



EDITORIAL



Liebe Leserin,
Lieber Leser,

ich freue mich in dieser Ausgabe besonders über einen Gastbeitrag von Herrn Christian Stierle aus der Schön Klinik Bad Bramstedt, über eine Therapieform von der ich mir erhoffen würde, dass sie auch in der Behandlung von Suchterkrankungen ihren festen Platz findet. Gerade bei unseren Patienten, die häufig Gefühle von Scham, Schuld und Versagen erleben und deshalb zu sich selbst keine gute Beziehung aufbauen können, erscheint compassion focused therapy als ein vielversprechender Ansatz zur Selbstheilung.

Außerdem geht es in unserer aktuellen Ausgabe recht „spielerisch“ zu. Jedes Jahr treffen sich im Herbst Spielefans aus Deutschland und der ganzen Welt zu tausenden in Essen um sich auf der Messe SPIEL die neuesten Gesellschaftsspiele vorführen zu lassen und auch aktiv mitzuspielen. Wenn man sich mal darauf eingelassen hat, bieten Spiele, wie kaum ein anderes Medium, die Möglichkeit mit anderen Menschen in kürzester Zeit intensive gemeinsame Erfahrungen zu machen, auch oder gerade, wenn man sich nicht so gut kennt. Wie dies auch in der Gruppentherapie genutzt werden könnte, möchten wir Ihnen anhand von vier Beispielen erläutern. Lassen Sie sich inspirieren.

Viele Grüße aus Friedberg

Dipl.-Psych. Christian Muhl



COMPASSION FOCUSED THERAPY

EINE VIELVERSPRECHENDE ERGÄNZUNG ZU BESTEHENDEN THERAPIEN



C. Stierle

Menschen in psychischen Krisen und Problemen sehen sich oft mit einer Vielzahl von Schwierigkeiten konfrontiert. In der therapeutischen Arbeit begegnen wir häufig Prozessen wie starker Selbstkritik, Selbstabwertung und intensivem Schamerleben. Diese verhindern häufig die Erarbeitung hilfreicher und unterstützender Emotionen, alternativen Gedanken und Handlungsmotive. Häufig berichten Patienten darüber, dass ihnen z.B. alternative Sichtweisen auf ihre Problematik sinnvoll und logisch erscheinen, sich diese jedoch nicht „richtig“ anfühlen und es daher schwer ist, diese konstruktiv anzuwenden. Viele Patienten mit z.B. frühen traumatischen Erfahrungen oder emotionalen oder körperlichen Vernachlässigungen haben nicht gut gelernt sich selbst mit Verständnis, Güte und Mitgefühl zu begegnen. Vor diesen Hintergrunderfahrungen u.a.

wurde die Compassion Focused Therapy (Gilbert, 2013) entwickelt. Diese hat zum Ziel Mitgefühl für sich und andere in einem therapeutischen Kontext zu fördern. Dabei wird Mitgefühl als „die Erfahrung von Leiden in Verbindung mit dem Wunsch dieses zu lindern“ (Dalai Lama) verstanden. Dies beinhaltet zwei zentrale Prozesse: zum einen ist die gezielte Betrachtung, Anerkennung, Hinwendung zum eigenen Leid elementar. Zum anderen ist die Entwicklung von hilfreichen Motiven und Strategien zur Linderung dieses Leids zentral. Dabei ist die CFT neben den buddhistischen Traditionen zu Mitgefühl und der buddhistischen Psychologie vor allem durch die Evolutionspsychologie geprägt. Die Betrachtung und Anerkennung der zentralen eigenen Schwierigkeiten und Verletzungen ist ein oft schwieriger und schmerzhafter Prozess, der viel Mut und Commitment von uns benötigt. Daher wird Mitgefühl auch als eine „wahre Stärke“ betrachtet und nicht wie vielleicht in vielen Vorurteilen oder Mythen als etwas für „Hippies, Schwächlinge oder Selbstverliebte“. Des Weiteren unterscheidet sich Mitgefühl deutlich von reinem Mitleid (Diedrich, 2016), da Mitgefühl ein aktiver und

