dieser preisgekrönte Film den NS-Behörden zur Rechtfertigung ihrer systematischen Vernichtung von chronisch kranken und behinderten Frauen, Männern und Kindern. Viele Menschen, die seinerzeit lebten und den Film gesehen haben, werden auch folgende implizite Filmbotschaft verinnerlicht haben: „Tot zu sein ist besser, als mit MS zu leben“. Wer mit dieser Überzeugung lebt, erschrickt natürlich bei der Konfrontation mit Menschen mit MS. Und möglicherweise übertragen sich solche Einstellungen durch Äußerungen über MS auf nachfolgende Generationen, ohne dass diese unbedingt den Film gesehen haben müssen.

Dritte These: Unwissen über das Leben mit einer Behinderung

Ich selbst benötigte bereits drei Jahre nach Diagnosestellung zur Fortbewegung einen Rollstuhl. Das war damals im Jahr 1986 für mich zunächst eine große Erleichterung: Ich wurde wieder schneller als zu Fuß mit Stützen, konnte wieder sel-

ber meine Einkäufe erledigen und mich problemlos mit FreundInnen verabreden, ohne auf einen Parkplatz unmittelbar am Treffpunkt angewiesen zu sein.

Gleichzeitig stellte ich fest, dass viele Mitmenschen sich gar nicht vorstellen konnten, mit Rollstuhl ein gutes Leben zu führen. Häufig bekam ich zu hören „Wie schrecklich: so jung und schon im Rollstuhl“ oder „Da wäre ich lieber tot“. Ich hatte ganz andere Probleme als die Tatsache, dass ich nicht mehr laufen konnte: Fehlende Rollstuhltoiletten erschwerten Unternehmungen; den öffentlichen Nahverkehr konnte ich größtenteils wegen mangelnder Barrierefreiheit nicht nutzen; der Zugang zu Kinos, Restaurants und Theatern blieb mir häufig versperrt. Erschwerend hinzu kam, dass ich als damals 30-jährige Frau plötzlich nicht mehr als Frau, sondern nur noch als Rollstuhl mit Inhalt, also als geschlechtsneutrales Wesen, wahrgenommen wurde. Alle diese Erfahrungen ließen mich behindertenpolitisch auf verschiedenen Ebenen aktiv werden.

Auch heute, mehr als ein Vierteljahrhundert später heißt es im Zusammenhang mit MS immer noch „das kann im Rollstuhl enden“. Wer so etwas sagt oder schreibt, weiß offensichtlich nicht, was ein Leben mit Rollstuhl bedeutet. Außerdem macht er oder sie den großen Fehler, den Rollstuhl als Horrorvision aufzubauen. Menschen mit MS, die ihn vielleicht irgendwann einmal benötigen, können den Rollstuhl dann oft nicht pragmatisch als Fortbewegungsmittel akzeptieren, sondern assoziieren ihn mit dem Ende eines lebenswerten Lebens.

So lautet meine dritte These, dass viele Menschen aus Unwissen über das Leben mit einer Behinderung angesichts eines Rollstuhl erschrecken. Das ist allerdings nicht MS-spezifisch, sondern betrifft alle Menschen, die einen Rollstuhl nutzen.

Oder: Von allem etwas

Vielleicht gibt es nicht die eine richtige Antwort auf die Frage, warum Menschen bei der Erwähnung der Diagnose „Multiple Sklerose“ oftmals zusammenzucken. Vielleicht handelt es sich wie bei der MS-Entstehung um ein multifaktorielles Geschehen: Vielleicht spielen alle erwähnten Faktoren bei verschiedenen Menschen in unterschiedlichem Ausmaß eine Rolle. Vielleicht gibt es auch noch weitere Komponenten. Wenn Sie, liebe

Leserinnen und Leser, eigene Ideen zu dem Thema einbringen möchten, dann schreiben Sie uns doch. Ich bin gespannt auf eine anregende Debatte!

Zurück zu meinem Erlebnis bei der Mammographie: Als die Ärztin so erschrocken reagierte, bemühte ich mich reflexartig, ihr zu versichern, dass es mir doch wunderbar ginge und alles kein Problem sei. „Auch Blödsinn“, dachte ich später. Gleichzeitig habe ich mich gefragt, wie sie wohl reagiert hätte, wenn ich gesagt hätte, dass ich eine Muskeldystrophie habe oder querschnittgelähmt bin. Hätte sie dann erleichtert reagiert mit den Worten „Na, dann haben Sie ja noch einmal Glück gehabt“?

Si

Wer will sich zum/zur BeraterIn weiterbilden lassen?

AUSSCHREIBUNG ZUR PEER-COUNSELING-WEITERBILDUNG DES DMSG-LANDESVERBANDES BERLIN (KURS 2012/2013)

Die Beratung beim DMSG-Landesverband Berlin e.V. soll unter dem Aspekt der Qualitätssicherung ausgebaut und professionalisiert werden. Dazu bietet der Berliner Landesverband in Zusammenarbeit mit der Stiftung LEBENSNERV jetzt erstmalig eine Weiterbildung an, die sich am Konzept des Peer-Counseling („Betroffene beraten Betroffene“) orientiert. Lesen Sie nachfolgend die Ausschreibung zur Weiterbildung und bewerben Sie sich, falls Sie BerlinerIn sind, bei Interesse bis spätestens 30. Juni 2012!

WAS VERSTEHT MAN UNTER DEM „PEER-COUNSELING-ANSATZ“?
Der Begriff „Peer-Counseling“ stammt aus der weltweiten „Independent Living-Bewegung“ behinderter Menschen, die für Selbstbestimmung, Selbsthilfe und Eigenverantwortung eintritt. Hier sind die BeraterInnen „peers“, „Gleiche“, also Menschen, die Ähnliches erlebt haben wie ihre GesprächspartnerInnen.

Bei der gemeinsamen Suche nach einem besseren Weg mit der Krankheit bringen die betroffenen BeraterInnen ihre eigenen Erfahrungen mit ein: ihre Mühen und Ängste, aber auch ihr Selbstvertrauen und ihren Mut. Das Ziel des „Peer-Counseling“ ist, behinderte Ratsuchende in ihrem Selbstwertgefühl zu stärken und sie in ihrem Selbsthilfepotenzial zu unterstützen, eigene Problemlösungen zu entwickeln.

Dies bedeutet vor allem, eine parteiliche Beratung durchzuführen, also „parteilich“ im Sinne des/der Ratsuchenden vorzugehen und sich bei der Beratung nicht an eigenen Vorstellungen und/oder unerfüllt gebliebenen Zielen zu orientieren.

Dadurch, dass der Berater oder die Beraterin zum einen selber behindert oder chronisch krank ist, zum anderen zusätzlich die fachliche Qualifikation als BeraterIn mitbringt, kann sich eine größere Vertrauensbasis entwickeln. Im Beispiel des selbstbestimmten Lebens mit Behinderung oder chronischer Krankheit eines/r selbst betroffenen BeraterIn können Ratsuchende eine Vorbildrolle für sich selbst entdecken.

Die eigene Erkrankung an MS alleine genügt jedoch nicht, um als BeraterIn zu arbeiten. Eine fachliche Qualifikation ist dazu unbedingte Voraussetzung. Deshalb bietet der Landesverband Berlin der DMSG die nachstehende Weiterbildung an. Die Basis bildet dabei das Curriculum der Stiftung LEBENSNERV, die eine solche Weiterbildung bereits durchgeführt hat.

WELCHE INHALTE WERDEN ANGEBOTEN?

Folgende Themenbereiche werden in der Weiterbildung angeboten:

- Biographiearbeit, Selbsterfahrung, Gesprächsführung, Beratungsinterventionen
- Ganzheitliche Sicht von MS, subjektive Krankheitstheorien, sekundärer Krankheitsgewinn
- Philosophie von Selbstbestimmt Leben, Empowerment und einer menschenrechtlichen Sicht von Behinderung
- Grundlagen der parteilichen Beratungsarbeit, Beratungsübungen, Rollenspiele
- Medizinisches System, Verhältnis: ÄrztInnen-PatientInnen
- Einzelthemen, u.a.: Abschied, Trauer, Assistenz, Sexualität, Familie, Partnerschaft, Leben mit und ohne Beruf

WER SIND DIE AUSBILDERINNEN?

Alle AusbilderInnen sind selbst behindert oder chronisch krank, es handelt sich vorrangig um MS-betroffene AusbilderInnen, die sich bereits intensiv mit der eigenen Behinderung oder ihrer chronischen Krankheit auseinandergesetzt haben. Alle AusbilderInnen vertreten eine ganzheitliche, integrierte Sicht von MS sowie eine menschenrechtliche Sicht von Behinderung und sind dem Konzept von Selbstbestimmung und Empowerment verpflichtet.

