

„Verzweiflung im Kontext seelischer Traumatisierung – Psychotherapeutische Erkenntnisse und Perspektiven“

Arno Remmers,
veränderte Version aus einem Beitrag in „Verzweiflung als kreative
Herausforderung“, Hrsg. Hermes A. Kick und Günter Dietz

*Es gibt Fälle, ja, es gibt deren!,
wo jeder Trost niederträchtig
und Verzweiflung Pflicht ist.
J. W. von Goethe, Wahlverwandtschaften*

Ein Lexikon aus dem vorletzten Jahrhundert beschreibt anschaulich den krisenhaften Zustand, der einen tiefen Einschnitt in menschliches Erleben bedeutet: „Verzweiflung ist der – mit der Vorstellung von völliger Hoffnungslosigkeit oder vom eigenen Unvermögen, einen Zustand länger zu ertragen, einhergehende – höchste Affekt von Angst oder Schmerz, der das Gemüt in eine solche Verwirrung versetzt, dass, wer verzweifelt, sich entweder völlig ratlos den wildesten Ausbrüchen des Schmerzes überlässt, oder auf eine bloße Möglichkeit augenblicklicher Rettung hin (sei auch die Wahrscheinlichkeit gerettet zu werden noch so gering und selbst die Gefahr vorhanden, in einen noch unglücklicheren Zustand zu geraten) ohne Überlegung jedes Mittel ergreift, wenn es nur rasch zur Entscheidung führt, oder endlich (um nur um jeden Preis sein Leiden zu enden) sich das Leben nimmt.“¹

Psychiater, Psychotherapeutinnen, Allgemeinmediziner und Seelsorger stehen vor der Aufgabe, einem Menschen in diesem Zustande annehmend zur Seite zu sein, um wieder Sicherheit, Sinn und Handlungsfähigkeit zu ermöglichen.

Verzweiflung kann semantisch abgeleitet werden aus *ver* (ursprünglich indogermanisch wohl für „hinübergehen“), *zwei* und *-falt* (zwei-fältig, gespalten)², also auch verstanden werden als das, was über das Zweifeln hinüber-, darüber hinausgeht. „Solange noch Zweifel, verzweifelt niemand“ (*Jens Peter Jacobsen*). Zweifel ist im inneren Konflikt enthalten, der in der psychodynamischen Psychotherapie als unbewusste innerpsychische Ursache für die Symptombildung gesehen wird. Das Dilemma³ des inneren Konfliktes ist von einem Kompromiss, dem Symptom, gefolgt, einem Versuch der Anpassung an die Situation. Verzweiflung heißt dagegen, nicht mehr in ein Symptom gehen können, kein Symptom mehr zur Verfügung haben außer der Vernichtung der eigenen Existenz.

Der im Alltag so häufig auftauchende Begriff der Verzweiflung taucht in aktuellen Lexika ebenso wie in vielen Stichwortverzeichnissen der psychotherapeutischen Lehrbücher kaum auf. Eine der wenigen Ausnahmen bildet das Lehrbuch Psychotherapie⁴ von *Reimer*; er weist im Kapitel „Psychotherapeutischer Umgang mit suizidalen Patienten“ auf die „therapeutisch eher verschwommenen Vorstellungen“ in den Publikationen zu diesem psychotherapeutischen Thema hin, dies sei ein „Charakteristikum der Literatur über Krisenintervention bei

¹ nach H. A. Pierer, Hrsg., Universal-Lexikon [...], Bd. 33, Altenburg 1846, S. 62, zit. in Wikipedia

² nach Kluge, Ethymologisches Wörterbuch, de Gruyter, Berlin 1999

³ nach Kluge, a.a.O.: Dilemma: Zwangslage, zwei miteinander unvereinbare Annahmen (gr. lemma)

⁴ Reimer, C, Eckert et al. (Hrsg): Psychotherapie, Springer Verlag Berlin, Heidelberg 1996, 2000, 2005

Suizidpatienten“. Er zitiert *Henseler* (1981): „Alle reden von Krisenintervention, vom Wie aber nichts.“

Die Situation der seelischen Traumatisierung: Pathogenetische und salutogenetische Grundlagen der Verzweiflung

