

Blickpunkte

Zur Psychologie von körperlichen Erkrankungen*

Ich wurde gebeten, einen Vortrag über die sogenannte Psychosomatik zu halten und zwar nicht in Form einer Übersicht über die Fülle von verschiedenen Ansätzen, sondern als persönliche Einschätzung.

I. Die Einschätzung beginnt schon bei der Art, wie über Psychosomatik geredet wird: Heutzutage kann man sich ja kaum noch eine Erkrankung leisten, ohne in den Verdacht zu geraten, gerade in einer 'Krise' zu sein oder mit der Krankheit 'einen Konflikt zu lösen'. Von Verwandten, Freunden und Kollegen wird man verständnisvoll darauf hingewiesen, daß man sich in der letzten Zeit doch wirklich zuviel 'Streß' zugemutet habe. Nicht genug mit diesem allgemeinen Hinweis, z.T. weiß man es noch genauer: – Der akute Hörsturz sei die Inszenierung eines Nicht-Hören-Wollens – Der rezidivierende Halskatarrh verweise darauf, daß der Hals die engste Stelle zwischen Kopf und Körper sei – Das Magenulcus entstehe durch heruntergeschluckten Ärger usw.

Man könnte ja über ein derartiges 'einfühlsames Verständnis' erfreut sein, doch darf man m.E. die Implikationen nicht übersehen, so z.B. die strategische Funktion dieser Kommentare. Das Nicht-Hören-Wollen, die Ver-

geistigung oder 'der heruntergeschluckte Ärger' werden quasi als Ursachen behandelt, die der jeweils Erkrankte selbst zu verantworten hat. Der Herstellungsgedanke der Psychologie wird mißverstanden, so als hätte man alles in der Hand. Eigengesetzlichkeiten auf der einen Seite und Zufälle auf der anderen Seite werden geleugnet, stattdessen die Machbarkeit extremisiert. Die populäre Psychosomatik trägt zu einem Krankheitsverständnis bei, das G. NIKLEWSKI folgendermaßen umschreibt: „Es hat fast den Anschein, als verkörpere Aids genau zum richtigen Zeitpunkt ein neues, langsam gereiftes Paradigma von Krankheit. 'Krankheiten bekommt man nicht, man holt sie sich'“. (NIKLEWSKI 1987, 131)

Nun gut. So reden Laien. Wie sieht es im Kreis der Professionellen aus, sprich der Ärzte und Psychologen? Noch vor 10 Jahren durfte auf normalen internistischen oder chirurgischen Krankenstationen das Wort 'Psychosomatik' nicht in den Mund genommen werden; heute können sich die Ärzte eine derartige Ablehnung nicht mehr leisten, im Gegenteil läßt sich sogar ein inflationärer Gebrauch beobachten. 60-80% der Fälle seien psychosomatisch, versichert Ihnen fast jeder Allgemeinmediziner. Nur – die psychologische Betrachtung von körperlichen Erkrankungen kommt erst an einer bestimmten Stelle in den Blick, nämlich lediglich als Ausschußdiagnose, „nach dem Motto: 'was ich nicht diagnostizieren kann, das sehe ich als psychisch an'“. (UEXKÜLL 1958, 48). So hat sich die abwehrende Haltung nur in subtilere Bereiche verlagert.

*Text eines Vortrags vor der Wissenschaftlichen Gesellschaft für analytische Intensivberatung (WGI), August 1988

Nun gut. So reden 'Praktiker'. Wie redet man in der Wissenschaft über Psychosomatik? Psychosomatik sei der Gegenstand, der sich mit dem Zusammenhang von Körper und Seelischem beschäftige. Wobei schnell hinzugefügt wird, natürlich sei dieser Zusammenhang wechselseitig. Psychisches fände seinen Ausdruck im Körperlichen, Körperliches wirke auf Psychisches zurück. Schon die alten Griechen hätten gesagt „mens sana in corpore sano“. Aber es stimmt nicht – im Original heißt es: „orandum esse mens sana in corpore sano“. (Hinweis gefunden in HARTMANN 1986, 17).