WELCHE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN GIBT ES?

Die Weiterbildung wendet sich vorrangig an MS-betroffene Personen aus Berlin. Seit der Diagnosestellung muss mindestens ein Jahr vergangen sein. Das Mindestalter ist 18 Jahre. Die BewerberInnen sollten sich bereits mit der eigenen Erkrankung auseinandergesetzt und die Erkrankung akzeptiert haben sowie Authentizität und Offenheit mitbringen.

Die BewerberInnen sollen offen für eine ganzheitliche Sicht des Lebens mit der Erkrankung an MS und für die Idee des „selbstbestimmten Lebens“ sein. Eine Ausbildung in einem bestimmten Grundberuf ist nicht zwingend erforderlich. Erwünscht, aber nicht zwingend notwendig sind Beratungserfahrungen (in Selbsthilfegruppen).

Da für wesentliche Teile der Kommunikation in der Weiterbildung auch elektronische Medien genutzt werden, sind technische Voraussetzungen und inhaltliche Kenntnisse im Umgang mit Internet und e-mail erforderlich.

WIE SIND DIE RAHMENBEDINGUNGEN?

Zahl der TeilnehmerInnen: Im Kurs stehen zehn Weiterbildungsplätze zur Verfügung.

Dauer: Die Weiterbildung erfolgt im Zeitraum September 2012–September 2013. Im Jahr 2012 finden ein Informations-, Kennenlern- und Motivationswochenende (Samstag/Sonntag), ein Wochenblock zur Selbsterfahrung und zwei weitere Wochenendseminare (Samstag/Sonntag) statt. Im Jahr 2013 finden sieben Wochenendseminare statt. Begleitend über die gesamte Zeit werden Kommunikation in der Peer-Gruppe, Beratungsübungen und Einzelsupervision durchgeführt.

Ort: Alle Wochenendseminare finden in einem Tagungszentrum in Berlin statt. Das Tagungszentrum ist barrierefrei zugänglich. Die Selbsterfahrungswoche wird im Haus Rheinsberg (Brandenburg) durchgeführt.

WAS KOSTET DAS?

Die Kosten für das Informationswochenende betragen 40,- Euro. Damit werden anteilig Kosten für Unterkunft, Verpflegung und AusbilderInnen gedeckt. Die Anreise ist selbst zu zahlen.

Der Eigenanteil für den anschließenden Kurs beträgt 500,- Euro pro TeilnehmerIn. Darin sind Unterkunft und Verpflegung und die Kosten für die gesamte Ausbildung enthalten. Die Anreise muss jeweils selbst gezahlt werden. Auf Antrag ist eine Reduzierung des Eigenanteils und/oder eine Ratenzahlung möglich. Die Supervision wird von der DMSG LV Berlin bezuschusst.

TERMINE DER AUSBILDUNG 2012/2013:

Informationswochenende: 22./23. September 2012

Selbsterfahrungswoche: 22.–26. Oktober 2012

Wochenendseminare:

17./18. November 2012

08./09. Dezember 2012

19./20. Januar 2013

16./17. Februar 2013

16./17. März 2013

13./14. April 2013

11./12. Mai 2013

08./09. Juni 2013

07./08. September 2013

GIBT ES EIN ZERTIFIKAT?

Nach Abschluss der Weiterbildung wird ein Zertifikat vergeben. Dazu sind drei Voraussetzungen erforderlich:

- Teilnahme an der gesamten Weiterbildung einschließlich aller Zwischenaufgaben, Beratungsübungen und Supervisionen
- Nachweis von Supervisionen durch schriftliche Bestätigung der SupervisorInnen
- Falldarstellung und Dokumentation (schriftliche Arbeit), abzugeben vor dem letzten Wochenende

Über die Vergabe eines Zertifikates entscheidet die AusbilderInnenkonferenz. TeilnehmerInnen, die kein Zertifikat bekommen, erhalten eine Teilnahmebestätigung mit der Auflistung der absolvierten Inhalte.

WIE KANN ICH MICH BEWERBEN?

Voraussetzung für die Teilnahme am Zulassungsverfahren ist ein Bewerbungsschreiben mit ausführlichem Lebenslauf und die Bestätigung, an allen Ausbildungsterminen teilzunehmen. Im Bewerbungsschreiben sollte die Bedeutung der Erkrankung für das eigene Leben, die Darstellung der eigenen Fähigkeiten, die Motivation für die Weiterbildung und die Darstellung der eigenen Perspektiven nach der Weiterbildung enthalten sein.

Auf Basis des Bewerbungsschreiben werden maximal 20 BewerberInnen ausgewählt. Die so ausgewählten BewerberInnen führen dann ein Gespräch mit einer/m Ausbilder/in. Aufgrund der Gespräche erfolgt eine weitere Auswahl und eine Einladung zum Informations-, Kennenlern- und Motivationsklärungswochenende. Angestrebt wird zum Ende des Wochenendes eine einvernehmliche Entscheidung darüber, ob eine Teilnahme an der Weiterbildung, die Nichtteilnahme oder eine Platzierung auf der Warteliste in Frage kommt. In strittigen Fällen entscheiden die AusbilderInnen in Abstimmung mit der DMSG.

INTERESSENTINNEN SCHICKEN IHRE BEWERBUNGEN AN:

DMSG LV Berlin

Stichwort „Peer Counseling“

Paretzer Str. 1

10713 Berlin

Für Rückfragen steht Ihnen Robert Bauer (*Geschäftsführer*) unter der E-mail-Adresse info@dmsg-berlin.de und Tel.-Nr. 030/3130647 zur Verfügung.

Meine MS-Erfahrungen

In FORUM PSYCHOSOMATIK veröffentlichen wir in unregelmäßigen Abständen die Erfahrungsberichte von Frauen und Männern, die mit der Diagnose MS leben. Darin wird oft unter anderem ein persönlicher Erfolg im Umgang mit der Erkrankung dargestellt. Die Redaktion legt Wert auf die Feststellung, dass dies keine allgemeine Empfehlung für eine bestimmte Form oder Richtung einer Therapie darstellt (d. Red.).

Seit einigen Jahren lese ich* mit großem Interesse „Forum Psychosomatik“. Als MS-Betroffener freue ich mich, dass es hier eine Publikation gibt, die sich regelmäßig und fachlich fundiert mit den psychosomatischen Zusammenhängen der MS auseinandersetzt. Die meisten Beiträge werden von medizinischen Fachleuten geschrieben, die verständlicherweise wissenschaftlichen Ansprüchen genügen wollen (und müssen). Zum Glück sind die Artikel in der Regel dennoch so geschrieben, dass sie auch für medizinische Laien verständlich sind. Für die Betroffenen ist es von großem Wert, wenn sich Ärzte und Professoren den psychosomatischen Aspekten der MS widmen. Daher habe ich mich sehr über die interessanten Artikel der Professoren Ulrich Schwantes (über das Narrative in der hausärztlichen Medizin), Hartmut Schröder

(über Kommunikation in der Medizin und einen neuen Master-Studiengang für komplementäre Medizin und Heilkunde an der Viadrina) sowie Dieter Janz (über seine Studienerfahrungen bei Viktor von Weizsäcker) in der Ausgabe 1 – 2008 gefreut. Gleichwohl würde ich es begrüßen, wenn – ganz im Sinne des „Empowerment“ – mehr Betroffene zu Wort kämen und ein intensiverer Dialog zwischen Betroffenen und Fachleuten in Gang kommen würde.

Daher war es für mich eine erfrischende Abwechslung, den recht ausführlichen Erfahrungsbericht von Frau Praetorius in der Ausgabe 1 – 2008 zu lesen. Insbesondere ihre zahlreichen Verweise auf die unterstützende Wirkung verschiedener (psycho-)therapeutischer Verfahren – von Einzeltherapie über Gruppentherapie (Psychodrama) und psychosomatische

Kuraufenthalte bis zur Gestalttherapie – sowie die entspannenden und heilsamen Effekte künstlerischer Aktivitäten (Theater spielen, Tanzen, Klavier spielen) waren sehr beeindruckend. Auch die Schilderung der Unterstützung durch ihren Arbeitgeber und Schwerbehindertenvertreter ihres Betriebs sowie die mit Hilfe einer Teil-Rente fortgesetzte Berufstätigkeit sind ermutigende Beispiele für andere Betroffene.