Fallbeispiel: Ein Mann wird nach langer Ehe von seiner Frau und den gemeinsamen, von ihm sehr geliebten drei Kindern plötzlich verlassen, da sie mit ihm schon lange nicht mehr zufrieden sei. Kurz zuvor hatte er in einem gemeinsamen Urlaub mit ihr, nach Jahren erstmals ganz ohne die Kinder, noch ein tiefes Glücksgefühl und Hoffnung für die gemeinsame Zukunft erlebt. Der erste Gedanke des Patienten, der nun die Folgen der bevorstehenden Scheidung erkennt, nachdem er über Jahre hinweg alle Wünsche seiner Frau und der Kinder erfüllt und sich damit in eine Schuldenfalle gebracht hatte: „Es ist alles zu spät“. Er hat Impulse, sich das Leben zu nehmen, die Liebe zu seinen Kindern hält ihn zurück. Die Aggression seiner Frau gegen ihn, unterstützt durch die pubertierenden Kinder, versteht er nicht. Die Situation kann er nicht fassen, er erlebt sie im krassen Gegensatz zu seiner über zwei Jahrzehnte liebevollen Aufopferung für die Familie, als Verlust aller Lebensziele, als für ihn unlösbar. Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, Selbstvorwürfe folgen. Es entsteht das Dilemma, entweder seiner Frau und den Kindern wie schon in den Jahren zuvor noch mehr Wünsche zu erfüllen, dabei finanziell zugrunde zu gehen und weiter die eigenen Bedürfnisse zurückzustellen, oder die Trennung zu akzeptieren, dabei alle Lebensziele und den emotionalen Halt als Vater einer intakten Familie aufzugeben. Verzweiflung ergreift ihn mit tiefen depressiven Phasen, im Wechsel zwischen sinnloser Aktivität und gelähmtem Rückzug. „Es ist alles zu spät...“

Pathogenetisch führt eine unerträgliche Zuspitzung innerer oder äußerer Konflikte, schwere Stadien der Depression und akute Traumatisierung zum affektiven Zustand der Verzweiflung. Dem stehen Resilienz als Abwehrfähigkeit, und Salutogenese, gesund erhaltende Kräfte, gegenüber. Darüber hinaus sind positive Bindungserfahrungen in der Vorgeschichte schützend wirksam.

Drei Grundprinzipien der Salutogenese (*Antonovsky*⁵) werden in der Situation der Verzweiflung in existenziell bedeutsamer Weise in Frage gestellt:

- Sinnhaftigkeit
- Verstehbarkeit
- Handhabbarkeit ⁶

Durch eine als unumkehrbar bedrohlich oder schuldbeladen empfundene Situation wird der vorher erlebte Sinnzusammenhang aufgelöst. Die Situation ist in der Verzweiflung nicht mehr verstehbar, nicht mehr mit den bisherigen Konzepten der

⁵ dargestellt u. a. in Jork, Klaus, N. Peseschkian: Salutogenese und Positive Psychotherapie, 2003

⁶ Siehe auch den Artikel von *Günter Dietz* in Kick H A, Dietz G: „Verzweiflung als kreative Herausforderung“ (LIT Verlag 2008, Berlin) zu *Aias*: Sinnhaftigkeit kann auch verstanden werden im Sinne des Halt und Sinn gebenden Lebenskonzeptes, *gnomae*, welches von *Aias* als verloren erlebt wird. Verstehbarkeit wird im Drama durch das Auftreten der erklärenden Gottheit *Athene* vermittelt. Nur noch die Fähigkeit des *Aias*, sich selbst zu töten, wird von ihm als handhabbar gesehen, weitere Handlungsmöglichkeiten versperrt ihm sein Lebenskonzept

Lebenserfahrung einzuordnen. Daraus entsteht ein als unauflöslich wahrgenommenes Dilemma: Jede weitere Handlung würde das Konfliktpotenzial verstärken – Handlung zu unterlassen führt jedoch ebenfalls zu einer Verschlimmerung der erlebten Situation.⁷ Der neben dem realen, bewussten Dilemma stehende, nicht bewusste Konfliktanteil wird in der Tiefenpsychologie als innerer Konflikt gekennzeichnet, als das innere Drama, bei dessen Lösungsversuch stets Konfliktverstärkung zu folgen scheint.

„Trauma der Hilflosigkeit des Ich“ nennt *Bibring (1953)* den Zustand der in der Verzweiflung empfundenen Gefühle der Ohnmacht, Lähmung, Mutlosigkeit, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, Erstarrung, Leblosigkeit, Gefühllosigkeit, Beziehungslosigkeit.