veränderungsorientierter Prozess ist. Um das eigene Leid zu verstehen und gezielt Mitgefühl für sich und andere aufzubauen sind im Rahmen der CFT zwei Prozesse zentral. Zunächst stehen eine spezifische Psychoedukation sowie die Entwicklung eines Störungsmodells im Fokus. Dabei sind zentrale Lernerfahrungen des Pat. wie zwischenmenschliche Prägungen (z.B. ablehnende, entwertende Eltern), unzureichenden Fähigkeiten zur Emotionsregulation sowie typische individuelle Verhaltensstrategien im Umgang mit Bedrohungen wichtig. Die CFT arbeitet mit einem spezifischen Modell zur Affekt-Regulation (3-Kreise-Modell). Zentrale Botschaften sind, dass unser Gehirn uns mit vielen Fallstricken und Tricks begegnet und für uns oft schwer zu „managen“ ist. Ferner ist eine wichtige Erkenntnis, dass Leiden etwas universelles ist, was wir alle teilen und teilen werden (Verluste, Krankheit, Krisen) und dass viele emotionale Schwierigkeiten von uns nicht gewählt wurden und somit nicht unsere „Schuld“ sind. Jedoch obliegt uns nun „heute“ die Verantwortung alles zur Linderung unseres Leids und dessen anderer wahrzunehmen. In der CFT wird davon

ausgegangen, dass hierfür ein gezieltes Arbeiten an Fertigkeiten/Fähigkeiten zur Entwicklung von Mitgefühl und deren assoziierten Attributen wichtig ist (vgl. Abbildung 1).

er **sicherer Ort** sowie **Mitfühlendes Selbst** genutzt. Teilweise werden Ideen aus dem Method Acting, einer speziellen Schauspieltechnik, genutzt, um zunächst nur zu „spielen“ bzw. so

deres Augenmerk wird in der CFT auf mögliche Blockaden, Widerstände und innere Prozesse gelegt, welche die Integration und Ausbildung von Mitgefühl erschweren und behindern.

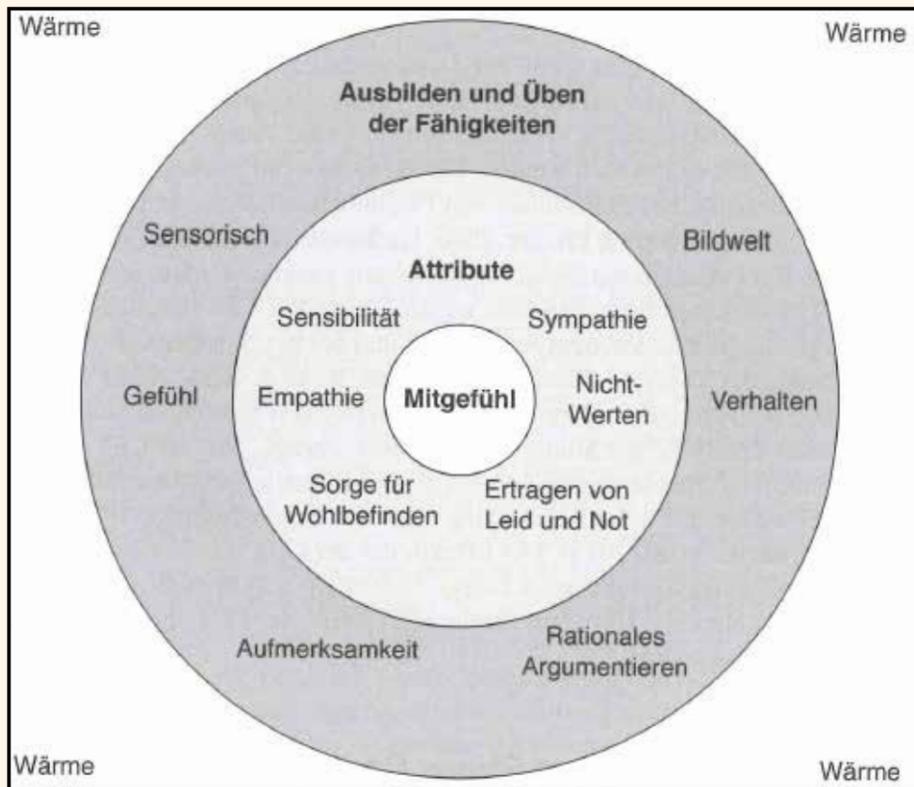


Abb. 1 Mitgefühlskreis aus Diedrich (2016)