Meine Symptome

Im Laufe der Jahre bin ich mit den meisten der MS-typischen Symptome konfrontiert worden: von der initialen Sehnervenentzündung über Kribbelparästhesien und Missempfindungen in den Fingerspitzen und Fußsohlen (die mich seit nunmehr fast 25 Jahren begleiten), Gang- und Gleichgewichtsstörungen (meine Gehstrecke mit Unterarmgehstützen beträgt jetzt noch 50 bis maximal 100 Meter), Blasen- und Mastdarmstörungen (Harn- und Stuhlinkontinenz, chronische Obstipation), sexuelle Funktionsstörungen (erektile Dysfunktion, Libidoverlust), vorschnelle Er-

schöpfung und Ermüdbarkeit / Fatigue-Syndrom, Überempfindlichkeit gegen Hitze (Uhthoff-Phänomen), bis zu psychischen Verstimmungen (wen wundert es, wenn man bei dieser Liste von Symptomen manchmal „schlecht drauf“ ist?).

Selbstverständlich habe ich die meisten der schulmedizinischen Diagnose- und Therapieverfahren über mich ergehen lassen: von EEG, AEP, SEP und VEP über rund ein Dutzend Kernspin- bzw. Magnetresonanztomografien bis zur Lumbalpunktion.

Die „schulmedizinische“ Medikation reichte – neben der symptomatischen Behandlung mit z.B. Detrusitol, Movicol und Lecicarbon-Zäpfchen zur Linderung der Blasen- und Darmprobleme – von mehrwöchigen Cortison-Therapien in Tablettenform (80 mg Urason, langsam ausschleichend), über Cortison-„Stoßtherapie“ (4 Tage à jeweils 1.000 mg), bis zu knapp drei Jahren Therapie mit Rebif (Interferon-beta 1a) von 2002 bis 2005 sowie einen „Therapieversuch“ mit Copaxone (Glatirameracetat) von 2008 bis 2010.

Die zuletzt genannten Medikationen mit nur mäßigem Erfolg und heftigen Nebenwirkungen, die zu einem Abbruch dieser Therapien führten.

Grenzen der Schulmedizin

Auch ich habe daher in den vielen Jahren, in denen ich mit MS lebe, im Wissen um die Grenzen der Schulmedizin zahlreiche alternative und komplementäre Therapieversuche unternommen und von einigen auch deutlich profitiert: von Reiki (I. und II. Grad), über Amalgamentfernung und -ausleitung, (Einzel- und Gruppen-) Gestalttherapie, Homöopathie, Akupunktur, Feldenkrais, Cranio-Sakral-Therapie, diverse Nahrungsergänzungsmittel, Vitamine, Spurenelemente, Algen, bis zu Schlangengiften („Horvi“ – dies löste bei mir aber leider im Jahr 2002 den letzten, sehr heftigen Schub aus!). Seit neun Jahren praktiziere ich „Zellklarheit“ nach und mit Beatrice Gündüz (www.zellklarheit.de). Dies ist für mich zurzeit der erfolgversprechendste Weg, meine MS anzunehmen, in Frieden mit ihr zu leben und mich hoffentlich eines Tages ganz von ihr verabschieden zu können.

Auch bei der Entstehung „meiner“ MS liegen multifaktorielle Einflüsse vor: ein Großonkel mit MS (genetische Disposition), Pfeiffer'sches Drüsenfieber (Epstein-Barr-Virus!) im Alter von fünf, eine

virale Meningoenzephalitis (Gehirnhautentzündung) im Alter von neun und eine rezidivierende Nebenhodenentzündung im Alter von 16 Jahren, Ernährungsfehler (Umwelteinflüsse), etc. Aufgrund der Reflexion meiner eigenen Krankengeschichte im Rahmen einer fast zweijährigen, sehr intensiven, so genannten „erweiterten“ Gestalttherapie und vor allem während der jetzt mehr als neunjährigen Praxis von Zellklarheit bin ich aber der festen Überzeugung, dass psychische Ursachen – und nicht nur „Auslöser“ – bei der Entstehung der MS ebenfalls eine entscheidende Rolle gespielt haben: Das erste Symptom im Sinne einer rechtsseitigen Retrobulbärneuritis (Sehnervenentzündung) trat bei mir 1981 im Alter von 19 Jahren auf – zwei Monate nach meinen schriftlichen Abiturprüfungen und vier Monate nachdem meine damalige Freundin entführt und vergewaltigt wurde! Nach zwei Wochen stationärem Aufenthalt im Universitäts-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf wurde ich als „geheilt“ entlassen. Eine Focus-Suche in der Inneren Medizin, Neurologie und Urologie hatte keine Ergebnisse erbracht. Von MS war – zum Glück – keine Rede. So konnte ich in den folgenden Jahren unbeschwert mein Studium absolvieren, Sport treiben und mein Leben genießen.

Erst fünf Jahre später traten 1986 während meines Studiums in London erste Kribbelparästhesien in den Fingerspitzen und Fußsohlen auf – nach einem Streit mit meinem damaligen Mitbewohner und dem misslungenen Versuch, mich endgültig aus den familiären Bindungen meiner Herkunftsfamilie zu befreien! Auch nach umfangreichen Untersuchungen im National Hospital for Nervous Diseases am Queen Square in London wurde mir keine Diagnose mitgeteilt. Nach einem beschwerdefreien Intervall stellten sich nach weiteren sieben Jahren 1993 die ersten Gangstörungen ein, ca. drei Monate nach meiner – nicht ganz in meinem Sinne verlaufenen – Eheschließung! Der Wechsel vom schubförmigen in einen sekundär chronisch-progredienten Verlauf der MS erfolgte bei mir nach weiteren vier Jahren 1997 – nach einer außerehelichen Beziehung meinerseits, die meine damalige Ehefrau vehement (und erfolgreich) bekämpfte. Ich denke, dies sind genügend Belege für die psychischen Ursachen der jeweiligen Verschlechterungen.

Stärkere Forschungsanstrengungen erforderlich

Ich würde es begrüßen, wenn stärkere Anstrengungen zur Erforschung der Zusammenhänge zwischen psychischen Ursachen (nicht nur: „Auslösern“) und körperlichen Folgen bzw. zwischen den neurobiologischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Ansätzen bei der MS stattfänden. In diesem Zusammenhang verspreche ich mir sehr viel von den Arbeiten Professor Johann Caspar Rüeggs und habe seinen Artikel über „das feine Zusammenspiel zwischen Psyche und Immunsystem“ in der Ausgabe 2 – 2008 mit großem Interesse gelesen.

Ähnlich wie Frau Praetorius habe ich übrigens auch sehr positive und heilsame Erfahrungen mit dem regelmäßigen Spielen eines Musikinstrumentes machen können. Nachdem ich 2005 nach einem Sturz einen Bruch des Oberschenkelknochens erlitt, war ich insgesamt 16 Monate krank geschrieben, davon sechs Monate Rollstuhlfahrer (ironischerweise nicht, wie jahrelang befürchtet, aufgrund der MS, sondern wegen der fehlenden Belastbarkeit des gebrochenen Oberschenkels). Nach einem knapp sechswöchigen Krankenhausaufenthalt und weiteren elf Wochen stationärer Kurzzeitpflege zog ich zu meiner Lebensgefährtin, einer Geigenlehrerin und ihren vier Kindern, die alle ein In-

strument spiel(t)en (Geige, Querflöte, Cello, E-Bass und Gitarre).

Das Leben in dieser Familie war und ist für mich immer wieder eine Herausforderung, aber auch Bereicherung – beides nicht nur wegen der Musik. Während dieser Zeit habe ich im Alter von 44 Jahren – mit MS und ohne musikalische Vorkenntnisse – nach einigen Klavierstunden begonnen, Geige zu lernen und ein Jahr später als zweites Instrument noch die Gitarre hinzugenommen. Ich habe in drei Jahren viel auf diesen beiden Instrumenten gelernt, das ich nicht für möglich gehalten hätte. Und: ich habe nach jeder Übungs- und Unterrichtsstunde eine Verbesserung meines psychischen und körperlichen (!) Befindens verspürt; für mich ein weiterer Beleg für das Zusammenspiel zwischen Körper und Psyche! Während die manuellen Griffe auf den Instrumenten meine eigene Ergotherapie waren, waren die wöchentlichen Unterrichtsstunden bei den Lehrern gleichzeitig auch immer sehr angenehme soziale Kontakte. Insofern war und ist Musik für mich auch Therapie!