In der psychosomatischen Medizin wird die Ausgangssituation auch im *giving-up-given-up-complex* deutlich. Als *Giving-up* wird die Hilflosigkeit mit noch vorhandenem Appell an die Hilfe von außen beschrieben. *Given-up*, sich aufgeben und sich aufgegeben fühlen, umschreibt die Hoffnungslosigkeit als einsamer, objektloser Verzweiflung mit dem Empfinden: „Alles ist zu spät“ (*Will 1997*).

Das Körper-**Gefühl**, die ganzheitlich wirkende affektive Qualität als einer körperlichen Wahrnehmung wertenden Charakters wird in der Verzweiflung der traumatischen Situation zum bedrohlichen Gefühl bis hin zu maximaler lähmender Angst mit dem Abschalten der Bedürfnisse⁸. In der sicheren Situation dagegen ist das Körper-Gefühl als körperliche Ruhe, Genussfähigkeit und Geborgenheit mit ausgeglichener Affektivität spürbar.

Verzweiflung wird als angeborener Affekt beschrieben, der in der Trennungssituation bei Mensch und Tier aktiviert wird. Einer Phase des Protestes folgt schließlich die Entgleisung der physiologischen Regulation (*Köhler 1997*) bis hin zum möglichen psychogenen Tod. Verzweiflung ist somit nicht nur ein seelisch-psychisch wirksames affektives Phänomen, sondern eng mit physiologischen Regulationsvorgängen verknüpft. Diese werden in der prägenden Interaktion mit der Mutter oder den nächsten emotionalen Bezugspersonen in ihrer Regelungsqualität beeinflusst, so dass eine kortikale Repräsentanz entsteht, die schließlich von der Bezugsperson unabhängig macht (*Köhler 1997*). Die Qualität des Verloren- und Verlassenseins ist reaktiviert erneut in der Verzweiflungssituation präsent, wie wir sie z. B. vor einer Suizidhandlung finden, aber auch in den unverstänlich wirkenden Taten von Amokläufern. „Gewalt birgt immer ein Element der Verzweiflung“ (*Thomas Mann*). Verzweiflungstaten führen zum Entsetzen der Umgebung, zu höchster emotionaler Beteiligung. Amoklauf endet oft in der Selbsttötung, wenn die aggressive Energie erschöpft ist. „Dann kann man endlich zum Helden werden, auch wenn man schon tot ist“ – so die formulierten Gedanken eines aus „guter Familie“ stammenden, sozial zurückgezogenen, sich einsam und unverstanden fühlenden jugendlichen Patienten, der in psychotherapeutische Behandlung kam.

Erfahrung von Gewaltspielen am PC kanalisierte teilweise die aggressiven Energien des Jugendlichen in einem ausgeprägten Selbstwertkonflikt. Unzureichende frühe Bindungs- und Interaktionserfahrungen prägten die wenig empathische Qualität

⁷ wie *Matthias Hurst* in *Kick H A, Dietz G*: „Verzweiflung als kreative Herausforderung“ in seinem Artikel über die Filme *Ingmar Bergmanns* ausführlich: Verzweiflung als „das Ende aller Zweifel“

⁸ siehe *Hermes Kick* anlässlich des Symposiums: „Verzweiflung als extremer Gefühlszustand“

seiner Kontakte. Seine zunehmende Verzweiflung in der Isolierung und die aggressiven Impulse konnten in einer halt gebenden Bindung und Spiegelung seines Selbstwertes in der Therapie aufgefangen, seine aggressiven, destruktiven Affekte von ihm schließlich in kreatives und produktives Handeln verwandelt werden.