Dies geschieht im sog. Compassionate Mind-Training. Hierzu werden eine Reihe von verschiedenen Interventionen eingesetzt (vgl. Abbildung 2). Basis vieler Übungen ist eine gezielte Atemtechnik, der **beruhigende Atemrhythmus** (soothing rhythm breathing). Hierbei wird zunächst die Intention und Zielsetzung der Übung fokussiert (Was will ich durch die Übung erreichen? Ziel: In Kontakt mit meinem Mitgefühlssystem zu kommen), um danach die Atemfrequenz zu verlangsamen, um eine Aktivierung des Parasympathikus zu bewirken. Dabei ist es wichtig, zusätzlich einen freundlichen und mitfühlenden Gesichtsausdruck aufzusetzen und sich selbst mit einer warmen und wohlwollenden Stimme anzusprechen. Eine weitere Art von häufig genutzten Übungen in der CFT sind Imaginationsübungen. So werden gezielt Vorstellungsübungen wie z.B. der **Mitfühlender Begleiter** (perfect nurturer), **Mitfühlende Farbe**, **Inne-**

zu „tun als ob“ man mitfühlend mit sich umgehen könnte, um überhaupt neue Erfahrungen zu ermöglichen und zu vereinfachen. Dabei ist ferner die Reflexion und Planung von Verhaltens-

Kernelemente der Compassion Focused Therapy	
Spezifische Psychoedukation u.a.	<ul style="list-style-type: none"> - Spezifisches Störungsmodell (evolutionspsychologische Perspektive) - Modell zur Affekt-Regulation (3-Kreise-Modell) - Metapher „Schwieriges Gehirn“ - Geteiltes, universelles Leid - „Nicht Deine Schuld“ aber Deine Verantwortung jetzt etwas zu ändern
Spezifische Interventionen u.a.	<ul style="list-style-type: none"> - Beruhigender Atemrhythmus - Imaginationsübungen (Mitfühlender Begleiter....) - Mitfühlendes Selbst - Verhaltens- und Situationsanalysen - Mitgefühlorientierte Stuhlarbeit - Mitgefühlorientiertes Briefeschreiben

Abb. 2: Kernelemente der CFT

situationen aus der Perspektive des **Mitfühlenden Selbst** eine wichtige Idee. Hierfür werden im Rahmen von **spezifischen Verhaltens- und Situationsanalysen** vergangene Situationen und Bedrohungsreaktionen sowie Selbstkritik analysiert und entsprechend modifiziert. In diesem Rahmen kommen auch emotionsaktivierende Techniken wie **mitgefühlorientierte Stuhlarbeit** zum Einsatz. Eine Technik, die sich ebenfalls gut zur Begleitung psychotherapeutischer Arbeit anbietet, ist das **mitgefühlorientierte Briefe schreiben**. Auch hier versucht man sich selbst gezielt mitfühlend zu begegnen und z.B. schwierige Situationen aus der Selbstmitfühlenden Perspektive zu betrachten. Beson-

Die CFT richtet sich vor allem an Menschen, die unter stark entwertender Selbstkritik, Schamerleben und Schwierigkeiten für sich selbst hilfreiche und erleichternde Motive zu entwickeln, leiden. Hier hat sich die CFT als therapeutischer Ansatz bewährt und liefert spannende und innovative Ergänzungen zu bestehenden psychotherapeutischen Methoden, Menschen darin zu unterstützen sich und anderen mit mehr Mitgefühl zu begegnen. Vor dem Hintergrund der Universalität von Leid und gesellschaftlichen Konflikten und Problemen erscheint dies umso sinnvoller.

Christian Stierle ist Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor für Verhaltenstherapie. Er arbeitet als Leitender Psychologe in der Schön Klinik Bad Bramstedt und beschäftigt sich viel mit den Themen Zwangsspektrumserkrankungen sowie Posttraumatischen Belastungsstörungen und Traumafolgestörungen.

Literatur
 Gilbert, P. (2013). *Compassion Focused Therapy*, Junfermann: Paderborn.
 Diedrich, A. (2016). *Mitgefühl fokussierte Interventionen in der Psychotherapie*, Hogrefe: Göttingen.