Ähnlich wie Frau Praetorius beziehe auch ich eine teilweise Erwerbsminderungsrente, die es mir bei relativ geringen finanziellen Verlusten ermöglicht, Arbeit mit Therapien (siehe oben), Familie und Freizeit in Einklang zu bringen. Nachdem ich sieben Jahre als Führungskraft und weitere sieben Jahre als Referent, stellvertretender Referatsleiter und Redenschreiber in verschiedenen Ministerien und Behörden gearbeitet habe (trotz MS meistens mit 50 bis 60 und mehr Arbeitsstunden pro Woche), bin ich seit fünf Jahren als Berufsberater in Teilzeitform tätig. Diese Tätigkeit macht mir mehr Freude als ich jemals gedacht hätte. Durch Zellklarheit habe ich erkannt, dass ich die Anerkennung meiner Person früher nur von „außen“, d.h. über schulische, universitäre und berufliche Erfolge bzw. über „Karriere“ bezogen habe. Dies brauche ich jetzt nicht mehr.

Erfahrungen mit ÄrztInnen

Die negativen Erfahrungen, die viele Betroffene mit ÄrztInnen gemacht haben, kann ich im Übrigen nicht bestätigen. Den Ärzten, die mich seit einigen Jahren behandeln, gebührt Anerkennung, Dank und Respekt für ihr Einfühlungsvermögen, ihre Zeit und ihre Geduld, die sie mir trotz der Restriktionen unseres Gesundheitswesens entgegengebracht haben.

Allerdings habe ich zu Beginn meiner Erkrankung vor vielen Jahren auch eine sehr negative, schockierende und prägende Erfahrung gemacht: Nachdem ich vom Chefarzt der Neurologie eines großen städtischen Krankenhauses ambulant untersucht worden war, schlug er mir zum Zweck weiterer neurologischer Untersuchungen einschließlich erstmaliger Lumbalpunktion einen einwöchigen stationären Aufenthalt vor, ohne mir seinen Verdacht mitzuteilen. Da ich mich noch recht gut an die Lumbalpunktionen erinnern konnte, die ich als Neunjähriger während der Diagnose und Behandlung einer Gehirnhautentzündung erlebt hatte, zögerte ich. Als ich vor dem Verlassen des Krankenhauses einen Termin für die stationäre Aufnahme mit der Sekretärin des Chefarztes vereinbaren sollte, fragte sie mich: „Hat der Doktor mit Ihnen über Ihre Krankheit gesprochen?“ Als ich verneinte, fragte sie: „Hat er Ihnen gesagt, dass Sie MS haben?“ In diesem Fall war es also nicht der Arzt, sondern dessen Sekretärin, die sehr unachtsam mit ihrer Aussage war.

Ich kann gar nicht beschreiben, wie ich mich in jenem Moment fühlte. Ich verließ wortlos das Krankenhaus und ging wie benebelt nach Hause. Es folgten schlimme Wochen und Monate, in denen ich mir die (vermutlich üblichen) Fragen stellte: Wann werde ich im Roll-

stuhl sitzen? Welche Auswirkungen hat MS auf meine Sexualität? Ist die Krankheit vererbbar? Werde ich jemals Kinder haben können? Welcher Arbeitgeber würde mich jetzt noch einstellen? Wie lange werde ich noch Sport treiben können? Ich wusste nichts über MS, außer dass es sich um eine sehr schlimme Krankheit handelt, in deren Verlauf man vermutlich im Rollstuhl enden würde.

Mein damaliger Hausarzt wusste auch nicht viel über MS. Es dauerte lange, bis ich einen Neurologen fand, dem ich vertraute. Die Lumbalpunktion und damit die endgültige Diagnose habe ich erst viele Jahre später durchführen lassen!

** Der Name und die vollständige Adresse des Autors sind der Redaktion bekannt. Er hat darum gebeten, dass sein Name nicht veröffentlicht wird.*

Expressives Schreiben und Immunaktivität – gesundheitsfördernde Aspekte der Selbstöffnung

von Andrea B. Horn, Matthias R. Mehl, Fenne große Deters

Einleitung

Ob in Tagebüchern, Blogs, Briefen, E-Mails oder Romanen – viele Menschen schreiben über das, was sie bedrückt und beschäftigt. Goethe ließ die fiktive Person Werther Briefe schreiben, um über seine unglückliche Liebe hinwegzukommen, Kafka versuchte in seinem nie versandten „Brief an den Vater“ seine schwierige Beziehung zu seinem Vater aufzuarbeiten und Anne Frank half ihr Tagebuch dabei, ihre bedrückende Situation zu ertragen. Warum aber greifen so viele Menschen zum Stift, um ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen und sich selbst zu öffnen?

Betrachtet man die Situationen, die Menschen dazu bringen, über

ihre Gefühle und Gedanken zu schreiben, scheint Schreiben insbesondere bei der Auseinandersetzung mit belastenden Erfahrungen als hilfreich erlebt zu werden. Stellt das Schreiben von Tagebüchern, Briefen, Romanen und Ähnlichem also eine effektive Copingstrategie dar? Fördert es die Verarbeitung von bedrückenden Erlebnissen und erleichtert es den Umgang mit negativen Gefühlen?

In den achtziger Jahren begann James W. Pennebaker erstmals dieses Phänomen mittels einer standardisierten Schreibaufgabe wissenschaftlich zu erforschen und die Effekte des Schreibens auf die körperliche und seelische Gesundheit des Schreibenden empirisch

* Leseprobe (ohne Literaturangaben) aus:

Andrea B. Horn/Matthias R. Mehl/Fenne große Deters: Expressives Schreiben und Immunaktivität – gesundheitsfördernde Aspekte der Selbstöffnung.

In: Christian Schubert (Hg.): Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. Schattauer Verlag, Stuttgart 2011, S. 208–210, 224

Kontakt zur Autorin:

Andrea Horn, Universität Zürich,
Psychopathologie und Klinische Intervention,
Binzmühlenstr. 14/17, CH-8050 Zürich
E-mail: andrea.horn@psychologie.uzh.ch

**„Give sorrow words; the grief that does not speak,
Whispers the o'er-fraught heart and bids it break.“**

*„Gebt euerm Schmerz Worte: ein stummer Schmerz
presst seine Klagen in das Herz zurück, und macht es brechen.“*

Shakespeare, Macbeth, 6. Szene, 4. Aufzug

**„Am besten gefällt mir noch, dass ich das, was ich denke
und fühle, wenigstens aufschreiben kann, sonst würde ich
komplett ersticken.“**

Anne Frank (16. März 1944)

abzubilden (Pennebaker u. Beall 1986). Bestechend durch die Einfachheit der Anwendung und die vielseitigen positiven Effekte hat das Paradigma des Expressiven Schreibens in den letzten zwanzig Jahren zu einer Vielzahl an Forschungsarbeiten und Anwendungsideen in sehr unterschiedlichen Bereichen von Psychologie und Medizin inspiriert.(...).

Das Ziel des vorliegenden Kapitels ist es, einen Überblick über die Forschung zum Expressiven Schreiben unter besonderer Berücksichtigung psychoimmunologischer Befunde zu geben und die Möglichkeiten und Grenzen der Anwendung des Expressiven Schreibens im Rahmen der Psychotherapie zu diskutieren. Nach einer Einführung wird ein kurzer Überblick über das Paradigma des Expressiven Schreibens gegeben. Der dritte Teil des Kapitels beschäftigt sich mit den Effekten des Expressiven

Schreibens unter besonderer Berücksichtigung immunologischer Befunde. Danach werden existierende Erklärungsmodelle diskutiert. Im letzten Teil werden Potenziale des Paradigmas für die psychotherapeutische Anwendung aufgezeigt.

Das Paradigma des Expressiven Schreibens

In den achtziger Jahren entwickelte James W. Pennebaker das Paradigma des Expressiven Schreibens (ES): In seiner ersten Studie (Pennebaker u. Beall 1986) ließ er Studenten an vier aufeinanderfolgenden Tagen für jeweils 15 min über ein traumatisches Erlebnis und die Kontrollgruppe über ein oberflächliches Thema schreiben.

Direkt nach den Schreibsitzungen waren die Probanden aus der Experimentalgruppe schlechterer Stimmung und wiesen einen höheren Blutdruck auf – langfristig zeig-

te sich jedoch, dass sie in den auf das Experiment folgenden sechs Monaten deutlich seltener zum Arzt gingen als jene Studenten, die lediglich über ein belangloses Thema geschrieben hatten. Ausgehend von diesen Befunden ist das Paradigma des ES in vielfältigen Abwandlungen von Instruktion,

Begriffsbestimmung

In diesem Kapitel wird der Begriff „Expressives Schreiben“ (ES) verwendet, der zu den Bezeichnungen Emotionales Schreiben und Disclosure-Schreiben synonym ist und den englischen Begriffen expressive writing, emotional writing, written disclosure sowie disclosive writing entspricht.