Ich behaupte, die Frage nach dem Zusammenhang von Körper und Seele ist eine falsch gestellte Frage. Ihre Attraktivität hat sich durch die Jahrhunderte erhalten, aber vielleicht nur deshalb, weil sie immer wieder zu neuen Spekulationen Anlaß gibt. Indem die 'Einheit' oder 'Ganzheit' beschworen wird, erhält man sich eine dualistische Sichtweise. So werden eine Fülle von Gedankengebäuden produziert. Exemplarisch soll das Risikofaktorenmodell von H. SCHAEFER genannt sein (s. HARTMANN a.a.O., 175). Hier wird versucht, anhand der Pathogenese der KHK (also Herzinfarkt und Angina pectoris), das Zusammenwirken von 'Psyche' und 'Körper' zu analysieren. Ergebnis ist ein hierarchisch aufgebautes Modell mit einer Vielzahl von Kästchen (darin sind vermerkt: 'Gene', 'Persönlichkeit', 'gesellschaftliche Umwelt', 'Rasse', 'Sorgen', 'Rauchen', 'NNR' u.v.a.m.), die untereinander durch Pfeile und verschiedenartige andere Zeichen in Beziehung gebracht sind. Es entsteht ein Bedingungsgefüge, das so kompliziert ist, daß man es schon fast nicht mehr wagt hinzusehen. Für den konkreten Handlungsvollzug ist es völlig untauglich. Derartige Faktorenmodelle sind einigen von Ihnen vielleicht aus der sog. Pädagogischen Psychologie bekannt, wo sie schon seit längerem eingesetzt werden, um den komplexen Zusammenhang des Unterrichtsgeschehens

zu zergliedern. Hier wie im o.g. Fall sind sie unbrauchbar. Eher drängt sich klinische Verdächtigung auf, da werde Aufwand am falschen Platze betrieben.

Mein Vorschlag: Man streicht die Frage und man streicht auch das Wort 'Psychosomatik', das diese Frage ständig provoziert. Stattdessen könnte man sprechen von einer 'Psychologie von körperlichen Erkrankungen'.

II. Die Formulierung 'Psychologie von körperlichen Erkrankungen' geht zurück auf die wissenschaftstheoretische Sichtweise der Gegenstandsbildung, die behauptet, daß der Untersuchungsgegenstand ein methodisch-theoretisches Konstrukt ist, also etwas, was erst hergestellt werden muß, gleichgültig in welcher Wissenschaft man sich bewegt. Demnach sind körperliche Erkrankungen quasi 'natürliche Phänomene', welche unter verschiedenen Perspektiven zu betrachten sind, z.B. unter 'physiologisch-anatomischem oder unter psychologischem Aspekt, und die damit zu unterschiedlichen Daten bzw. Fakten werden. Als Beispiel für diese unterschiedliche Perspektivität sei FREUDS 1892 veröffentlichter „Fall von hypnotischer Heilung“ genannt. FREUDS Darstellung – Sie erinnern sich – bezieht sich auf einen konkreten Fall, zu dem er als Arzt gerufen wurde. Eine Wöchnerin konnte ihr Kind nicht stillen, obwohl sie es wollte. In unserem Zusammenhang ist diese Arbeit insofern interessant, als FREUD zum einen den gewohnten medizinischen Befund erhob, zum anderen aber auch alles beschrieb, was irgendwie zum Fall zu gehören schien. Dies bezieht sich sowohl auf die Rahmenbedingungen wie Vorgeschichte, Nachwirkungen, Familiensituation als auch auf die Behandlung selbst. Der medizinische Befund liest sich so: „Ich fand sie mit hochgeröteten Wangen zu Bette liegend ... das Epigastrium war vorgewölbt, auf Druck empfindlich, die aufgelegte Hand fühlte den Magen unruhig, von Zeit zu Zeit erfolgte geruchloses Aufsto-