LET'S GESELLSCHAFT THERAPIE



C. Muhl

Deutschland ist einer der größten Märkte für Gesellschaftsspiele weltweit. Millionen Menschen hierzulande spielen regelmäßig. Und wer dies selbst schon eine Zeit lang betreibt, der weiß, dass das Spielen alles Menschliche (und manchmal auch Unmenschliche) einer Person hervorbringen kann. Der Einsatz von Spielen in der Therapie ist meist der Behandlung von Kindern und Jugendlichen vorbehalten. Dabei bieten Spiele auch mit erwachsenen Patienten die Möglichkeit, therapeutische Inhalte zu vermitteln, zum Beispiel bei der Wahrnehmung und Verarbeitung von Emotionen oder zur Förderung sozialer und kognitiver Fähigkeiten, wie Empathievermögen, logischem Denken oder räumlichem Vorstellungsvermögen. Am Beispiel von vier ausgewählten Gesellschaftsspielen soll dies hier ausgeführt werden. Dazu wird zunächst der Ablauf des Grundspiels kurz dargestellt, bevor Vorschläge für den therapeutischen Einsatz gemacht werden.

Dixit
 Das Hauptspielement in Dixit sind die 84 gezeichneten Karten, die oft mehrdeutig interpretierbare traumatische Szenen darstellen. Jeder Spieler erhält eine bestimmte Anzahl dieser Karten, die nur er selbst sehen darf. Der Startspieler der Runde wählt zunächst eine seiner Handkarten aus und legt sie verdeckt vor sich hin. Dann nennt er ein Wort oder einen Satz, Zitat, Filmtitel etc., welches seiner Meinung nach zu dem Motiv auf seiner Karte passt. Alle anderen SpielerInnen wählen nun ebenfalls eine ihrer Handkarten aus,



PLAY!

TSSPIELE IN DER

von der sie glauben, dass sie dem Wort (Satz, Zitat etc.) am ehesten entspricht und legen sie verdeckt vor sich hin. Alle ausliegenden Karten werden nun zusammengemischt und anschließend in einer zufälligen Reihenfolge offen ausgelegt. Nun muss jede Spielerin, außer dem Startspieler, der seine Karte ja kennt, eine Karte geheim wählen, die sie für die Karte des Startspielers hält. Anschließend werden die Wahlplättchen aufgedeckt und der Startspieler gibt seine Karte zu erkennen. Punkte erhalten die Spieler, wenn sie die Karte des Startspielers richtig erraten haben und/oder wenn ihre Karte von anderen Mitspielern gewählt worden ist. In den folgenden Runden wechselt das Recht des Startspielers reihum. Das Spiel endet, wenn einer der Spieler als Erster eine bestimmte Punktzahl erreicht hat.

Einsatz in der Therapie: Das Spielmaterial kann hervorragend zum Ausdruck von Gefühlen genutzt werden, indem die Patienten einen momentanen Gefühlszustand mit Hilfe einer Karte symbolisieren sollen oder der Therapeut ein Gefühl benennt, zu dem die Patienten wiederum eine ihrer Meinung nach passende Karte auswählen. In einer nonverbalen Variante des Grundspiels legt der Startspieler seine Karte offen aus und gibt keinerlei Hinweise. Die Mitspieler versuchen eine „passende“ Karte zu legen. Danach wird diskutiert, warum die Spieler ihre Karte gewählt haben und welche Gemeinsamkeiten sie zwischen den Karten entdecken.

Bausack

Der Bausack enthält unterschiedlich geformte Objekt aus Holz in unterschiedlichen Größen. Jedes der Holzteil ist einzigartig. Diese gilt es im Verlauf des Spiels so geschickt zu stapeln, dass das eigene Bauwerk nicht einstürzt. Dabei gilt es verschiedene Bauregeln zu beachten. Zum einen darf nur ein einziges Holzteil als Basis den Tisch berühren, zum anderen dürfen bereits verbaute Teile nicht mehr versetzt werden. Allenfalls dürfen sie mit einem neuen Teil ein wenig verschoben werden. Vor dem Einbau eines neuen Teils, welches vom aktuellen Spieler ausgewählt wird, müssen die Spieler



darum bieten. Dabei ist der Vorrat an Kristallen, die jedem zur Verfügung stehen, begrenzt. Der Höchstbietende erhält das erstandene Teil und muss es sofort seiner Konstruktion hinzufügen. Alternativ kann einem der aktuelle Spieler aber auch ein ganz und gar unpassendes Teil aufdrängen. Durch das Bezahlen von Kristallen kann man es an den Nächsten weiterreichen. Sollte ein Spieler nicht mehr genug davon haben (oder ausgeben wollen), so muss er das Teil verbauen. Gewonnen hat diejenige, deren Konstruktion als letzte stehengeblieben ist.