Unter dem funktionalen, finalen Gesichtspunkt gesehen ist Verzweiflung die Fähigkeit, sich ohne eigene sinnvolle Handlungsmöglichkeit dem Schicksal zu überlassen oder auch dem unabwendbaren Schicksal ein selbst bestimmtes Ende entgegen zu setzen. Verzweiflung enthält auch Mut zu übermenschlichen Leistungen – im Sinne einer positiven Konnotation nach *Peseschkian (1977, 2003)*. In der Verzweiflung ist wie in der schweren Depression ein hohes, aggressives Energiepotenzial enthalten, welches bis zur physiologischen Erschöpfung aufgewandt wird: „Haareraufen“ und Händeringen sind körpersprachliche Ausdrucksform der autoaggressiven Selbstbeschuldigung, der Energie ohne Zielsetzung. Diese enorme, von Schuldkonflikten und Isolationsgefühl verstärkte Energie führt schließlich zur Suizid tendenz als dem Versuch, der Schuld und der Handlungsnotwendigkeit zu entgehen, alle Möglichkeiten nach dem Leben als geeigneter wahrzunehmen als das Leben selbst.

Verzweiflung in der therapeutischen Situation: Gegenübertragung und Psychodynamik

In der Situation der Verzweiflung können inhaltlich eingrenzbar, vom Betroffenen schließlich fassbare Konflikt- und Konzeptthemen erkannt werden: Qualitäten wie Zweifel, Gewissheit, Vertrauen, Hoffnung, Annahme, Glaube beschreiben den Themenbereich, der in der Verzweiflung ins Wanken gerät.⁹ Diese bewirken im Gegenüber verschiedene Gefühle und Gedanken. Spezifische Gegenübertragungsphänomene in der Begegnung mit Verzweifelten sind unter anderem: Körperliches Betroffensein, inadäquat empfundenes Unbeteiligtsein, Unverständnis, Identifikation, Sorgen wollen, Ratgeben wollen, eigene aufkommende Zweifel verdrängen, Befürchtungen oder innere Bilder.

In der Psychotherapie lassen sich aus dem inneren Erleben der Therapeutin oder des Therapeuten Rückschlüsse auf die im Patienten wirkenden Affekte, Gefühle, Grundkonflikte und Grundthemen ziehen. Das vom Patienten mit stärkstem Affekt erlebte Dilemma kann auf unvereinbare Werte bezogen, der innere Konflikt schließlich erkannt und beschrieben werden. Die dabei auftauchenden Gefühle der Trauer, Verzweiflung, des Protestes, der Wut können zugelassen, schließlich akzeptiert werden. Es werden andererseits auch Abwehrvorgänge in Therapeuten wirksam, die ein tieferes Einfühlen verhindern können, die Identifikation wäre zu schrecklich, um sie zuzulassen.

Ein Beispiel hierzu führt *Hubert Speidel (1996)* an: Er hatte einen Asthma-Patienten übernommen. „In den ersten beiden Sitzungen bekam ich kaum Kontakt zu dem Patienten. Ich fühlte mich ratlos, unglücklich, fragte mich, warum die Kollegin überhaupt mit ihm gearbeitet hatte; jedenfalls wusste ich mit ihm nicht viel anzufangen, fand ihn unergiebig und langweilig und hatte hinsichtlich der weiteren Arbeit pessimistische Erwartungen. Zur dritten Sitzung kam er nicht. Stattdessen rief mich ein Arzt unserer Intensivstation an: Der Patient sein dort als Notfall eingewiesen worden; er habe keinen Status asthmaticus, aber er atme nicht richtig, obwohl es

⁹ so genannte „Aktualfähigkeiten“ nach *Peseschkian (1977)*.

dafür keinen Grund gebe. Er, der Arzt, wisse gar nicht, was er machen solle. Wir waren beide Zeugen eines „giving up“ geworden. Der Patient starb kurz darauf in der Intensivstation. Er hatte, was wir sonst von alten Menschen kennen, offenbar seinen Tod verfügt, vermutlich, weil er von seinem zentralen Übertragungsobjekt verlassen worden war.“ *Speidel* erläutert weiter, dass hier nicht rechtzeitig die Appelle des Patienten wahrgenommen worden seien. Die in Psychotherapeut und Arzt ausgelösten Empfindungen, die so genannte Gegenübertragung, spiegelten den unausgesprochenen inneren Seelenzustand des Patienten: „*ratlos, unglücklich, frage mich, warum, pessimistische Erwartungen, weiß gar nicht, was ich machen soll.*“

Psychodynamisch kommt darin möglicherweise die unzureichend kortikal abgebildete Bindungserfahrung zum Ausdruck, die ein Patient in der aktuellen Auslöse-Situation eines Objektverlustes unbewusst wieder erlebt.

