1/ 2004
21.Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

Die therapeutische Beziehung

Empirische Untersuchung zur Existentiellen Lebensqualität

INHALT

Editorial 3
Impressum 74

ORIGINALARBEITEN
Existentielle Lebensqualität *(Astrid Görtz)* 4
Die verletzte Würde *(Fernando Lleras)* 17
Beziehung(s)formen *(Alfried Längle)* 23

FORUM
Über das Phänomen der Übertragung (Klaus Farkas) 30
Übertragung und Gegenübertragung in existenzanalytischer Therapie und Beratung *(Hans-Martin Rothe)* 37
Empathie in der Begrifflichkeit des klientenzentrierten Zugangs aus Sicht der Existenzanalyse *(Svetlana Krivtsova, Marina Chazanova)* 42
Empathie und Kongruenz *(A.B. Orlow, M.A. Chazanova)* 48
Die Würde der Person und die Anerkennung des Anderen *(Nolberto Espinosa)* 51
Gespräche mit Franz B. *(Birgitta Mullan)* 56
Therapiestation Carina *(Johannes Rauch)* 61
Deskriptive Ergebnisdarstellung und Evaluierung der Entwöhnungsbehandlung in der Therapiestation Carina 2000-2003 *(Oliver Bachmann)* 64
Einfluss der Partnerbeziehung während der Schwangerschaft auf Selbstwert und Lebensqualität *(Sylvia Prandl)* 66
Wie wir besser miteinander leben können *(Karin Steinert)* 69
Spiel und Spielzeug fördern die Entwicklung des Grundwertes *(Svetlana Krivtsova, Albina Loktionova, Vladimir Schljapnikov)* 70
Existenzanalyse, existentiell-humanistische Psychotherapie, Gestalttherapie und klientenzentrierter Ansatz *(Svetlana Krivtsova)* 71

BUCHBESPRECHUNGEN 75
PUBLIKATIONEN 84
REZENSIONSBÜCHER 83
CALL FOR PAPERS 86, 60

BEILAGE: GLE - INFO
KONTAKTADRESSEN 2
AKTUELLES 3
TERMINE 14
MITTEILUNGEN 19
INSTITUTE 24

BANKVERBINDUNGEN DER GLE-INT.

Österreich: Konto Nr.: 040-33884, Erste Österr. Spar-Casse-Bank, BLZ 20111
Deutschland: Konto Nr.: 7000006, Acredobank Nürnberg, BLZ 76060561
Schweiz: Konto Nr. 203054-10-556, Credit Suisse
Andere Länder: Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung oder mittels DC, VISA, EC/MC

BANKVERBINDUNGEN DER LÄNDERVEREINE

GLE-Österreich: Konto Nr.: 281-120-961/00, Erste Österr. Spar-Casse-Bank
GLE-Deutschland: Konto Nr.: 903 073 306, Postbank Hannover
IGEAP-Schweiz: Konto Nr. 42 391044435, Berner Kantonalbank (BeKB)

ABO-PREISE FÜR DIE EXISTENZANALYSE

Jahresabonnements für Nichtmitglieder: Euro 25,-/sfr 38,- inkl. Versand
Einzelpreis: Euro 16,-/ sfr 24,- inkl. Versand (Europa) – Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.
Die EXISTENZANALYSE mit Info Beilage erscheint 2 mal jährlich.

Wissenschaftlicher
B E I R A T

Michael ASCHER
Philadelphia (USA)
Karel BALCAR
Prag (CZ)
Gion CONDRAU
Zürich (CH)
Herbert CSEF
Würzburg (D)
Nolberto ESPINOSA
Mendoza (ARG)
Reinhard HALLER
Feldkirch (A)
Hana JUNOVÁ
Prag (CS)
Christoph KOLBE
Hannover (D)
George KOVACS
Miami (USA)
Jürgen KRIZ
Osnabrück (D)
Anton-Rupert LAIREITER
Salzburg (A)
Alfried LÄNGLE
Wien (A)
Karin MATUSZAK-LUSS
Wien (A)
Corneliu MIRCEA
Temesvar (RO)
Christian PROBST
Graz (A)
Heinz ROTHBUCHER
Salzburg (A)
Christian SIMHANDL
Wien (A)
Christian SPAEMANN
Braunau (A)
Michael TITZE
Tuttlingen (D)
Liselotte TUTSCH
Wien (A)
Helmuth VETTER
Wien (A)
Beda WICKI
Unterägeri (CH)
Wasiliki WINKLHOFER
München (D)
Elisabeth WURST
Wien (A)

HINWEISE

Autoren- und Stichwortverzeichnis
der Publikationen der GLE
www.gle.at/exec/4/37/Archiv/4.html

Call for Papers
• Supervision - Seite 60
• Trauma und Persönlichkeit Seite 86

Vorzugspreis
Psychotherapy and Psychosomatics
für GLE-Mitglieder
Infoheft Seite 6

Scientific Journal
European Psychotherapy
Topic of Vol.4, No.1, 2003:
Existential Analysis
Seite 82

Herbstsymposien
GLE-Ö: Sexualität und Sexualstörungen
Infoheft - Mitte
GLE-D: Übergänge
Infoheft Seite 13

THEMEN-VORSCHAU
2/2004
Tagungsbericht Depression
1/2005
Supervision
2/2005
Trauma und Persönlichkeit

Redaktionsschluß EA Nummer 2/2004
01. 08. 2004

Redaktionsschluß Infoheft
15. 09. 2004

gle@existenzanalyse.org
http://www.existenzanalyse.org

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen !

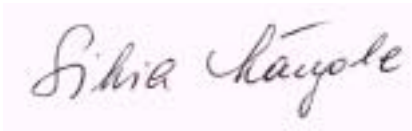
Diese Ausgabe soll die therapeutische Beziehung beleuchten: ihre spezifischen Formen, ihre Problematik und ihre Möglichkeiten. Die therapeutische Beziehung wird gerne als der Wirkfaktor schlechthin für den Therapieerfolg gesehen. Im existentiellen Verständnis der dialogischen Grundverfaßtheit der Person ist ein antreffbares Gegenüber notwendige Bedingung der Ich-Werdung: „Das ICH wird ICH am DU“, formuliert es M. Buber in seiner knappen Diktion. Aber ist Beziehung damit auch hinreichende Bedingung der Persönlichkeitsentwicklung? Die doppelte Offenständigkeit der Person nach außen und nach innen verlangt auch nach einem inneren Dialog, den man letztlich nur mit sich selbst führen kann. Jede äußere Beziehung ist dabei ein Hinführen zu einer inneren Beziehung, in der man sich selbst in der Unfaßlichkeit der eigenen Person antrifft und in Empfang nehmen kann.

Die Artikel des vorliegenden Heftes stammen von existenzanalytischen Autoren und Autorinnen aus verschiedenen Bereichen. Wir freuen uns sehr, diesmal einige Beiträge unserer Moskauer KollegInnen zu haben mit ihren Reflexionen und den ganz persönlichen Erfahrungsberichten zur Existenzanalyse im Vergleich mit anderen Schulen. Weiters möchten wir auch auf einige Abschlußarbeiten unserer AusbildungskandidatInnen verweisen.

In diesem Heft nimmt das Forum, das zu einem offenen Gedankenaustausch einladen soll, besonders breiten Raum ein. Es wäre schön, wenn daraus wieder der Impuls zu einem Diskussionsforum erwächst.

Im Redaktionsteam selbst gibt es eine Umformung: Karin Steinert betreut mit ihrer reichen Erfahrung die Agenden der Zeitung als stellvertretende Chefredakteurin und Michaela Probst hat aufgrund ihrer vielfältigen anderweitigen Verpflichtungen ihr Amt in der Redaktion zurückgelegt

Mit den besten Wünschen für einen schönen Sommer sind wir wieder



Ihre Silvia Längle
Im Namen des Redaktionsteams

Existentielle Lebensqualität

Ein neuer Ansatz innerhalb der Lebensqualitätsforschung und sein Nutzen als Outcome-Kriterium in der Psychotherapieforschung

Astrid Görtz

In den Jahren 1994 – 1998 wurde im Krankenhaus Maria Ebene in Feldkirch eine Therapiewirksamkeitsstudie durchgeführt, die insgesamt eine gute Wirksamkeit („effectiveness“) der exstenzanalytischen Psychotherapie in verschiedenen Bereichen der Befindlichkeit bzw. Symptombelastung, der Persönlichkeit und der Selbst- und Fremdeinschätzung des Therapieerfolgs bei Alkoholabhängigen erbrachte . Ein weiteres Outcome-Kriterium dieser Untersuchung stellt die „existentielle Lebensqualität“ dar, die als psychologisches Konstrukt inklusive-einem daraus abgeleiteten Selbsteinschätzungs-Fragebogen entwickelt und über verschiedene statistische Verfahren abgesichert wurde. In diesem Beitrag wird einerseits das theoretische Modell vorgestellt und andererseits werden die empirischen Ergebnisse in Bezug auf die Konstruktvalidität und die Therapieeffektivität bei Suchtkranken besprochen.

Schlüsselwörter: Existentielle Lebensqualität, Eudämonismus, Sucht, Psychotherapiewirksamkeit

In the years from 1994 to 1998 a study in therapy effectiveness was conducted in the hospital „Maria Ebene“ at Feldkirch. This study proved the high effectiveness of existential-analytical psychotherapy in various areas of the patients’ condition, i.e. of the symptom stress, of personality and external and self-evaluation of the effectiveness of therapy with alcoholics. (cf. Längle et al., 2001) Another outcome criterion of this study describes the existential life quality. This criterion is a psychological model that includes a questionnaire for self-evaluation and was corroborated by various statistical methods. This article presents the empirical results on the one hand, and, on the other hand, the empirical results are presented as far as the validity of the model and the effectiveness of the therapy of substance dependency are concerned.