Einsatz in der Therapie: Mit Hilfe des Spielprinzips lassen sich sowohl Konzentration, räumliches Vorstellungsvermögen und Feinmotorik als auch Frustrationstoleranz, taktisches Denken und Selbstwertgefühl steigern. Der Aufbau der „unmöglichsten“ Konstruktion ist für Patienten oft eine aufregende und motivierende Herausforderung. Aus therapeutischer Sicht ist es spannend zu betrachten, wie Patienten mit ihrem Geldvorrat umgehen. Obwohl umsichtiges Vorgehen beim Bieten häufig belohnt wird, weil man dann für spätere Runden gewappnet ist, gehen manche Spieler, gerade unter Drogenpatienten, ein hohes Risiko bewusst ein, da es den Nervenkitzel erhöht und ein Erfolg umso höher bewertet wird. Diese Verhaltensbeobachtungen und ihre Übertragung auf Risikoverhalten im Alltag können mit den Patienten später sehr gut reflektiert werden.

The Mind

Die Regeln von „The Mind“ sind denkbar einfach, das Erreichen des Spielziels ist es nicht. Das Spielmaterial besteht in der Hauptsache aus 100 Karten auf denen die Zahlen 1 bis 100 aufgedruckt sind. Vor jeder Runde werden alle Karten gemischt. Zu Beginn des Spiels erhält jeder Spieler die gleiche Anzahl an Karten (in der 1. Runde genau eine), deren Werte sie aber vor den Mitspielern geheimhalten müssen. Gemeinsames Ziel aller Spieler ist es nun alle Handkarten nacheinander in aufsteigender Reihenfolge offen abzulegen, ohne eine Karte zu überspringen. Dabei darf immer

nur eine einzelne Karte von einem Spieler gelegt werden. Die Tücke dabei ist, dass keiner der Spieler irgendeinen Hinweis auf seine Zahlen geben darf. Die Spieler müssen also „erspüren“, wann sie ihre nächste Karte loswerden können. So bald eine Karte gelegt wurde, obwohl noch eine oder mehrere Spielerinnen eine niedrigere Karte auf der Hand halten, ist die Runde verloren. Nach einer gewonnenen Runde erhöht sich die Zahl der Handkarten für die nächste Runde um eins.

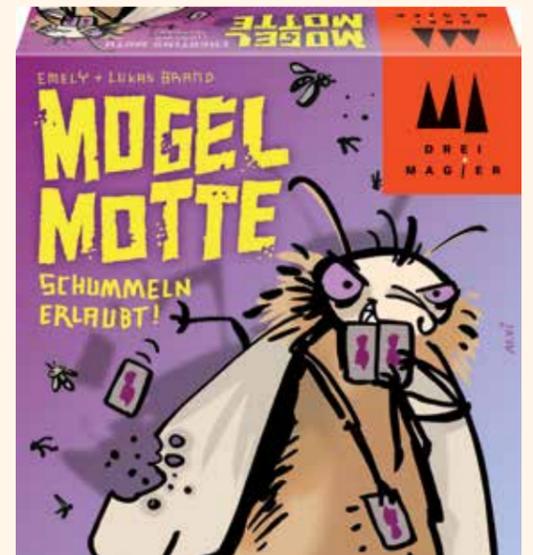
Einsatz in der Therapie: Das Verblüffende an diesem Spiel ist, dass es als interessante Gemeinschaftserfahrung trotz einfachster Regeln durchaus funktioniert. Obwohl die ersten Runden frustrierend sein können, weil man zunächst oft scheitert, entwickelt sich mit der Zeit ein Verständnis zwischen den Spielern, wann wer als nächstes eine Karte ablegen kann. Blicke müssen gedeutet und die Reaktionen aus vergangenen Spielrunden verglichen werden. Die Patienten lernen, wann Zurückhaltung gefragt ist, um auch jedem Mitspieler die Chance zu geben, die richtige Karte zum richtigen Zeitpunkt abzulegen, und wann man selbst mutig die Initiative ergreifen und Verantwortung übernehmen