Wenn Gefühle der Gleichgültigkeit gegenüber dem Patienten beim präsuizidalen Syndrom (*Ringel*) als Gegenübertragung in den Behandlern auftreten, sind sie Zeichen des fortgeschrittenen Verzweifeltseins, die Suizidgefährdung ist dann sehr hoch. In der Suizidalität ist der Gedanke des Mordes an kränkenden, emotional bedeutsamen Personen verborgen. Diese aggressive Energie kann gegen alternative Objekte oder gegen sich selbst gerichtet werden.¹⁰

Behandlungsstrategien der affektiven Qualität Verzweiflung und die Ressourcenentwicklung

Die Entwicklung der Ressourcen des verzweifelten Menschen, die Ermutigung (*Strotzka 1982, Peseschkian 1977*) steht im Vordergrund besonders der traumabezogenen Therapie.¹¹ Das Leid wird zunächst als berechtigt angenommen. In der Halt gebenden Begleitung können Gefühle zugelassen, unterdrückte vorsichtig verstärkt, schließlich benannt werden. In der Begegnung ist die Erweiterung des Blickwinkels und das Hinlenken auf das Vorhandene, auf Stärken, auf frühere Bewältigungserfahrungen im Vordergrund.

Reimer und Arentewicz (1993) beschreiben drei Phasen emotionaler Prozesse der Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch zur Krisenintervention:

1. Trauer/Verzweiflung
 2. Protest/Wut
 3. Distanzierung/Neu-Orientierung,
- sie ähneln drei Stadien der menschlicher Kommunikation nach *Peseschkian (1982)*: Verbundenheit, Unterscheidung, Ablösung.

Daraus können therapeutische Strategien der Krisenintervention abgeleitet werden, die auf die Qualität Verzweiflung bezogen in drei Phasen¹² anwendbar sind (*in Anlehnung an Reimer 1993, ergänzt v. Autor*).

- In der ersten Phase noch *im* überwältigenden Erleben der vollen Verzweiflung steht die Verbundenheit mit dem Verzweifelten, die vorbehaltlose Annahme,

¹⁰ siehe bei *Sophokles* die ungeheure Mordenergie Aias gegen das Vieh anstelle des Mordens seiner ihn kränkenden Kampfgenossen, siehe Beitrag von Günter Dietz in Kick H A, Dietz G: „Verzweiflung als kreative Herausforderung“, LIT Verlag, Berlin 2008

¹¹ siehe u. a. bei Reddemann, Luise: Traumatherapie PTT – das Manual

¹² Vergleichbar den drei Interaktionsstadien, *Peseschkian 1977*

die entlastende Begegnung und Förderung des Ausdruckes von Trauer und Verzweiflung im Vordergrund der Begegnung.

- Dies bereitet die zweite Phase der Unterscheidung vor, in der Protest und Wut benannt, Affekt und Inhalt differenziert werden, in der die Energie der Verzweiflung neu kanalisiert wird, der Ausdruck aggressiver und wütender Affekte auf neue Weise in der therapeutischen Beziehung möglich wird. Die Affektqualitäten können auf Konflikthalte und Wertekonflikte bezogen werden.
- Die dritte Phase der emotionalen Distanzierung, der Ablösung, Neuorientierung und Integration ermöglicht eine Reflexion des erlebten traumatischen Zustandes, es kann *über* ihn gesprochen werden. Hier beginnt der präventive und kurative Ansatz, Affekte und Konflikte rechtzeitig wahrzunehmen und weitere Hilfe zu suchen.

Psychotherapie der Verzweiflung, ihrer oft traumatischen Ursachen und ihrer Folgezustände bedarf nicht mehr nur des Ansatzes der Lerntheorie, der kognitiven Umstrukturierung oder psychodynamisch aufdeckender Behandlung: Die existenzielle Dimension ist neben den intrapsychischen und interpersonellen Konflikthalten eine eigene, zu berücksichtigende Dimension. Autoren wie *Viktor Frankl* mit seiner Logotherapie, *Nossrat Peseschkian* in der positiven Psychotherapie oder *Irvin Yalom* in der existenziellen Psychotherapie bieten praktikable und für die Patienten gut nachvollziehbare und verständliche Behandlungsansätze auf der Basis eines Menschenbildes, welches Sinnfindung und dem Menschen innewohnende Fähigkeiten in den Vordergrund der Entwicklungsmöglichkeiten stellt. Den gerade in der Behandlung Verzweifelter erforderlichen ressourcenorientierten Ansatz betont in den letzten Jahren besonders die moderne Traumatherapie (wie *L. Reddemann, U. Sachsse, G. Fischer*) und die ressourcenorientierte humanistische Tiefenpsychologie (wie *W. Wöller, N. Peseschkian*).