Key words: existential life quality, eudemonism, substance dependency, effectiveness of psychotherapy

Einleitung

Der Begriff „Lebensqualität“ hat im Rahmen der medizinpsychologischen Forschung in den letzten 15 Jahren starke Verbreitung gefunden. Nach Bullinger (1997) ist die explizite Berücksichtigung der Lebensqualität als zu messendes Kriterium im Rahmen der Bewertung medizinischer Behandlungsverfahren als Paradigmenwechsel anzusehen. Dadurch wird verstärkt eine psychosoziale Perspektive in das Gesundheitssystem einbezogen, die gleichzeitig grundlegende psychotherapeutische Positionen berücksichtigt. Die Forderungen der Lebensqualitätsforscher nach einem Ernstnehmen der PatientInnen-Autonomie, der Berücksichtigung einer jeweils subjektiven Definition von Lebensqualität und nach einem dialogischen Ansatz in der Beurteilung der Lebensqualität des/der Patienten/in im Einzelfall erscheinen aus psychotherapeutischer Perspektive als Selbstverständlichkeit. Für die empirische Forschung bedeutet dies, dass es sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lediglich um ein „latentes Konstrukt“ handelt, das nicht direkt beobachtet, sondern lediglich indirekt über die Verwendung von Indikatoren und Determinanten erschlossen werden kann. Entgegen früheren optimistischeren Einschätzungen stellt Bullinger in einer jüngeren Publikation fest, dass es unter Lebensqualitätsforschern keinen Konsens über die Dimensionalität dieses latenten Konstrukts gibt (Bullinger et al. 2000).

Der Philosoph *Dieter Birnbacher* hält die Subjektivierung des Lebensqualitätsbegriffs für unerlässlich und betont, dass hier immer ethische Fragen im Spiel seien (Birnbacher 1998). *Wilhelm Lütterfelds* geht noch weiter und warnt vor einer Verwendung des Lebensqualitätsbegriffs, da er die Möglichkeit der Qualifizierung eines Lebens als „lebensunwert“ imp-

liziert. Lütterfelds (1991) betont die Bedeutung der so genannten „existential beliefs“, die ein kranker Mensch der Beurteilung seiner Lebensqualität zugrunde legt. Gerade in Situationen lebensbedrohlicher Krankheit lässt sich der individuell- spezifische Lebensqualitätsbegriff nicht verallgemeinern, da dies einer Ignoranz, ja Negation der persönlichen Einstellung zu Krankheit, Heilung und Tod gleichkäme. Die Frage nach dem menschlichen Glück und Wohlbefinden wird seit je her von der Philosophie gestellt. Dabei lassen sich zwei grundlegend verschiedene Auffassungen von Glück und Wohlbefinden unterscheiden: ein *eudämonistischer* Glücksbegriff, der auf *Aristoteles* zurückgeht und seinem Ursprung nach ‘Glück durch Tugend’ bedeutet, und eine *hedonistische* Vorstellung von Glück, die – von *Epikur* ausgehend – einen Zustand des Wohlbefindens als Freisein von Schmerz und Unlust bezeichnet. Diese beiden unterschiedlichen Ansätze bzw. die Konflikte zwischen den Vertretern beider Auffassungen durchziehen die abendländische Geschichte der Glückstheorien und stellen auch im Rahmen der empirischen Psychologie die Grundlage aller Konstrukte zu Glück und Wohlbefinden dar. So hat sich innerhalb der Psychologie in den letzten Jahren eine neue Richtung unter dem Namen „positive psychology“ etabliert (Seligman, Cszikszentmihaly 2000), welche diese glücksphilosophische Diskussion aufgreift und dabei grundlegende Überlegungen humanistisch-existentieller Psychotherapierichtungen integriert. Ryff und Keyes (1995) prägten den Begriff „psychologisches Wohlbefinden“, das – im Unterschied zu einem auf hedonistische Aspekte beschränkten „subjektiven Wohlbefinden“ – durch sechs Aspekte der Aktualisierung definiert ist, nämlich Autonomie, Wachstum, Selbstakzeptanz, Sinn, Bewältigung und positive Bezogenheit. Sie konnten zeigen, dass ein eudämonistisches Glückserleben nachweislich positive Effekte auf physiologische Systeme wie etwa das Immunsystem hat.

Ein weiterer Ansatz im Rahmen der positiven Psychologie ist die Selbstbestimmungstheorie (Deci, Ryan 2000). Sie definiert eudämonistisches Wohlbefinden als „Vitalität“, die ihrerseits in engem Zusammenhang mit der Erfüllung von drei psychologischen Grundbedürfnissen steht, nämlich Autonomie, Kompetenz und Bezogenheit. Die positive Psychologie greift also hier Konzepte auf, die bereits im Rahmen der „humanistischen Psychologie“ (Maslow 1971; Rogers 1963) Bedeutung erlangt haben und schon zuvor von *Frankl* thematisiert worden sind (Frankl 1950; 1959) bzw. später 1972; 1976). Das „erfüllte Leben“ wird mit Konzepten, der positiven Psychologie zu operationalisieren versucht und auf empirische Zusammenhänge mit individuellen Unterschieden (Alter, Geschlecht, Persönlichkeit) bzw. soziologischen Faktoren (Sozialschicht, Wohlstand) sowie unterschiedlichen Ge-sellschaftssystemen und Kulturen untersucht (zur Übersicht vgl. Deci, Ryan 2001).