ßen, die Kranke klagte über ständigen üblen Geschmack im Mund, die Ära des hochtympanitischen Magenschalls war erheblich vergrößert.“ Darüberhinaus beschreibt er aber auch Stimmungen („Sie war wütend über ihre Unfähigkeit, das Kind zu nähren, die sich bei jedem Versuch steigerte und der sie doch mit allen Kräften widerstrebte.“). Er thematisiert das sog. Arzt-Patient-Verhältnis („Ich wurde nicht als willkommener Retter in der Not begrüßt, sondern offenbar nur widerwillig angenommen“), und er scheut sich auch nicht, seine eigenen Gefühle zu erwähnen („Ich fand es unverständlich und verdrießlich“) – Beobachtungen, die er später als Übertragungswerk kennzeichnen konnte. Von den letztgenannten Beschreibungen aus geriet FREUD, so wie er es selbst formuliert, in eine andere Welt mit anderen Phänomenen und anderen Gesetzen. Herausstellen möchte ich, daß anhand eines konkreten medizinischen Falles eine psychologische Blickrichtung entwickelt wurde, gleichsam als Musterbeispiel für den Übergang von der medizinischen zu einer psychologischen Sicht.

Statt also von Körper und Seelischem und deren Zusammenwirken zu sprechen, geht es eher um die unterschiedlichen Perspektiven, unter denen man ein und dasselbe Phänomen betrachten kann. Es geht um die 'Konkurrenz' zweier Sichtweisen: einer kausal-logischen von Ursache und Wirkung gegenüber einer psychologischen, bzw. bild-logischen.

Nimmt man diesen Gedanken ernst, lassen sich entscheidende Konsequenzen ableiten: 1. Man kann nicht mehr von einer 'Psychogenie' körperlicher Erkrankungen sprechen. So im Beispiel des genannten Modells von SCHAEFER, wo Psychisches als ein Risikofaktor u.a. auftaucht – denn das hieße ja, Psychisches würde reduziert zu einer Ursache, was dann mit einer psychologischen Betrachtung der körperlichen Erkrankung nichts mehr zu tun hat.

2. Die Differenzierung zwischen einer sog. organischen und einer sog. funktionellen Erkrankung ist allenfalls als eine Differenzierung von Phänomenen zu betrachten und läßt sich so ohne weiteres nicht mehr unterschiedlichen Behandlungsformen zuordnen nach dem Motto 'die organische Erkrankung wird vom Mediziner behandelt, die funktionelle vom Psychologen'. Für den Arzt ist es gang und gäbe, dann von einer funktionellen Erkrankung zu sprechen, wenn er nach Einsatz all seiner Untersuchungsmethoden keinen organischen Befund erheben kann. 'Funktionell' ist für ihn aber synonym mit 'psychisch'. Dies läßt sich nicht halten. Die organische Erkrankung kann genauso gut unter psychologischem Aspekt gesehen werden wie die funktionelle Erkrankung unter physiologischem. Bei einem Herzinfarkt oder einem Magenculus findet sich sicherlich ein 'organischer Befund', dennoch können beide Krankheiten z.B. in ihrem Entstehungszusammenhang auch psychologisch betrachtet werden.

MEINERTZ formuliert den psychischen Ansatz so: „Aber selbst den (unwahrscheinlichen) Fall angenommen, daß es gelänge, bei allen normalen und krankhaften Abläufen das anatomische Substrat festzustellen – , das eigentliche Zentrum unserer Problematik würde dadurch gar nicht betroffen. Dieses liegt vielmehr darin,... daß wir genötigt sind, in eine neue Dimension auszubrechen, d.h. wir müssen ... diesen Vorgängen einen Sinn entnehmen...“ (MEINERTZ 1958, 521)

Es gilt daher, die Wertigkeit organischer Befunde nicht zu überschätzen. Beeindruckend ist beispielsweise der Zwiespalt, wenn neurologische Fälle, bei denen Computertomogramme des Gehirns massive Befunde zeigen, z.B. im Sinne einer Hirnrindentrophie, die aber in keinem Zusammenhang zum klinischen Bild erscheinen. Man kann aufgrund des CTs nicht ohne weiteres auf eine etwaige Demenz des dazugehörigen Menschen schließen.