Schreibthema, Dauer, Häufigkeit und Abstand der Schreibsitzungen angewendet worden. Zahlreiche Studien zeigten positive Effekte dieser wenig aufwendigen Intervention auf die körperliche und seelische Gesundheit sowie auf objektive Verhaltensdaten.

Der Ablauf des klassischen Paradigmas lässt sich folgendermaßen beschreiben:

- Die Teilnehmer werden randomisiert (*per Zufall ausgewählt, d. Red.*) einer von zwei Gruppen zugewiesen.
- Die Probanden der Kontrollgruppe werden gebeten, über ein oberflächliches, nicht emotionales Thema (z.B. das persönliche Zeitmanagement) zu schreiben. Dagegen wird die Experimentalgruppe aufgefor-

dert über die traumatischste Erfahrung ihres Lebens, ein sehr stressiges Erlebnis oder ein emotional extrem wichtiges Thema zu schreiben.

- Als Instruktion für die Experimentalgruppe wird mit geringfügigen Abwandlungen meist die Folgende eingesetzt: „In den nächsten (drei) Tagen möchte ich Sie bitten, über Ihre tiefsten Gedanken und Gefühle zu der bisher traumatischsten Erfahrung Ihres Lebens zu schreiben. Alternativ können Sie auch über ein für Sie emotional extrem wichtiges Thema schreiben, das Ihr Leben tiefgreifend beeinflusst hat. Beim Schreiben bitte ich Sie loszulassen und Ihre tiefsten Gedanken und Gefühle zu erforschen. Sie können Ihr Thema in Verbindung bringen mit Beziehungen zu anderen Menschen, mit denen Sie Umgang haben, z.B. Ihrem Partner, Freunden oder Verwandten. Fragen Sie sich, welche Zusammenhänge Sie mit Ereignissen aus Ihrer Vergangenheit, Ihrer gegenwärtigen Situation oder Ihrer Zukunft sehen oder wer Sie damals waren, wie sie sich derzeit sehen oder wie sie gerne wären. Kümmern Sie sich nicht um Rechtschreibung, Satzbau oder Grammatik. Schreiben Sie bitte möglichst ohne Unterbrechung, bis die Zeit zu Ende ist. Alles was

Sie schreiben wird absolut vertraulich behandelt werden.“

- Die 15–20-minütigen Schreibsitzungen finden üblicherweise an 3–5 Tagen im Labor statt. Dabei schreiben die Probanden einzeln, in ruhiger, Privatheit signalisierender Atmosphäre, und es wird ihnen zugesichert, dass das Geschriebene anonym bleibt und sie keinerlei Rückmeldung erhalten.

Bemerkenswert ist, dass im Durchschnitt jeder zweite Proband über Erfahrungen schreibt, die ohne Weiteres als traumatisch bezeichnet werden können – und dies selbst in Stichproben, die beispielsweise aus Studenten bestehen, bei denen kein gesteigertes Risiko erwartet werden kann. Unabhängig von Alter oder sozioökonomischem Hintergrund berichten Probanden über ein breites Spektrum persönlicher Schicksale, wie:

- Vergewaltigungen
- körperlichen und emotionalen Missbrauch
- Selbstmordversuche
- Drogenprobleme
- tragische Unfälle
- Todesfälle
- gescheiterte Liebesbeziehungen
- Scheidungsdramen

In Anbetracht dieser Themen sind die Schreibsitzungen häufig von negativen Emotionen begleitet und die Teilnehmer werden – für den Fall, dass diese Emotionen länger

anhalten oder sich verschlimmern – über psychologische Hilfsangebote informiert. Rund 98% der Probanden geben jedoch an, dass das Schreiben eine wertvolle und persönlich bedeutsame Erfahrung war und sie jederzeit wieder an einer derartigen Studie teilnehmen würden (*Pennebaker u. Beall 1986*).

Wirksamkeit des Expressiven Schreibens

Allgemeine Wirksamkeit

Es existiert inzwischen eine beträchtliche Anzahl an Studien, die positive Effekte des ES auf die körperliche und seelische Gesundheit nachweisen. Generell zeigt sich, dass Teilnehmer, die über traumatische Erfahrungen schreiben, in den Monaten nach der Studie im Vergleich zur Kontrollgruppe:

- weniger zum Arzt gehen,
- verbesserte Immunparameter aufweisen,
- weniger Symptome berichten,
- weniger depressiv und ängstlich sind und
- sich subjektiv wohler fühlen.

Positive Effekte wurden weiterhin für eine Reihe objektiver Verhaltensdaten, wie die Wiederanstellungszeit nach Entlassung, die Abwesenheit vom Arbeitsplatz und den Notendurchschnitt nachgewiesen.

Bemerkenswert ist nicht nur das Spektrum der Effekte, sondern auch die Generalisierbarkeit des Paradigmas: von Studierenden

und Insassen eines Hochsicherheitsgefängnisses bis hin zu schwer kranken Patienten und entlassenen Mitarbeitern eines Elektronikunternehmens erwiesen sich die Effekte als robust. Studien aus diversen Ländern (unter anderem den USA, Mexiko, Neuseeland, Japan, Israel, England, Belgien, Holland, Spanien und Deutschland) belegen zudem die Wirksamkeit des ES in verschiedenen Kulturen. Auch in unterschiedlichen Altersklassen über die Lebensspanne konnte die Wirkung bestätigt werden.

Berücksichtigt man zudem, wie einfach und kostengünstig das Paradigma des ES angewendet werden kann und dass Probanden ihr Schreiben meist als positive Erfahrung bewerten, so sind auch empirisch gesicherte, schwache Effekte von klinischer Bedeutung. Aktuelle Studien zum ES fokussieren daher auch weniger darauf, ob die generelle Wirksamkeit repliziert werden kann - diese gilt inzwischen als gut gesichert -, sondern verstärkt auf Indikationen für die klinische Anwendung und Bedingungen, unter denen das ES kontraindiziert sein könnte.

Kurzanleitung zum Expressiven Schreiben

Folgende Kurzanleitung wurde unter Berücksichtigung von Studienergebnissen sowie den eigenen Erfahrungen der AutorInnen im Rahmen von Schreibstudien erstellt.

Wo und wann ist es am besten zu schreiben?

Es ist am besten, alleine an einem ruhigen Ort und zu einer Zeit, in der man ungestört ist, zu schreiben. Es ist wichtig, eine Atmosphäre mit der nötigen Ruhe und Privatheit zu schaffen, um persönlich sehr belastende Erfahrungen zu Papier zu bringen. Manchmal können die Inhalte des Schreibens aufwühlen. Daher empfiehlt es sich, nicht direkt vor dem Schlafengehen zu schreiben und eine gewisse Ruhephase für danach einzuplanen.

Worüber sollte man am besten schreiben?

Es ist am besten, Themen oder Erfahrungen auszuwählen, die einem persönlich sehr wichtig sind und emotional berühren – vielleicht etwas, das einen seit längerer Zeit beschäftigt, etwas von dem man regelmäßig (unangenehm) träumt, etwas das einen im Alltag auf ungesunde Art und Weise beeinflusst oder etwas, über das man für lange Zeit vermieden

hat zu sprechen oder nachzudenken. Es ist nicht notwendig, jeden Tag über das gleiche Thema zu schreiben, aber es ist sehr hilfreich und auf alle Fälle empfehlenswert, sich auf ein Thema vollkommen einzulassen und nur dann ein neues Thema zu wählen, wenn man das Gefühl hat, wirklich bereits alle Gedanken und Gefühle erschöpfend niedergeschrieben zu haben.

Wie lange und wie oft sollte man schreiben?

Man sollte sich fest vornehmen, wenigstens für 15 min (Wecker stellen) und mindestens an 3–4 Tagen zu schreiben. Aufgrund der unangenehmen Thematik kommt es vor, dass es schwierig ist, am zweiten, dritten oder vierten Tag zum Schreiben zurückzukehren. Genau das wiederholte "Anpacken" des Themas scheint allerdings für die positiven Resultate des Schreibens verantwortlich zu sein. Innerhalb einer Schreibsitzung sollte man kontinuierlich Weiterschreiben, sobald man einmal angefangen hat. Wenn einem zwischendurch nichts mehr einzufallen scheint, bietet es sich an, einfach Gedanken oder zuvor Geschriebenes zu wiederholen.