Die Existenzanalyse vertritt immer schon einen eudämonistischen Glücksbegriff, der das „gute Leben“ als ein Leben im Einklang mit den eigenen Werten und letztlich mit dem personalen Grundwert ansieht. Sie definiert Glück als „gelingendes Leben“ – und steht damit im Einklang mit der Glücksphilosophie. In einer solchen Betrachtungsweise ist Glück nicht als Zustand, sondern vielmehr als Vollzug zu denken: als Spannung zwischen einem episodisch-ekstatischen Glück des Augenblicks und den Möglichkeiten eines existentiellen Gelingens (vgl. Seel 1998). Ein eudämonistischer Glücksbegriff ist in engem Zusammenhang mit ethischen Fragen zu sehen. Unter dem Aspekt der Vergänglichkeit sind die Möglichkeiten eines gelingenden Lebens zu erläutern. „Leben“ ist also immer unter zwei Gesichtspunkten zu betrachten: als *vorgefundenes* und als *selbst gestaltetes Leben*. Lebensqualität wäre demnach einerseits das Einverständnis mit den Lebensumständen und andererseits die Zufriedenheit mit dem, was man selbst aus diesen Umständen gemacht hat (Längle 1991). In diesem Sinn kann die Existenzanalyse in die Nähe einer „praktischen Philosophie“ gebracht werden. Philosophie und Existenzanalyse stimmen in der Auffassung überein: „Gut ist ein Leben, das – alles in allem, trotz aller Widrigkeiten, im ganzen oder in wesentlichen Abschnitten – um seiner selbst willen gelebt werden kann.“ (Seel 1998,118) Voraussetzung ist ein Spielraum der Begegnung, der dem Subjekt gegeben sein muss, um sich zu seinen Lebenssituationen verweilend oder fliehend, suchend oder vermeidend oder zumindest zustimmend oder ablehnend zu verhalten. Das gute Leben ist eines, das sich im Modus freier Weltbegegnung vollzieht. Dieser Spielraum kann auf vielfältige Weise eingeschränkt oder verstellt sein. Zur Spezifizierung der Bedingungen eines freien Weltbezugs und eines gelingenden Lebens kann die Existenzanalyse wichtige Hinweise liefern.

Das Modell des existentiellen Wohlbefindens

Das von der Autorin entwickelte Modell baut auf den vier existentiellen Grundmotivationen nach Längle (1999) auf und leitet davon neun Dimensionen des „existentiellen Wohlbefindens“ ab. Auf der Basis von verbalen Selbstbeschreibungen können neun Bereiche definiert werden, die sich empirisch als einheitliche Dimensionen herausgestellt haben. Sie stehen mit den existentiellen Grundmotivationen (GM) in folgendem Zusammenhang:

Ontologisches Wohlbefinden (1. GM)
- Gutes und schlechtes Wohlbefinden auf einer Dimension: „Vertrauen“ (V)

Emotionales Wohlbefinden (2. GM)
- Gutes WB: „Lebensgefühl“ (LG)
- Schlechtes WB: „Depressivität“ (DE)

Soziales Wohlbefinden (3. GM)
- Gutes WB: „Beziehungserleben“ (BE)
- Schlechtes WB: „Soziales Scheitern“ (SSch)

Personales Wohlbefinden (3. GM)
- Gutes WB: „Personale Aktivität“ (PA) • Schlechtes WB: „Personale Passivität“ (PP)

Existentielles Wohlbefinden (4. GM)
- Gutes WB: „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ (EE)
- Schlechtes WB: „Existentielle Leere“ (EL)

Ontologisches Wohlbefinden: Vertrauen (V)

Die erste Grundmotivation wurde von *Längle* mit den Begriffen „Grundangst“ und „Grundvertrauen“ charakterisiert. Im vorliegenden Fragebogen ist sie in der Dimension „Vertrauen“ (V) repräsentiert. Empirisch konnte nachgewiesen werden,

dass negative und positive Ausprägung auf einer Skala liegen, linear also von einander abhängig sind.

Dies unterstützt die Annahme, dass es sich hier um ein basales Empfinden handelt, das sowohl physische Empfindungen wie Angst/Anspannung bzw. Entspannung als auch weltanschauliche Halt-Erfahrungen („das Gefühl der Dankbarkeit dem Gefühl gegenüber", „das Gefühl, dass alles im Leben seinen Platz und seine Bedeutung hat") in einer empirisch erfassbaren, einheitlichen Dimension einschließt. Diese Erfahrungen werden daher als „ontologisches Wohlbefinden" bezeichnet. Man kann diese Ebene auch als die „grundlegend weltliche Dimension" bzw. als „psycho-physisches Realitätsempfinden" bezeichnen. Es geht um die basale Erfahrung eines Du, um die dialogische Grunderfahrung.

Mangelndes Grundvertrauen äußert sich in chronisch erhöhter Angstbereitschaft, Nervosität und Anspannung sowie geringer Belastbarkeit. Hohes Grundvertrauen äußert sich in einem Grundgefühl des Getragen-Seins, in einem auch weltanschaulich empfundenen Halt. Wenn wir „Vertrauen" im Rahmen eines Persönlichkeitsmodells als *trait* verstehen, bildet diese grundlegende Empfindung und Wahrnehmung der Welt die „Hintergrundschablone" aller anderen, quasi „darüber" liegenden Erfahrungen.