Von der Ver-Zweiflung zur Ver-Sicherung

Die Erfahrung der Verzweiflung selbst kann bei verarbeitetem Trauma als Triebfeder für die Entwicklung von Resilienz, Verstehen, Handeln, Glaube und Sinnerleben wirken. Im Zentrum steht die Sinnfindung nach der Krise der Verzweiflung. So zeigen in despotischen und Willkürsystemen aufgewachsene Menschen erstaunliche Gelassenheit, Geduld, Flexibilität durch die wiederholt als sinnlos, unverstehbar, nicht handhabbare Erfahrung im Alltag eines solchen Systems. Sie entwickeln damit Resilienz, Hoffnungsfähigkeit auch ohne konkrete Hoffnung, wie ein Sprichwort aus einem Lande mit solcher Systemvergangenheit über Jahrhunderte hinweg zeigt: „*In einer ausweglosen Situation gibt es mindestens drei Auswege*“ (*Bulgarien*)

Die therapeutische Krisenintervention hat in der Abschlussphase zum Ziel, der erlebten unveränderbaren Situation die traumatisierende und pathophysiologische Einprägung zu nehmen und für die Betroffenen dem Erlebten den Charakter der Lebenserfahrung zurückzugeben.

„*Künstler wird man aus Verzweiflung*“ (*Ernst Ludwig Kirchner*)

Literatur:

- de Mello, Anthony: Wer bringt das Pferd zum Fliegen? Weisheitsgeschichten, Herder Spektrum, Freiburg 1989
- Harenberg, Lexikon der Sprichwörter und Zitate, Dortmund 1997
- Jork, Klaus, N. Peseschkian: Salutogenese und Positive Psychotherapie, Bern 2003, Hans Huber Verlag, zu *Prinzipien der Salutogenese nach Antonovsky im Vergleich zum Balancemodell Peseschkians*
- Kluge, Ethymologisches Wörterbuch, de Gruyter, Berlin 1999
- Köhler, Lotte: Entstehung von Beziehungen: Bindungstheorie, in: Uexküll T: Psychosomatische Medizin, München 1997, Urban und Schwarzenberg, S. 222, 225 zu *Verzweiflung als angeborener Affekt bei Trennungserleben*
- Peseschkian N: Positive Familientherapie, Frankfurt 1982, Fischer TB, S. 140 ff. zu *drei Stadien der Interaktion*
- Peseschkian N: Positive Psychotherapie, Frankfurt 1977/1994 Fischer TB, S. 413-426 zu *Aktualfähigkeiten als Inhalte der Konflikte und Konzepte*
- Peseschkian N, N und H: Erschöpfung und Überlastung positiv bewältigen, 2003 Stuttgart, Trias Verlag zum *inhaltlichen Vorgehen in der Stress- und Verzweiflungssituation*
- Reddemann L: Psychodynamisch imaginative Traumatherapie PITT – das Manual, Stuttgart 2004 zu *Gegenübertragung, traumatischem Stress, Ressourcenorientierung*
- Reimer C, J. Eckert et al.: Psychotherapie, Springer 1996, 2000 zu *psychotherapeutischer Krisenintervention*
- Reimer C, Rüter: Psychodynamische Psychotherapien, Berlin 3. Aufl. 2006, Springer Verlag, S. 164 ff. nach Reimer, Arentewicz 1993 zu *drei Phasen emotionaler Prozesse in der Krisenbearbeitung*
- Remmers A: Psychoprophylaxe und psychotherapeutische Aspekte bei schweren akuten Psychotraumen von Individuen, Gruppen und Massen, Vortrag an der Marinehochschule Varna, Bulgarien 1992, Vortragsmanuskript zu *salutogenetischen, präventiven und psychotherapeutischen Möglichkeiten in der Krisensituation auch in Gruppen*
- Speidel, Hubert: Konzepte und Störungsbilder in der psychosomatisch-psychotherapeutischen Medizin, in: Jores, Praktische Psychosomatik, Bern 1996, Hans Huber