Wie sollte man schreiben?

Je nach Präferenz kann man per Hand oder am PC schreiben. Um sich wirklich auf das Wesentliche konzentrieren zu können, ist es wichtig, dass man Bedenken zu Rechtschreibung, Interpunktion und Grammatik außen vor lässt. Expressives Schreiben ist kein Schulaufsatz, der korrigiert wird.

Was sollte man mit den Texten anfangen?

Um absolut ehrlich zu sich selbst sein zu können, sollte man sich unbedingt klar machen, dass alles, was man schreibt, nur für einen selbst bestimmt ist. Hierfür mag es hilfreich sein, sich vorher vorzunehmen, die Texte hinterher zu zerreißen oder von der Festplatte zu löschen. Es ist allerdings auch jedem freigestellt, sie wie ein Tagebuch aufzubewahren und ab und an wieder zu lesen (und zu überarbeiten).

Wichtig:

Direkt nach dem Schreiben ist ein Gefühl der Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Erschöpfung nicht ungewöhnlich. Es verschwindet allerdings meist nach wenigen Stunden. Ist ein bestimmtes Thema allerdings besonders aufwühlend und ruft zu starke negative Emotionen hervor, sollte man das Thema entweder wechseln oder mit dem Schreiben ganz aufhören.

Die Zukunft der Psychosomatik im Zentrum der Aufmerksamkeit:

Psychosomatik-Kongress zog über 1 200 Teilnehmer an

Psychische und psychosomatische Erkrankungen nehmen kontinuierlich zu. Sie sind bei Arbeitnehmern die Ursache von 11 Prozent der Krankheitsstage und von rund 40 Prozent der Frühberentungen. Sieben Prozent der Bundesbürger befinden sich in einer Psychotherapie. Der Deutsche Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie stellte vier Tage lang „Die Zukunft der Psychosomatik“ in den Fokus.

„Willst Du den Körper heilen, musst du zuerst die Seele heilen“ – Den Zusammenhang zwischen Körper und Geist beschrieben bereits Hippokrates und Platon. Vom 28.–31. März befassten sich über 1 200 Teilnehmer des Deutschen Kongresses für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit der „Zukunft der Psychosomatik“. Die Technische Universität München wurde vier Tage lang zum Treffpunkt für alle Berufsgruppen, die sich mit psychischen und psychosomatischen Krankheiten befassen.

Insgesamt etwa 400 Referenten und mehr als 400 Vorträge, wis-

senschaftliche Symposien und Fortbildungen spannten auf wissenschaftlich hohem Niveau den Bogen von der Grundlagenforschung zur klinischen Praxis. Dabei bot sich die Gelegenheit, aktuelle Therapieverfahren, neue Modellvorstellungen zur Krankheitsentstehung, Forschung und Versorgung zu diskutieren.

Die Experten bezeichneten psychische und psychosomatische Erkrankungen als herausragendes und wachsendes Gesundheitsproblem der Bevölkerung, das künftig noch stärker zu einer gesellschaftlichen Herausforderung werde. Insbesondere die Entwicklung der „Burnout-Erkrankungen“ mache dies deutlich. Denn oftmals würden sich hinter dem umgangssprachlich verwendeten Begriff „Burnout“ andere psychische Krankheiten verbergen, beispielsweise eine Depression. Um einer Stigmatisierung zu entgehen, würden Betroffene ihre Fehlzeiten häufig mit „Burnout“ umschreiben. Es bestehe daher ein großer Handlungsbedarf, die Bevölkerung für den Umgang mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen



zu sensibilisieren und Akzeptanz zu schaffen.

Ebenfalls der soziale, technologische und demographische Wandel sowie die Gefahr der Ökonomisierung des Gesundheitssystems wurden kritisch diskutiert. Eine patientenorientierte und individualisierte Behandlungsstrategie sei essentiell, es müsse künftig insbesondere die Erwartungshaltung der Patienten stärker berücksichtigt werden, um die Therapieerfolge zu optimieren. Die große Stärke der Psychosomatischen Medizin liege in der Interdisziplinarität – eben darin, Schnittpunkt verschiedenster wissenschaftlicher Disziplinen und gesellschaftlicher Verantwortungen zu sein.

Bislang größter Psychosomatik-Kongress

Der Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wird jährlich durch das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) und die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) ausgerichtet. Die Tagungsleitung 2012 übernahmen Prof. Peter Henningsen (Ärztlicher Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Dekan der medizinischen Fakultät der TU München), PD Dr. Claas Lahmann (Oberarzt Ambulanz) und Dr. Andreas Dinkel (Leitender Psychologe). Professor Henningsen, der

auch Jurymitglied der Stiftung LE-BENSNERV ist, bezeichnete den Kongress 2012 als bislang „größten Psychosomatik-Kongress“ des DKPM und der DGPM. Der nächste Deutsche Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie findet vom 20.–23. März 2013 in Berlin statt und steht unter

dem Motto „Psychosomatik und Psychotherapie: Ein Feld – 1000 Gesichter“.

Nachstehend berichten wir kurz über zwei Themenbereiche, die auf dem Kongress 2012 behandelt wurden: Die „Thesen zur Zukunft der Psychosomatik“ und „Placebo und Nocebo“.

Thesenpapier: Die Zukunft der Psychosomatik?

Stefan Zipfel

Drei Perspektiven bestimmen die Zukunft der „Leib-Seele-Medizin“:

1. Die Krankenversorgung:

Wir haben kein ideales, aber ein sehr gutes Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Beschwerden, wie aktuelle Gutachten und eigene Studien zeigen. Eines der Hauptprobleme stellen die Übergänge (z.B. stationäre Versorgung – ambulante Versorgung) dar. Besonders an diesen Übergängen werden zu viele Ressourcen „verbrannt“. Eine Antwort auf diese Situation könnte in der Einrichtung von regionalen und überregionalen Kompetenzzentren für komplexe, schwierige und teure Erkrankungen (wie z.B. Essstörungen) liegen. Diese Kompetenzzentren sollten dann in lokale Versorgungsnetze eingebunden werden.

2. Die Nachwuchssituation in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie:

Eine Reihe von Untersuchungen zeigt, dass a) die Empathiefähigkeit während des Medizinstudiums mit steigender Beschäftigung mit biomedizinischen Inhalten nachlässt und b) dass sich zwar insgesamt ein Nachwuchsproblem in der gesamten medizinischen Versorgung auftut, aber dass insbesondere die „Psychfächer“ ein zunehmendes Nachwuchsproblem bekommen. Dies obwohl aktuelle Auswertungen der Nachwuchssituation (Studie der ETH Zürich im Auftrag der Ärztekammern) der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie insgesamt



Professor Dr. med. Stefan Zipfel
 (Ärztlicher Direktor der Abteilung für Psychosomatische Medizin und
 Psychotherapie, Medizinische Universitätsklinik Tübingen)

gute Noten in ihrer Weiterbildung ausstellen. Eine zukünftige Herausforderung ist somit a) die Studierenden durch Anpassungen der Curricula von Beginn bis zum Ende ihres Studiums für die „Kunst des Heilens“ auszubilden und anzuleiten, hierzu gehören als Kernkompetenzen psychosoziale und kommunikative Fähigkeiten und b) junge Ärztinnen und Ärzte für die ärztliche Kunst der Psychotherapie und psychosomatischen Therapie zu begeistern. Dies verlangt Reformen nicht nur im Bereich der Ausbildung, sondern auch der Weiterbildung.

3. Die Forschung in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie

Innovationen für relevante gesundheitsbezogene Probleme entwickeln sich häufig an den Rändern der Disziplinen. Hier übernimmt die Psychosomatische Medizin durch ihren inter- und transdisziplinären Ansatz eine wichtige Rolle – leider geht der forschungspolitische Mainstream (u.a. auch in der Deutschen Forschungsgemeinschaft – DFG) in eine andere Richtung. Die großen Forschungsförderer fokussieren ihre Unterstützung auf sehr umschriebene Forschungsfelder (s. u.a. die Neurowissenschaften). In dieser Forschungslandschaft werden ausschließlich Spezialisten für sehr umschriebene Teilfragestellungen gefördert.