Das „ontologische Wohlbefinden" kann auch mit dem Begriff der „Vulnerabilität" bzw. „Robustheit" in Verbindung gebracht werden (Zubin, Spring 1977, zit. n. Tutsch 1996) bzw. wird im klinischen Zusammenhang oft als „Endogenität" bezeichnet. Dieser Bereich stellt den fließenden Übergang von Physischem zu Psychischem dar. Das psychische Erleben wird stark von physiologischen Faktoren mitbestimmt (Hormone, Transmitter, etc.). Ciompi (1997) verwendet in diesem Zusammenhang den Begriff der „neuronalen Plastizität", um die Verschränkung von biologischen, psychologischen und soziologischen Faktoren deutlich zu machen. Aus existenzanalytischer Perspektive wäre hier die personal-existentielle Dimension zu ergänzen. Für das Gefühl von *Zusammenhalt* in der inneren und äußeren Realität ist es notwendig, (personale) Kontrolle über das bio-psycho-soziale Empfinden zu besitzen. Je stärker die Person diese Kontrolle – über ein starkes, belastbares autonomes und vegetatives Nervensystem oder auch eine hohe neuronale Plastizität nach *Ciompi* – behält, desto sicherer fühlt „es" sich an. Umgekehrt wird ein Verlust der Kontrolle als Eindringen des Fremden und schließlich als Verlust des Zusammenhalts erlebt, der im Extremfall im schizoiden Erleben gipfelt (vgl. Längle 1996).

Das Empfinden auf dieser Ebene wird in Bezug auf die Lebensqualität zwar als „*state*" aufgefasst, allerdings weist es bei schwerer Erkrankten wie etwa Suchtpatienten oder chronisch psychisch Kranken hohe Chronizität auf und lässt sich daher in einer ambulanten Psychotherapie nur langfristig und in kleinen Schritten verändern. Der stationäre Rahmen der Suchttherapie liefert diesbezüglich zumindest kurzfristig weitaus bessere Möglichkeiten. Die medizinisch-pflegerische Betreuung vermittelt Erfahrungen von Halt und Sicherheit, die gleichzeitig auch einen Schutz vor der Suchterkrankung darstellen.

Emotionales Wohlbefinden: Lebensgefühl (LG) und Depressivität (DE)

Auf der Ebene des „emotionalen Wohlbefindens" spiegelt das Modell die Vorstellung eines zyklischen Ablaufs wider, der in einer Art Wellenbewegung die Gleichzeitigkeit von positiv erlebtem „Lebensgefühl" und negativ erfahrener „Depressivität" ermöglicht. Auch diese Erfahrungsdimension ist – quasi als „Hintergrundstimmung" – auf den darüber liegenden Ebenen weiterzudenken. Es ist die Nähe-Erfahrung, die von *Längle* in der zweiten Grundmotivation beschrieben wurde. Sie bezieht sich auf das Leben als Vitalität, auf die Erfahrung der Lebendigkeit als Organismus, der Lebensrhythmen unterworfen ist. Existentielle Themen sind die Teilhabe am und Nähe zum Leben, das In-Beziehung-Sein, die Grundwert-Erfahrung nach *Längle*. Auf der Befindlichkeitsebene ist es ein Mitschwingen mit Lebendigem, dieses führt zur Erfahrung von Harmonie, Ausgeglichenheit und „Wohligkeit". Man kann diese Erfahrungen in psychologischen Begriffen als „psycho-physisches Lebensgefühl" bezeichnen.

Im Rahmen einer Persönlichkeitstheorie handelt es sich um eine Dimension mit einem hohen Anteil an Chronizität bzw. einem hohen *trait*-Anteil. Körperliches und Seelisches sind über die Emotionalität eng miteinander verbunden, wobei hier starke kulturelle Einflüsse vermutet werden. Unter dem Gesichtspunkt der Psychopathologie ist eine Nähe zur „endogenen Depression" gegeben. Hier geht es um die Beziehung zum Leben in seiner vital-leiblichen Dimension – noch ohne expliziten sozialen Bezug.

Die Erfahrung des Zyklischen im Bereich der „Grundstimmung" hat mit dem subjektiven Raum-Zeit-Erleben zu tun: Der Depressive erfährt die Zeit als unendlich langsam sich hinziehend, in der schweren Depression gar als Stillstand. Gleichzeitig geht das Erleben der Raum-Tiefe verloren. Diese Empfindung ist eine gängige klinische Erfahrung aus zahlreichen Schilderungen von Patienten. Nach *Tellenbach* (1987) kann – unter Bezugnahme auf *Husserl*s Zeitlehre – Melancholie als Störung des inneren Zeitbewusstseins angesehen werden. Damit ist ein subjektiver Zeitbegriff angesprochen, der bereits im Altertum existierte. Die Griechen kannten drei verschiedene Zeitbegriffe: Außer dem *chronos*, der zähl- und messbaren Zeit, gibt es auch noch *kairos*, die mit Bedeutung belegte, er-lebte Zeit, und *aion*, die „immer wiederkehrende Zeit", die wir als kulturelle Rituale feiern und die unseren Lebenslauf in Abschnitte, in „Jahreszyklen" und „Lebensabschnitte" gliedert (vgl. Boscolo, Bertrando 1994). Durch *kairos* erlebt der Mensch ein Gefühl dafür, was Bedeutung hat und wertvoll für ihn ist – wofür es „höchste Zeit" ist. Durch *aion* ist der Mensch in eine kulturelle Gemeinschaft eingegliedert, erlebt gleichzeitig den stetigen Wandel der Dinge und die Unmöglichkeit, „zweimal in denselben Fluss zu steigen". Die Zeiterfahrung vermittelt dem Menschen das Gefühl von Lebendigkeit und Zugehörigkeit. Schließlich entsteht nach *Längle* die Erfahrung des Wert-sein-Mögens durch die Erfahrung von Nähe und Zeit. Wohlbefinden auf dieser Ebene hat vor allem mit einem ausgeglichenen Raum-Zeit-Empfinden zu tun – immer dann, wenn Menschen von „Harmonie und Ausgeglichenheit" sprechen, benennen sie die Erfahrung, im Einklang mit den inneren und äußeren Rhythmen zu sein.