muss, um das Spiel voranzubringen. So können Aufmerksamkeit, Erkennung und Deutung von nonverbalen Kommunikationssignalen, Gemeinschaftsgefühl in der Gruppe gefördert, aber auch Frustrationstoleranz und Impulskontrolle gestärkt werden.

Mogel-Motte

Bei Mogel-Motte ist erlaubt, was sonst bei Spielen grundsätzlich verboten ist. Schummeln. Hier darf nach Herzenslust und durchaus kreativ versucht werden alle seine Karten so schnell wie möglich loszuwerden. Man darf sich nur nicht dabei erwischen lassen. Es gewinnt nämlich diejenige, die als Erste ihre letzte Handkarte ausspielt. Vordergründig legt jeder Spieler, wenn er dran ist, eine Karte auf den Ablagestapel, deren Zahl um genau einen Punkt über oder unter



©DREI MAGIER by Schmidt Spiele GmbH, Berlin

dem Wert der zuletzt gelegten Karte liegen darf. Bestimmte Karten dürfen so aber überhaupt nicht gelegt werden, und müssen also irgendwie anderweitig entsorgt werden. Dafür darf man schummeln. Das heißt z. B. Karten unter dem Tisch oder im Ärmel verschwinden lassen, mehrere Karten übereinander ablegen usw.. Wer dabei aber erwischt wird, muss Strafkarten ziehen. Einer der Mitspieler spielt die „Wächter-Wanze“ und hat die Aufgabe die anderen Spieler auf frischer Tat zu ertappen, muss selbst aber ehrlich spielen. Nur dieser Spieler darf andere beschuldigen. Sobald jemand des Schummelns überführt wurde, wird dieser zur neuen „Wächter-Wanze“ und das Spiel geht weiter bis jemand seine letzte Karte abgelegt und gewonnen hat.

Einsatz in der Therapie: „Mogel-Motte“ irritiert zunächst, weil die Patienten etwas tun dürfen, was sie sonst nicht tun sollen, nämlich täuschen, tricksen und gegen allgemeingültige Regeln verstoßen. Dies bietet einen spielerischen Zugang zu

Themen, wie Werten, moralischem Handeln oder Kriminalität, da das Spiel viele Dinge direkt erfahrbar macht, die von Patienten, die auch kriminell geworden sind, als Anreize beschrieben werden (Nervenkitzel, sich anderen überlegen fühlen/schlauer sein als andere usw.). Auch wie es ist, in die Rolle der „redlichen Wächter-Wanze“ zu schlüpfen (weniger Stress, aber auch weniger Nervenkitzel und „Erfolg“), lässt sich in der Gruppe nach dem Spiel gut diskutieren.





CAVEAT CANNABIS! Ergebnisse der CaPRis-Studie

(Hoch, E., Schneider, M. et al., 2017)

In diesem Jahr wurden die Ergebnisse einer 2.100 internationale Studien umfassenden wissenschaftlichen Analyse der LMU München, gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit, zu den psychischen, körperlichen und sozialen Folgen des Cannabiskonsums und zur Wirksamkeit von Cannabisprodukten in der medizinischen Behandlung veröffentlicht.

Die Ergebnisse belegen unter anderem, dass Cannabiskonsum

- sich negativ auf Gedächtnisleistungen und Aufmerksamkeit auswirkt.
- das Verkehrsunfallrisiko erhöht, vor allem in Verbindung mit Alkoholkonsum.
- das Risiko von Angststörungen, affektiven Störungen oder psychotischen Symptomen erhöhen kann.
- akut erhöhten Blutdruck und Puls sowie respiratorische Symptome bewirkt.
- in chronifizierter Form zu Veränderungen von Hirnstrukturen, die mit Gedächtnisfunktionen assoziiert sind, führt.
- zu geringerem Bildungserfolg (mehr Schulabbrüche, geringere Anzahl akademischer Abschlüsse) führt, wenn er schon regelmäßig im Jugendalter stattfindet.
- in der Schwangerschaft zu einem geringeren Geburtsgewicht des Kindes führen kann.