Placebo und Nocebo-Effekte:

Erwartungshaltung des Patienten ist entscheidend für den Therapieerfolg

Medikamente und Behandlungen können auch dann Erfolg zeigen, wenn sie keine Wirkstoffe enthalten oder sich auf bloße Gespräche beschränken. Der Grund dafür sind Placebo-Effekte. Es gibt aber auch negative Auswirkungen der Scheintherapie – sogenannte Nocebo-Effekte. Prof. Dr. rer. Biol. Hum. Dipl.-Psych. Manfred Schedlowski (Leiter des Instituts für medizinische Psychologie und Verhaltensimmunbiologie am Universitätsklinikum Essen) und Prof. Dr. Wolfgang Rief (Leiter der Psychotherapie-Ambulanz an der Universität Marburg) sind den Mechanismen der Placebo- und Nocebo-Reaktionen sowie deren Anwendung in der Praxis auf den Grund gegangen.

„Ein Placebo kann ein Scheinmedikament ohne pharmakologisch aktiven Wirkstoff sein oder auch eine Scheinbehandlung, die keine spezifischen Effekte hat“, erläutert Professor Schedlowski. Er führt die Wirkungen von Placebos auf drei neuropsychologische Mechanismen zurück: Zum einen auf kognitive Faktoren wie die Erwartungshaltung. *„Wenn der Patient glaubhaft vermittelt bekommt, dass eine bestimmte Medikation schmerzlindernd wirkt, wird dieser in der Regel auch Schmerzen weniger intensiv wahrnehmen“,* so Professor Schedlowski. Zum anderen werden Placebowirkungen durch assoziative Lernprozesse (Konditionierung) gesteuert. Wenn Patienten die Erfahrung gemacht haben, dass ein bestimmtes Medikament Schmerzen lindert, wird diese Einstellung zur Schmerzlinderung beitragen.

Aber auch die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation hat Auswirkungen, weiß Professor Schedlowski: *„Eine vertrauensvolle Beziehung zum behandelnden Arzt verstärkt nachweislich die Wirkung einer Medikation oder Behandlung auf die Krankheitssymptomatik.“* Neben positiven Auswirkungen können Placebos auch negative Effekte erzeugen. *„Nocebo-Reaktionen treten vor allem auf, wenn Nebenwirkungen erwartet werden. Aus Medikamenten-Studien wissen wir, dass sogar die allermeisten Beschwerden, die Menschen auf Medikamenteneinnahme zurückführen, nicht von der biochemischen Wirkung des Medikaments selbst abhängen. In diesem Zusammenhang muss sicher kritisch disku-*



tiert werden, dass Beipack-Zettel in Medikamenten-Packungen endlos lange Listen an möglichen, in der Regel schlecht überprüften Nebenwirkungen aufführen. Hier wäre es sinnvoller, nur die wirklich wissenschaftlich fundierten Nebenwirkungen zu nennen“, meint Professor Rief und ergänzt: „In der Praxis kann der Arzt davon ausgehen, dass die weit überwiegende Mehrzahl von geschilderten Beschwerden nach Medikament-Einnahmen eher Nocebo-Effekte sind als direkte Medikamentenfolgen.“

Bislang werden Placebos routinemäßig überwiegend in der Forschung eingesetzt, um Medikamente vor der Zulassung auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Die Mechanismen, die hinter Placebo- und Nocebo-Effekten stehen, könnten jedoch gezielt für eine Verbesserung des Therapieerfolgs genutzt werden. Medikament-Entzüge könnten beispielsweise durch die Einstreuung von Placebos erleichtert werden, indem die erwarteten Entzugserscheinungen umgangen werden. Auch sollten laut Professor Rief die Erwartungshaltungen der Patienten viel stärker in der Behandlung berücksichtigt werden: *„Bei jeglicher medizinischer Intervention müsste geprüft werden, welche Erwartungen der Patient an den Behandlungsverlauf, mögliche Verbesserungen und mögliche Nebenwirkungen hat. In der Medizin müsste man sich viel mehr Gedanken machen, die Erwartungen von Patienten mit den Möglichkeiten der Medizin in Einklang zu bringen, da ansonsten hochwirksame Interventionen gegebenenfalls ihre Möglichkeiten vollständig verlieren.“*

Jedoch appellieren die Professoren Schedlowski und Rief, die ethischen Prinzipien im Umgang mit Placebos zu berücksichtigen. *„Nur die Erwartungshaltung beim Patienten zu induzieren, aber ausschließlich ein Placebo zu verabreichen, verbietet sich allein aus ethischen Gründen, weil es nicht mit der Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber seinen Patienten vereinbar ist“*, mahnt Professor Schedlowski.

Arbeitsgemeinschaft Psychosomatik und Neurologie (AGPN)

In der Neurologie spielen psychosomatische Probleme eine besondere Rolle: Viele psychogene Störungen gehen mit neurologisch anmutenden Beschwerden einher (Schwindel, Parästhesien, Schmerzen) und werden deshalb mit neurologischen Erkrankungen verwechselt. Umgekehrt führen neurologische – vor allem cerebrale – Erkrankungen häufig zu psychopathologischen Symptomen und erwecken leicht den Eindruck einer psychischen Krankheit. Beginn und Verlauf neurologischer Erkrankungen werden durch biographische Krisen mitbestimmt, die diagnostisch und therapeutisch Beachtung finden müssen. Darüber hinaus sind viele neurologische Erkrankungen durch psychogene Ausgestaltungen kompliziert (z.B. phobische Gangstörung nach tran-

sitorischen Schlaganfällen, bei Myasthenie, MS und Parkinsonsyndrom), die bei der Behandlung in den Vordergrund treten.

Für solche diagnostischen und therapeutischen Aufgaben, die ohne Beachtung der – bewussten und unbewussten – Affekte der Patienten und ohne die Affekte zwischen Arzt und Patient nicht zu lösen sind, setzt sich die „Arbeitsgemeinschaft Psychosomatik und Neurologie“ (AGPN) ein. In der AGPN haben sich seit 1997 niedergelassene sowie klinisch und wissenschaftlich tätige Neurolog/inn/en – und andere Gesundheitsarbeiter/innen im Bereich der Neurologie, Epileptologie und Psychosomatik – aus verschiedenen Städten zusammengeschlossen. Folgende Formen des Austauschs haben sich bewährt:

- Gegenseitige Mitteilungen über diagnostische und therapeutische Erfahrungen, z. B. mit Rundbriefen
- Erproben verschiedener Formen kommunikativer neurologischer Forschung
- Studium aktueller und älterer Publikationen, die für die genannten Fragen ergiebig sind, etwa von Charcot, Janet, Schilder, Groddeck, Goldstein, Weizsäcker, Sacks, Kandel, Solms
- Herstellen von Videos über besondere klinische Phänomene und ihre narrative, kommunikative Untersuchung und Behandlung
- Symposien, auf denen die Ergebnisse der Zusammenarbeit vorgetragen und diskutiert werden

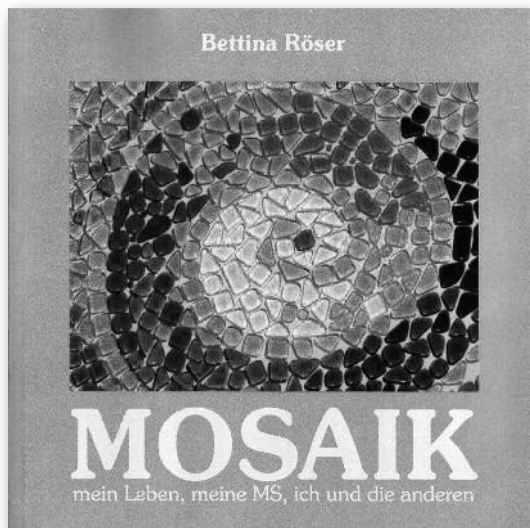
InteressentInnen können sich bei den angegebenen (mail-)Adressen anmelden, ebenso Publikationen (teilweise zitiert im Lehrbuch „Neurologie“ von KF Masuhr & M Neumann 6. Aufl. 2007, Stuttgart, Thieme) und Publikationslisten anfordern.

Kontakt:

Dr. med. Karl Friedrich Masuhr
(post@masuhr.de)

Dr. med. Mechthilde Küttemeyer
(kuete@arcor.de)

Bücherkiste



***Bettina Röser: Mosaik.
Mein Leben, meine MS, ich und
die anderen.***

*Shaker-Media 2011, 236 Seiten,
16,90 Euro, als PDF: 4,23 Euro,
ISBN 978-3-86858-729-6,*

Bettina Röser ist 28 Jahre alt, als sie zum ersten Mal die Verdachtsdiagnose „Multiple Sklerose“ hört. Zwei Jahre später erhält die Diplom-Pädagogin und Ausdauersportlerin die endgültige MS-Diagnose inmitten einer beruflichen Neuorientierungsphase. Es folgen krankheitsbedingte Einbrüche,

Umbrüche, Abschiede und Neuanfänge. Bei aller Trauer und allem Ringen mit ihrer neuen Situation lässt sich die Autorin ihren Humor und ihre Lebensfreude keinesfalls abjagen.