„Stimmungsschwankungen“ zeigen an, dass die Person aus diesem Rhythmus gerät, was das gesamte Raum-Zeit-Erleben und damit auch die Nähe-Erfahrung verändert. Aus dem raum-zeitlichen Einklang zu fallen, ist ein charakteristisches Empfinden des Depressiven.

Positive und negative Skala sind auf dieser Ebene empirisch getrennt zu erfassen. Das spricht für eine höhere Komplexität dieser Dimension, zumindest was die Möglichkeit der sprachlichen Erfassung (mit Hilfe eines Selbsteinschätzungs-Fragebogens) betrifft. Das zyklische Geschehen erlaubt es, dass zu manchen Zeiten positive und negative Grundstimmung gleichzeitig auftreten und sich quasi „überlappen“. „Positives Lebensgefühl“ entspringt dem Gefühl des Wertsein-Mögens und entspricht der Grundwerterfahrung nach *Längle*. Ein guter Grundwert stellt eine Voraussetzung für ein positives Beziehungserleben dar, repräsentiert aber noch nicht die Beziehungserfahrung selbst. Grundwerterfahrung ist Teilhabe am Leben und wird auch in der Beziehung zur Natur, aber auch in einem Mitschwingen in der Musik, in der Kunst ganz allgemein – im emotionalen Kontakt mit allem Lebendigen erfahren. Sie wird auf der Ebene des Wohlbefindens z.B. als innere Ausgeglichenheit, als wohliges, entspanntes Körpergefühl, als Gefühl, voller Energie und Tatkraft zu sein, als ein Gefühl des Friedens und der Harmonie oder als Gesundheit und Vitalität beschrieben. In der therapeutischen Arbeit kann dieses Erleben mit Hilfe kreativer Medien gefördert werden. Aber auch die wertschätzende, wärmende Erfahrung in der therapeutischen Beziehung, insbesondere in der Therapiegruppe, ermöglicht Grundwerterfahrungen („es ist gut, dass es mich gibt“, „es ist gut zu leben“). Sie stellt einen basalen Wirkfaktor jeder Psychotherapie dar.

Im Negativen wird die fehlende Grundwerterfahrung als „Depressivität“, als mangelndes Lebensgefühl, als Abgeschnitten-Sein vom Leben erfahren („das Gefühl, nichts berührt mich wirklich“, „das Gefühl, zu funktionieren anstatt zu leben“), meist begleitet von körperlichen Beschwerden („Müdigkeit und Abgespanntheit“), von Druckgefühlen und Gefühlen der Belastung und Schuld. Dieser Zustand wird von Patienten oft als naturgegeben und sein Kommen und Gehen – wie im Extremfall der manisch-depressiven Erkrankung – als unabänderlich erlebt. In der europäischen Kulturgeschichte wurde dieses Empfinden auch als „Melancholie“ bezeichnet. Im vorliegenden Modell wird diese Dimension als negative Grundstimmung verstanden – als Schwere, die allerdings von der „Leere“ zu unterscheiden ist, welche der „Personalen Passivität“ zugeordnet ist.

Soziales Wohlbefinden: Beziehungserleben (BE) und Soziales Scheitern (SSch)

Das „soziale Wohlbefinden“ gehört gemeinsam mit der nächsten Ebene, dem „personalen Wohlbefinden“, zur dritten Grundmotivation. Auf dieser Ebene geht es um Fragen der Ich-Stärke, des Selbstwerts und der Identitätsfindung, deren Voraussetzung Beziehungserfahrungen sind. In der individuellen Lebensgeschichte kann man sich die Entwicklung des Selbstwerts aus den Erfahrungen aus der Beziehung zu einem konkreten, sozialen Du vorstellen. Das Selbst kann als soziale Kategorie bezeichnet werden. Die existentiellen Themen sind hier das Person-Sein, die Selbst-Rechtfertigung und Fragen der Ethik („Darf ich so sein, wie ich bin“). Das „soziale Wohlbefinden“ im speziellen thematisiert das In-Beziehung-Stehen zu einem konkreten (sozialen) Du. Es stellt das Identitätserleben durch Beziehungen bzw. das Wohlbefinden, das aus der Möglichkeit resultiert, sich selbst in Beziehungen zu erfahren, dar.