Umgekehrt kann man aber auch nicht sagen, daß eine sog. funktionelle Erkrankung nicht medizinisch zu erklären wäre. Hier gilt es, genauso vorsichtig zu sein; sagen kann man lediglich, daß man mit der bisher eingesetzten medizinischen Diagnostik noch keine zureichende Erklärung liefern konnte, was aber nicht der Verantwortung enthebt, immer wieder auch an pathophysiologische Erklärungszusammenhänge zu denken. „Funktionelle Syndrome haben nämlich oft große Ähnlichkeit mit Syndromen, die bei chronischen Vergiftungen, bei Infekten, im Prodromalstadium einer Infektionskrankheit auftreten, bei ... Krankheiten also, bei denen ein festes, anatomisches Substrat entweder klinisch schwer zu finden ist oder überhaupt fehlen kann.“ (UEXKÜLL a.a.O., 483).

Will man es weiter zuspitzen, ließe sich die Formulierung von MEINERTZ umdrehen: Gesetzt den Fall, daß es gelänge, bei allen normalen und krankhaften Abläufen eine psychologische Erklärung zu finden, ist man dennoch genötigt, die 'Eigengesetzlichkeit' der körperlichen Prozesse zu berücksichtigen.

3. Es erübrigt sich ein neues Konzept. Wie die Psychologie den Alltag, Kunst, Wissenschaft, Institutionen, Verrücktes untersuchen kann, so ist sie auch in der Lage, eine sog. körperliche Erkrankung zu ihrem Gegenstand zu machen. Daß sich dabei spezifische Probleme ergeben, ist selbstverständlich.

Bisher mag es sich angehört haben, als könnte der Beitrag einer Psychologie von sog. körperlichen Erkrankungen lediglich darin bestehen, Entstehungszusammenhänge von Erkrankungen zu erhellen und insofern eine medizinische Sichtweise zu ergänzen. Die Leistung könnte aber auch darin liegen, zu untersuchen, welche Haltung der Patient gegenüber seiner Krankheit einnimmt, und diese ggf. zu behandeln. Konsequenter ginge damit eine Problematisierung des medizinischen

Gesundheits- und Krankheitsbegriffs einher. So spricht F. HARTMANN von einem „bedingten Gesundsein“, „einer gesunden Weise, krank zu sein“ und von „Kranksein als sowohl eingeschränkter wie auch auferlegter Freiraum von Gestaltung“ (a.a.O. 171). Was heißt das anschaulich? Zur Illustration möchte ich auf die Fälle des Neurologen O. SACKS hinweisen, die er kürzlich veröffentlicht hat in einem Buch mit dem Titel „Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte“. Da O. SACKS eine sehr gefällige Schreibe hat, möchte ich Ihnen den Originalton nicht vorenthalten; er schreibt in der Einleitung: „Das Lieblingswort der Neurologen ist 'Ausfall'. Es bezeichnet die Beeinträchtigung oder Aufhebung einer neurologischen Funktion: den Verlust der Sprechfähigkeit, den Verlust der Sprache, den Verlust des Gedächtnisses, den Verlust des Sehvermögens, den Verlust der Geschicklichkeit, den Verlust der Identität und zahllose andere Mängel und Verluste spezifischer Funktionen (oder Fähigkeiten). Für jede dieser Funktionsstörungen (ein weiterer beliebter Ausdruck) gibt es eine private, das Fehlen hervorhebende Bezeichnung: Aphonie, Aphasie, Alexie, Apraxie, Agnosie, Amnesie, Ataxie ... Ich möchte jedoch gleich zu Anfang darauf hinweisen, daß eine Krankheit nie lediglich ein Überschuß oder eine Einbuße ist, sondern daß es immer eine Reaktion des betroffenen Organismus ... gibt, die darauf abzielt, etwas wiederherzustellen, zu ersetzen, auszugleichen und die eigene Identität zu wahren, ganz gleich, wie seltsam die Mittel zu diesem Zweck auch sein mögen.“ (SACKS 1987, 17 u. 21).