Bettina Röser berichtet offen und authentisch von ihrer bewegten und bewegenden Reise mit der „ungebetenen Madame MS“. Vom ersten Verdacht im Mai 2002 bis zur gelasseneren Annahme ihres neuen, anderen Lebens im Herbst 2010 dokumentieren die Kurztex-te in luftiger, klarer Sprache ihre vielfältigen, intensiven Erfahrungen und Entwicklungen.

Die 111 Mosaik-Texte, von denen wir einen Text aus dem Oktober 2007 auf dem Titel abgedruckt haben, sind entstanden aus Tagebuchnotizen, Briefen, Mut-Zurufen, Forenbeiträgen, Konflikten, Halbschlafgedanken, Übermut und Bitter-Ängsten. Ihre Reihenfolge ist bewusst nicht zeitlich geordnet, da sie im Sinne eines Mosaiks in ihrer Gesamtheit ein Ganzes abbilden.

Das Mosaik ist mehr als ein Buch über MS. Es handelt vom Umgang mit einem Einschnitt, der alle

Lebenspläne komplett durchkreuzt. Dabei steht die MS exemplarisch für jedes vergleichbar dramatische lebensverändernde Ereignis. „Entscheidend ist nicht, was mir passiert, sondern wie ich damit umgehe. Meine Haltung ist mein Spielraum.“

„Letztlich habe ich mir das Mosaik selbst zum Geschenk gemacht. Weil es mich noch immer bewegt, tröstet, ermutigt, zu Tränen rührt oder zum Lachen bringt.“

Bettina Röser

Caroline Walter, Alexander Kobylinski: Patient im Visier – Die neue Strategie der Pharmakonzerne
suhrkamp taschenbuch Frankfurt 2011, 268 S. 8,99 Euro, ISBN: 978-3-518-46305-5

Diesen Titel haben wir, zusammen mit einer Leseprobe ausführlich in der Ausgabe 2/2011 besprochen. Jetzt liegt er, preislich deutlich günstiger als die Hardcoverausgabe bei Hoffman und Campe, als Band 13 der Reihe *medizinHuman*, herausgegeben von Dr. Bernd Hontschik vor!

Kurzinhalt: Pharmafirmen manipulieren und gefährden mit irreführender und illegaler Werbung Kranke wie Gesunde. Sie versprechen tödlich Erkrankten Heilung, wo es keine gibt. Sie reden Gesunden ein, dass sie krank seien. Stu-



dien werden geschönt, Risiken verschwiegen. Das Buch enthüllt erstmals, mit welcher skrupellosen Methoden die Pharmaindustrie Krankmach-Kampagnen lanciert, und berichtet über das Schicksal von PatientInnen, darunter auch mit Multipler Sklerose, die in die Fänge der Pharmafirmen geraten. Zwei Journalisten haben in aufwendiger Undercover-Recherche aufgedeckt, wie sich Medien, Ärzte und Politiker zu Komplizen der Pharmabranche im Geschäft mit der Ware Gesundheit machen. Ein hochbrisantes Buch über die Pharmaindustrie – und ihre Opfer.



Herta Dangl: Mit Multipler Sklerose leben. Werden Sie zum Experten in eigener Sache – Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Fachleute.

Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2012, 72 S., 8,40 Euro, ISBN: 978-3-8248-0891-5

Herta Dangl ist Ergotherapeutin und ermutigt mit ihrem Buch Menschen mit MS, aktiv zu werden, die Verantwortung für das Leben mit der Erkrankung zu übernehmen und nach neuen Wegen zu suchen, das eigene Wohlbefinden zu steigern.

Sie beschreibt zunächst das Krankheitsbild der Multiplen Sklerose und gibt einen Überblick über schulmedizinische sowie andere

Therapiemethoden. In der zweiten Hälfte des Buches geht es um Informationen und Strategien, damit der Alltag in Beruf und Freizeit, mit Familie und FreundInnen leichter bewältigt werden kann. Den Abschluss bildet ein Adress- und Literaturverzeichnis.

In dem Buch wird eine breite Palette von Therapiemöglichkeiten und sonstigen Fragestellungen angesprochen. Die Lesenden erhalten Informationen zu vielen Angeboten und Themen, ohne in die eine oder andere Richtung gedrängt zu werden. Das finde ich sehr angenehm. Weniger gefallen hat mir die rein männliche Sprache, bei der Frauen immer nur „auch gemeint“ sind. Gerade angesichts der Tatsache, dass mehrheitlich Frauen von MS betroffen sind, hätte ich das Gegenteil eher verstanden: die durchgängige Verwendung einer weiblichen Sprache mit einer Fußnote, dass Männer immer mit gemeint sind. Möglicherweise geht dieser Schönheitsfehler aber zulasten des Verlags und nicht der Autorin.

Trotzdem: Ein informativer, lezenswerter Ratgeber!

Si

kern-gesund

Ich bin so viel mehr
als nur das Funktionieren oder Nichtfunktionieren
meines Körpers!

Ich bin viel mehr als meine Defizite,
die mich von gesunden Menschen unterscheiden
und die mich aus meiner vertrauten
Normalität katapultiert haben.

Innen bleibe ich heile.

In mir bin ich unverletzbar
unabhängig von meiner kapriolen-liebenden „Madame“.

Meinen unantastbaren Kern spüren:

Verbindung mit ihm aufnehmen
ihn als Kraftquelle nutzen
und in reichlich Wohlgefühl baden
ihn zärtlich streicheln
und mit duftenden Ölen pflegen
ihn mit bunten Gedanken stärken
und in mir wiegen

heile bleiben.

Bettina Röser (3/08)

Aktion ZUSTIFTUNG – Ergebnisse

(Stand vom Januar 2012)

Im Jahr 1991 haben die beiden MS-betroffenen Frauen Dr. Sigrid Arnade und Susanne Wolf mit einem Stiftungskapital von 100.000 Mark die Stiftung LEBENSNERV gegründet. Im Oktober 1999 wurde die Aktion ZUSTIFTUNG ins Leben gerufen. Mit einem Zustiftungsbeitrag ab 500 Euro kann man oder frau oder eine Organisation sich bei dieser Aktion beteiligen.

Hier nun die Liste der bisherigen Zustifterinnen und Zustifter in alphabetischer Reihenfolge – einige verfügten keine Namensnennung, deshalb nur eine Ortsangabe:

Zustifterinnen und Zustifter der Stiftung LEBENSNERV

Hans-Wolfgang Arnade, Bonn • Uwe Becker, Achim • Michael Bochnig, Hannover • Dr. Beate Bombach, Hannover • Ingrid Broll, Berlin • Joachim Burkard und Frau, Rottweil • Prof. Dr. Friedhelm Dietze, Berlin • Namensnennung nicht gewünscht, St. Wendel • Dr. Ursula Emisch, Berlin • Jens Friedrich, Stuttgart • Jürgen Ganske, Hamburg • Katrin Georgieff, Leipzig • Ingrid Giggerbach, München • Namensnennung nicht gewünscht, Bergkamen • Albert Gramlich, Mühlhausen • Bernardine Heiden (†), Eschweiler • H.- Günter Heiden, Berlin • Oliver Hönig (†), Hamburg • Namensnennung nicht gewünscht, Frankfurt am Main • Prof. Dr. W. Kaefer, Aachen • Hartmut Kaschel-Oppelt, Karlsruhe • Simone Kaulen, Rees • Renate Kienle, Kiel • Dr. Ursula Kimotho (†), Berlin • Sabine Krewet, Oldendorf • Namensnennung nicht gewünscht, Bonn • Ursula Lauterbach (†), Mainz • Sylvia Nitschke, Berlin • Ursula-Luise Nonn, Norden • Namensnennung nicht gewünscht, Bonn • Christine Plate, Scheessel • Katja Praetorius, Frankfurt am Main • Christine Reinbacher, Wiesmoor • Hannelore Sackmann-Riescher, Niddatal • Rita Traupe, Fredelsloh • Barbara Vogel, Geisa • Walter Wolf (†), Uelzen • wellover EUROPE Limited, Fulda

Damit ist das Stiftungskapital nunmehr auf rund **96.500 Euro** angewachsen! Herzlichen Dank an alle Zustifterinnen und Zustifter für ihr Engagement! Wir freuen uns auf weitere engagierte Menschen und eine Liste, die immer länger wird!

Fordern Sie bei uns den Überweisungsvordruck „Zustiftung“ an!