Auf Basis einer verbalen Selbsteinschätzung lässt sich nicht unterscheiden, inwieweit die Person für ihre gute Lebensqualität in diesem Bereich selbst verantwortlich ist oder inwieweit es die glücklichen Umstände sind. Erst im Zusammenhang mit der Dimension „personales Wohlbefinden“ lassen sich darüber nähere Aussagen treffen. Im „sozialen Wohlbefinden“ ist also immer auch ein personaler Anteil im Sinne von personaler Aktivität oder Passivität (s. weiter unten) enthalten, ein Sich-Einlassen auf ein Gegenüber, zu dem die Person aktiv bereit sein muss. Die Erfahrung eines guten „Beziehungserlebens“ kann stärker auf den Einsatz personaler Kräfte oder aber auf die von anderen entgegengebrachte Zuwendung im Sinne „glücklicher Umstände“ – oder beides, in unterschiedlichem „Mischungsverhältnis“ – zurückgehen.Ebenso kann die Erfahrung eines „Sozialen Scheiterns“ entweder auf mangelnde Zuwendung durch die Bezugsperson(en) oder aber auf ein mangelndes Sich-Einlassen auf vorhandene Beziehungsmöglichkeiten zurückgehen.

Im vorliegenden Fragebogen wird das „Beziehungserleben“ z.B. durch folgende Items erfasst: „das Erlebnis, etwas für einen anderen zu tun, wo es mir selbst warm ums Herz wird“, „das Gefühl der Zufriedenheit mit meinem Mannsein/Frausein“, „das Gefühl, von anderen als Mensch anerkannt und akzeptiert zu werden“, „das Gefühl, mich in einem tiefen Gespräch echt verstanden zu wissen“, oder „das Erlebnis, einem anderen Menschen in einer schwierigen Situation beistehen zu können“.

Dieser Erfahrungsbereich stellt einen wichtigen protektiven Faktor dar, der auch von vielen psychologischen Lebensqualitätsforschern als Bestimmungsmerkmal des Wohlbefindens angesehen wird (vgl. Ryff, Keyes 1995; Deci, Ryan 2000).

Die negative Dimension „soziales Scheitern“ steht oft im Zusammenhang mit Enttäuschungen auf Grund von Zurückweisungen oder Beziehungsverlusten. Dies führt zu einer Verunsicherung des Selbstwerts. In der Therapie geht es darum, über den verlorenen Wert trauern zu können. Die Voraussetzung, um in die Trauer kommen zu können, ist eine vorhandene gute Beziehungserfahrung, die über die therapeutische Beziehung ermöglicht wird. Andererseits braucht es ein Sich-Stellen gegenüber dem Verlustschmerz. Ein Verharren in Passivität verhindert eine mögliche Bewältigung. Auf dieser Ebene fließen also Bewältigungsfähigkeiten in Form personaler Stellungnahmen unmittelbar mit ein.

In Hinblick auf ein Persönlichkeitsmodell lässt sich hier sowohl der *state*- als auch der *trait*-Aspekt gleich stark orten. Es handelt sich bei diesen Erfahrungen *per definitionem* um das Ergebnis von sozialen Interaktionen, die unmittelbar vom Umgebungskontext mitbestimmt sind und daher stark situativ schwanken können. Der *trait*-Anteil liegt in einer guten personalen Bewältigungsfähigkeit (3. GM), die im Zusammenhang mit dem „sozialen Wohlbefinden“ auch als „personale Beziehungsfähigkeit“ bezeichnet werden könnte. Darüber hinaus muss an Wechselwirkungen gedacht werden – die personale Beziehungsfähigkeit kann je nach Bezugsperson variieren.

Die Förderung von Bewältigungsprozessen auf dieser Ebene stellt eine zentrale Aufgabe wohl jeder Psychotherapie dar. Allerdings ist die Betonung des personal aktiven („internen") Anteils gegenüber dem sozialen („externen") Anteil ein Spezifikum der Existenzanalyse. Darin liegt ein Ausgangspunkt ihrer Entwicklung, indem *Frankl* sich bewusst von der *Adler*'schen Individualpsychologie und deren Betonung auf dem Aspekt des sozialen Minderwertigkeitsgefühls absetzte.

Personales Wohlbefinden: Personale Aktivität (PA) und Personale Passivität (PP)

Die nächste Ebene wird als „personales Wohlbefinden" bezeichnet und ist ebenso wie das vorhin beschriebene „soziale Wohlbefinden" der 3. Grundmotivation zuzurechnen. Man könnte sagen, das soziale Wohlbefinden ist das äußerlich sichtbare Ergebnis einer gelungenen Bewältigung auf Basis des personalen Wohlbefindens. „Personalität" kann entwicklungspsychologisch als eine weitere Ausdifferenzierung von „Emotionalität" aufgefasst werden. Die Dimension „personales Wohlbefinden" spiegelt das Ergebnis der Auseinandersetzung der personalen Kräfte mit den existentiellen Anfragen auf einer geistigen Ebene, in Form von personalen Stellungnahmen, wider. Diese Ebene repräsentiert die Schnittstelle von der dritten zur vierten Grundmotivation im Sinne des dynamischen Einsatzes der personalen Kräfte für die existentielle Verwirklichung und Erfüllung. Das existentielle Thema ist hier die personale Stellungnahme, das Antwort-Geben. Es geht um den Menschen als Gestalter seiner Zukunft. In einer psychologischen Perspektive kann man sich personale Stellungnahmen als „innere Konfliktlösungen" zwischen personaler Aktivität und personaler Passivität vorstellen. Sie entsprechen der Stellungnahme (PEA2) in *Längle*s Personaler Existenzanalyse (Längle 2000).