Zum medizinischen Nutzen von Cannabis ergab die Analyse, dass

- Cannabis bei chronischen Schmerzen gegenüber einem Placebo einen leichten schmerzreduzierenden Effekt hat.
- Cannabis in der Krebsbehandlung und bei HIV gegen Übelkeit/Erbrechen und zur Appetitsteigerung erfolgreich eingesetzt werden kann.

Für weitere medizinische Effekte ergab sich keine hinreichend konsistente Befundlage.

In der Summe zeigt sich eine Reihe von nachweislich schädlichen Effekten, vor allem bei regelmäßigem Konsum. Eine besondere Gefahr für die Gesundheit geht nach der CaPRis-Studie von synthetisch hergestellten Cannabinoiden aus, da diese häufig eine viel höhere pharmakologische Wirksamkeit haben als gewöhnliches Cannabis, können mit dem Konsum schwer zu vorhersagende, mitunter sogar lebensbedrohliche Nebenwirkungen einhergehen. Demgegenüber stehen, zumindest nach jetziger Forschungslage, einige wenige spezifische Anwendungsbereiche bei denen ein effektiver Nutzen durch Cannabis in der medizinischen Behandlung belegt werden kann.

Auch wenn die Autoren der Studie weitere Forschungen empfehlen, sollten die Ergebnisse vor allem in der Präventionsarbeit und beim Kinder- und Jugendschutz Wiederhall finden. Denn wie die Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Orth, B., 2016) zeigt, ist Cannabis unter den 12-17-jährigen die mit Abstand verbreitetste illegale Droge (7,3%, 12-Monats-Prävalenz). Dieser Anteil steigt unter den 18-25-jährigen nochmal auf 15,3% an. Tendenz seit 2008 steigend. Angesichts der Studienergebnisse gibt es für die Verharmlosung von Cannabis trotz der gestiegenen gesellschaftlichen Akzeptanz keinen Grund.



VORSTELLUNG

Norbert Ott, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie



Als neuer Leitender Arzt der salus klinik Friedberg möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, persönlich vorzustellen. Ich bin als ein Kind der Babyboomer-Generation in Frankfurt/M. geboren und aufgewachsen. An einem 01. April, wie errechnet, pünktlich zur Welt gekommen. Als Sandwich-Kind hatte ich mich gegen einen Erstgeborenen und einen Nesthaken zu behaupten. Entscheidend waren Koalitionsbildungen und Verhandlungsgeschick aber vor allem der Kompromiss. Gefühlt war ich sehr unabhängig, da die Aufmerksamkeit auf Anfang und Ende der Geschwisterreihe fokussiert war. Irgendwie ist man mitgelaufen und das war Freiheit! Ich war ein sehr unruhiges und bewegungsfreudiges Kind, dazu noch (vor-)laut, ungeduldig, überraschend direkt und z.T. peinlich neugierig, ehrlich, konventionell etwas ungeschickt. Heutzutage hätte ich die Diagnose ADHS erhalten. Außerdem Neigung zu Routinen, magischem Denken, Ritualen, Sammelleidenschaften und speziellen Interessen. Die Bildungsexplosion der 70ziger erlebte ich im häuslichen Umfeld durch Grimms Märchen, Lexika bzw. verschiedene Bände der Duden Verlagsgesellschaft und den 50bändigen „Was ist Was“- Büchern. In der Grundschule verbrachte ich in einer überfüllten Klasse(40!) und mit einem kriegsversehrten Lehrer, der zur deutschen Kaiserzeit sozialisiert war. Üblicherweise konnte ich am Unterricht teilnehmen, wenn auch manchmal an der Wand in der Ecke stehend. Meine Stärken waren neben Aufmerksamkeit und „Ordnung“, Sachkunde, Kunst/ Werken und Sport. Ich bekam eine Empfehlung fürs Gymnasium. Die ersten 3 Jahre in der Unterstufe waren nicht einfach bei starker Lenkung und geringer Wertschätzung- öfter wurde ich vom Klassenlehrer „Zigaretten holen“ geschickt- Marke Overstolz. Mit dem Übertritt in die Mittelstufe wurde Vieles besser, in der Oberstufe lief dann alles oberprima. Als geschickter Handarbeiter begann ich eine Ausbildung zum Schreiner als Basis für ein (Innen-)Architekturstudium. Traditionsgemäß ließ ich mir einen Ohrring stechen, welcher jedoch zum Zankapfel für meinen Meister wurde. Als junger Mensch von hoher Gesinnung gab es bei prinzipieller Haltung keine Kompromisse, so dass die Aufkündigung des Ausbildungsverhältnisses konsequent umgesetzt wurde. Danach Studium der Philosophie und Religionswissenschaft bis mich die Gesellschaftsverpflichtung in Form des Zivildienstes auslöste. Ich entschied