Die Fälle, die SACKS in seinem Buch darstellt, sind quasi Beweise dieser Gestaltungsmöglichkeiten von Krankheit. So auch der Fall, der dem Buch seinen Namen gibt: Es geht um einen Musikhochschulprofessor Dr. P., der ein ausgezeichnete Musiker ist, aber durch seltsame Verhaltensweisen auffällt: er erkennt keine Gesichter mehr und kann beispielsweise

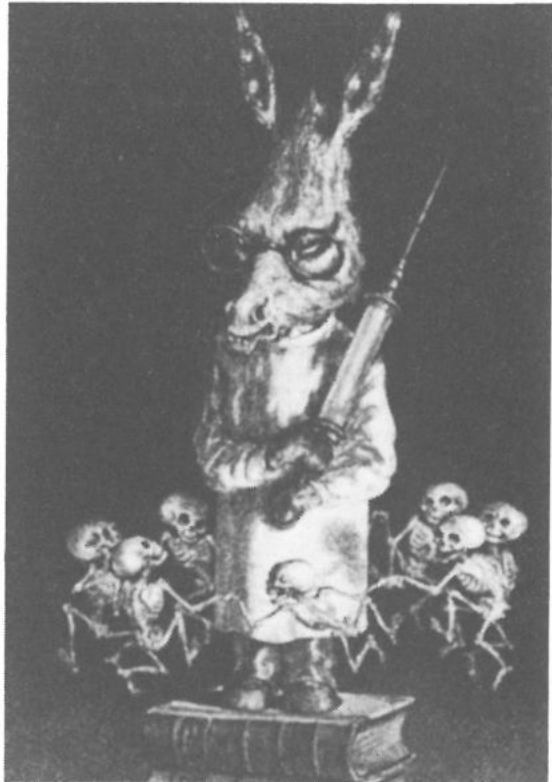
seine Studenten nur noch anhand ihrer Stimmen identifizieren. Es geschieht auch, daß er tote Gegenstände mit lebenden verwechselt, Parkuhren mit Menschen, seinen Fuß mit einem Schuh und eben den Kopf seiner Frau mit einem Hut. Den Alltag kann er dadurch bewältigen, daß er bei allem, was er tut, ein Lied vor sich hin summt: Eßlieder, Anziedlieder, Badelieder. Während die medizinische Diagnose die einer unheilbar neurologischen Erkrankung ist, kann die psychologische Untersuchung von SACKS herausstellen, daß die Musikalität des Dr. P. quasi den, durch die Krankheit bedingten 'Wahrnehmungsmangel' ausgestaltet und ausgleicht. Die Musik rückt an die Stelle bildlicher Eindrücke, so daß die Behandlung des Dr. P. darin besteht, ihn diese Musik leben zu lassen.

Durch die psychologische Untersuchung konnten die Entfaltungsmöglichkeiten des Patienten in seinem Kranksein entdeckt und dann gezielt unterstützt werden.

Das Problem der sog. Psychosomatik zeigt sich also m.E. nicht in der Leib-Seele-Frage, sondern stellt sich dar als ein methodisches Problem, als ein Problem der Konkurrenz und auch der jeweiligen Indikation unterschiedlicher, gleichberechtigter Erklärungsansätze bzw. Behandlungsweisen und damit nicht zuletzt als ein Problem organisatorischer und auch sozialversicherungsrechtlicher Art.

III. Frage ist, wie eine Zusammenarbeit von Ärzten und Psychologen bzw. unterschiedlicher Sichtweisen aussehen könnte. Lassen Sie uns zunächst betrachten, wie es heutzutage üblicherweise gehandhabt wird. Der Patient kommt zum Arzt, der Arzt versucht, mit Hilfe seiner Methodik zu einer ausreichenden Erklärung zu kommen. Bleiben die Untersuchungen ohne Befund oder die probierenden Behandlungsversuche ohne Erfolg, dann überweist bzw. deligiert er ggf. an den Psycho-

logen. Abgesehen von dem schon dargelegten Problem dieser Vorgehensweise möchte ich noch auf ein zweites hinweisen. Lapidar gesagt: Der Patient kommt aus der ärztlichen Sprechstunde anders heraus, als er hereingekommen ist. BALINT hat diesen Prozeß als die „Organisation von Krankheit“ beschrieben. D.h., es kann sein, daß der Patient erst durch das Procedere der medizinischen Diagnostik



und Therapieansätze auf eine physiologisch begründbare Erkrankung fixiert wird. Es ist diese Iatrogenese von Erkrankungen, also die Produktion von Krankheit durch den Eingriff des Arztes selbst, worauf die Psychologie stärker hinweisen sollte und was die übliche Vorgehensweise problematisch erscheinen läßt.

Als Modell derartiger Zusammenhänge läßt sich die sog. Mimikry-Krankheit ansehen. Von einem Fall, den ich am Rande miterleben konnte, möchte ich berichten: Vor einigen Jahren stellte sich eine Patientin mit unklaren Fieberzuständen in der internistischen Abteilung der Universitätsklinik Köln vor. Es wurde eine umfangreiche Diagnostik betrieben, zahlreiche Differentialdiagnosen diskutiert, letztlich aber keine ausreichende Erklärung für das Fieber gefunden. Einige Wochen später entdeckte ich dieselbe Patientin in der psychosomatischen Hauptvorlesung im Rahmen einer Falldarstellung. Eine ausführliche biographische Anamnese wurde erhoben und die Symptomatik in eine familiäre Konfliktsituation gerückt. Wiederum einige Wochen später stellte sich bei anderer Gelegenheit heraus, daß diese Patientin sich das Fieber artifiziell zugefügt hatte. So komisch sich das obige Beispiel vielleicht auch angehört haben mag, es ist ein gar nicht so seltenes Krankheitsbild. PLASSMANN hat vor kurzem eine Übersichtsarbeit in der „Psyche“ darüber veröffentlicht. Er bezeichnet mit Mimikry-Krankheit „das außerordentlich erfindungsreiche heimliche Erzeugen körperlicher Störungen mit Symptomen aus allen medizinischen Fachgebieten. Am häufigsten ist wahrscheinlich das manipulierte Fieber, ... es gibt zahlreiche artifizielle Anämien, Hypoglykämien, Blutungsneigungen ..., häufig sind auch artifizielle Diarrhoen...“ (PLASSMANN 1987, 869) Man kann sich darüber streiten, ob diese Phänomene als eine nosologische Einheit zu betrachten sind, interessant sind die Äußerungen Plassmanns zu den Entstehungsbedingungen. Das Vollbild der heimlichen Selbstmißhandlung entwickle sich erst in der Beziehung zum Arzt und sei Ergebnis einer agierten Übertragung und Gegenübertragung (a.a.O., 885). Darüberhinaus kommt er zu dem Schluß: „... ich glaube, es ist nützlich, wenn der Arzt sich der potentiellen Scheinbarkeit aller Krankheiten, mit denen er zu tun hat, bewußt ist!“ (a.a.O., 869)

Nach diesen Ausführungen kann man m.E. nicht mehr in der chronologischen Form der Zusammenarbeit von Arzt und Psychologen eine optimale Lösung sehen.

Andererseits ist eine 'Simultandiagnose und -therapie' vielleicht in Einzelfällen, aber generell sicherlich nicht praktikabel und auch nicht bezahlbar, abgesehen von anderen, psychologisch zu begründenden Hindernissen.