mich für mein Geburtskrankenhaus und war 16 Monate als Krankenpflegehelfer tätig. Mich animierte die Mischung aus Pflege, praktischer und seelischer Hilfe existentiellen Grundsatzen und Teamarbeit. Danach Studium der Humanmedizin zunächst in Frankfurt, da ich mich hier selbst finanzieren konnte als Tageszeitungszusteller und Ambulanzpflegehelfer. Fortsetzung des Studiums in Münster aus Herzensgründen- teilfinanziert durch Aushilfsnachtwachen, dem Verkauf fahrtüchtig gemachter Fahrräder und als Automatenbeschicker in Studentenwohnheimen. Schon in vorstudentischen Zeiten hatte ich mich für Gehirne interessiert, sowohl funktionell als auch ergebnisorientiert und wollte eigentlich Hirnchirurg werden. Zuletzt bemühte ich mich um eine Weiterbildungsstelle als Augenarzt- das Auge ist eine Ausstülpung(Netzhaut) des Gehirns! Wegen der Ärzteschwemme gab es jedoch zu wenig vollumfängliche Ausbildungsstellen. Was nun? Neurologie!!!- einige Hirnnerven kannte ich als Augenkundiger ja schon! Es folgten 8 Jahre Neurologie in verschiedenen Kliniken -rehabilitativ(Multiple Sklerose, M. Parkinson, Folgezustände von Verletzungen des Nervensystems), akutmedizinisch(Hirnblutung, Schlaganfall, Epilepsie, akute Lähmungen) und intensivmedizinisch(Koma, Stoffwechsellentgleisung, Hirndruck, Schädel-Hirn-Verletzungen und Entzündungen des ZNS). Da die Ausbildung zum Neurologen 1 Jahr Psychiatrie einschließt- dann noch zu den Verrückten! Hier blieb ich 10 Jahre. Danach Neurologe in einem medizinischen Versorgungszentrum, Praxisvertreter in neuropsychiatrischen Praxen und zuletzt zweieinhalb Jahre als niedergelassener Neurologe in eigener Praxis tätig. Um Unabhängigkeit wiederzuerlangen und zur eigenen Gesundheitsprophylaxe gab ich die Praxis auf und verdingte mich in 2014 in der salus klinik Friedberg. Nomen est omen. Ot(t) bedeutet im Türkischen: Gras/Haschisch. Also endlich angekommen! Hier war ich zunächst überwiegend hausärztlich tätig. Erwerb des Zusatztitels Suchtmedizin und Absolvierung des theoretischen Teils „Sozialmedizin“. Seit Oktober 2018 Leitender Arzt. Ich bin gespannt, wie meine Geschichte fortgeschrieben wird und auf das Ende. *Panta rhei.- Wir steigen in den selben Fluss und doch nicht in denselben, wir sind es und wir sind es nicht“*

IMPRESSUM

Herausgeber:

salus klinik Friedberg
Warthfeldsiedlung 3, 61169 Friedberg

Redaktion:

Christian Muhl

Mitarbeiter dieser Ausgabe:

Christian Muhl, Christian Stierle,
Norbert Ott

Bilder dieser Ausgabe:

salus, Thinkstock, pixabay

Herstellungsleitung:

Sandra Fisch, salus klinik GmbH

Druck & Versand:

Druckhaus Süd GmbH, 50968 Köln
www.druckhaus-sued.de