Wie wird nun dieses Problem in der etablierten Psychosomatik angegangen? Von der behaviouristischen Psychosomatik einmal abgesehen, sind zwei grundsätzliche Positionen festzustellen, die sich personifiziert darstellen lassen: Auf der einen Seite steht T.V.UEXKÜLL, der in einer sogenannten Integrierten Psychosomatik eine Chance sieht; d.h., er lehnt die Hinzuziehung psychologischer Experten ab und fordert eine in das ärztliche Denken und Handeln von vorneherein einbezogene Psychologie. Auf der anderen Seite steht THOMÄ, der eine Prognose MITSCHERLICHs zu seiner Position gemacht hat, die besagt: „Die Psychosomatische Medizin war gleichsam die Dragierung, um die bittere Pille Psychoanalyse der akademischen Medizin genießbar zu machen.“ (vgl. STÖESSEL 1984, 140). Damit wird die psychologische Sichtweise als eine Spezialdisziplin neben anderen gehandhabt.

Ich weiß mich so recht keiner Position zuzuordnen und bin gespannt auf Ihre Einschätzung. Jedenfalls sind mir nur zwei Haltungen bekannt: die eine, die sich allzu sehr den Ärzten anlehnt – die andere, die die Medizin als schlechtes Denkgebäude arrogant belächelt. Umsomehr habe ich mich gefreut, einmal meine – wenn auch nur vorläufigen – Gedanken zu diesem Themenkomplex vor Ihnen darlegen zu können und möchte mit einem Zitat von FREUD schließen: „An sich ist ja jede Wissenschaft einseitig, sie muß es sein, indem sie sich auf bestimmte Inhalte, Gesichtspunkte, Methoden einschränkt. Es ist ein Wider-

sinn, an dem ich keinen Anteil haben möchte, daß man eine Wissenschaft gegen eine andere ausspielt.“ (FREUD 1926) ●

Literatur

- FREUD, S. (1892): Ein Fall von hypnotischer Heilung. Nebst Bemerkungen über die Entstehung hysterischer Symptome durch den Gegenwillen. Ges. Werke, Bd. I
- (1926): Die Frage der Laienanalyse. Ges. Werke, Bd. XIV
- HARTMANN, G. (1986): Krank oder bedingt gesund? Mensch, Medizin, Gesellschaft, 1986, 170-179
- MEINERTZ, J. (1958): Grundsätzliches zur Frage der Psychosomatik. Psyche, 12(9), 521-522
- NIKLEWSKI, G. (1987): Alles krank und nichts gesund. Der „Münchhausen Arzt“ und die psychosomatische Flucht seiner Patienten. Kursbuch Gesundheit 88, Berlin, 125-134
- PLASSMANN, R. (1987): Der Arzt, der Artefakt-Patient und der Körper. Eine psychoanalytische Untersuchung des Mimikry-Phänomens. Psyche, 41(10), 883-899
- SACKS, O. (1987): Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Hamburg
- STOESSEL, J.-P. (1984): Wenn Pillen allein nicht helfen. Erfahrungen mit der psychosomatischen Medizin. München
- v. UEXKÜLL, T. (1958): Funktionelle Syndrome in der Praxis. Psyche, 12(9), 481-496

Verzeichnis der Abbildungen

- S. 70: A.P. Weber: Die Diagnose
- S. 75: A.P. Weber: Im guten Glauben
- Beide aus: A. Paul Weber 1893–1980. Kritische Graphik und Britische Bilder. Hrsg. von E. Arp. Hamburg 1985

Christa Bals

Corrigenda

Im Beitrag von G. Stark zum MediaPark (Zwischenschritte 2/1988) muß es auf Seite 124 statt: Der deutsche Nationalsozialismus machte aus einem verschlafenen Erzbistum in nur 50 Jahren . . . heißen: Der deutsche Nationalismus machte aus einem

. . .