Personal aktiv erfährt sich der Mensch vor allem in der aktiven Bewältigung von Schwierigkeiten, in der Verwirklichung eigener Ideen, im kreativen, schöpferischen Tun. Charakteristische Items sind etwa „das Gefühl, genügend Möglichkeiten zu haben, die Dinge zu tun, die mir wichtig sind", „das Gefühl, voll Zuversicht in die Zukunft zu schauen", „die Freude, in einer Tätigkeit eigene Ideen zu verwirklichen", „das Gefühl von Freiheit und Selbstbestimmung" oder „das Gefühl, ich bin dem Leben und seinen Schwierigkeiten im großen und ganzen gewachsen".

Diese Dimension kann in die Nähe des Begriffs der „Selbstaktualisierung", wie er in der humanistischen Psychologie verwendet wird und welcher auf den griechischen *Entelechie*- Begriff zurückgeht, gebracht werden. Allerdings ist hier eine wichtige Differenzierung zu beachten: Während die humanistische Psychologie nach *Rogers* oder *Maslow* von einem bereits angelegten, quasi „fertigen Selbst" ausgehen, das es zu verwirklichen oder eben zu aktualisieren gilt, sieht die Existenzanalyse den Menschen als „weltoffen" an. Er entwirft sich erst auf die Zukunft hin, im Wege von personalen Stellungnahmen.

Im stationären Rahmen der existenzanalytischen Suchttherapie dient die enge Verknüpfung von Soziotherapie („Arbeitstherapie") und Existenzanalyse am besten der Förderung dieser Erfahrungen. Das Erleben trägt Züge des *flow* (Csikszentmihalyi 1990) – ein Erleben, in dem Emotionen und Kognitionen mit einander korrespondieren, wenn Absicht und Ziel einer Handlung zusammenfallen. Dies wird als Freude, Zuversicht und Optimismus erfahren.

Die Erfahrung der „personalen Passivität" stellt die hierzu komplementäre Dimension dar. Ihr liegt eine hedonistische Einstellung, eine Erwartungs- und Konsumhaltung dem Leben gegenüber, zugrunde. Das Erleben von Leere und Sinnlosigkeit – von *Frankl* als „existentielles Vakuum" bezeichnet – ist von einer flachen Emotionalität geprägt, es herrscht ein Zustand des ziellosen Suchens, ein „Erlebnishunger" vor. Die Erfahrung innerer Leere, Sinnlosigkeit und Einsamkeit stellt einen häufigen Anlass für eine Psychotherapie dar. Andererseits bildet dieser Zustand bei vielen Suchtkranken den Ausgangspunkt einer Suchtentwicklung – das Suchtmittel wird quasi als „Selbstmedikation" gegen den Zustand der inneren Leere eingesetzt. Typische Items sind hier „ein Gefühl von Machtlosigkeit und Ausgeliefertsein", „das Erleben von Einsamkeit", „das Gefühl, dass mein Leben sinnlos ist", „das Gefühl, lustlos und an nichts wirklich interessiert zu sein", „ein Gefühl innerer Leere" oder „ein Gefühl von irrealer Angst und Bedrohung".

Anstelle der Unterscheidung *state* versus *trait* schlagen wir hier jene nach *dynamisch* versus *statisch* vor. Man kann sich „personale Aktivität" als *dynamisches Prinzip* vorstellen, das in der Folge im gehäuften Auftreten von positiven Erlebniszuständen, also *states* im Sinne konkreter Erfüllungserfahrungen (siehe weiter unten „Existentielle Erfüllung als Gefühl") resultiert. Gleichzeitig drückt die Dimension aus, dass die Person ihr Leben selbst steuern kann und stellt somit gleichzeitig eine Fähigkeit bzw. ein *trait* dar. Die negative Dimension der „personalen Passivität" drückt im Gegensatz dazu das *statische Prinzip* aus. Die Person ist den Umständen ausgeliefert und kann das eigene Leben nicht steuern. Die innere Leere verhindert möglicherweise auch, dass ansonsten quasi „natürlich gegebene" zyklische Schwankungen der Grundstimmung und Befindlichkeit – die den Depressiven so sehr belasten – ebenfalls nicht gespürt werden können. In Hinblick auf die Entwicklung des Individuums verweist dies auf den möglichen psychopathologischen Hintergrund der „personalen Passivität", wie er sich bei vielen Suchtkranken zeigt: Um sich ursprünglich vor dem negativen Pol der Gefühle zu schützen – etwa auf Grund eines schweren Traumas der Vernachlässigung, des Missbrauchs, des Im-Wesen-nicht-erkannt- Werdens –, gibt die Person ihre Fähigkeit preis, *überhaupt* zu fühlen, und verliert damit gleichzeitig – ob sie will oder nicht – ihre personale Autonomie. Sie lebt mehr und mehr in einer „Rolle". Das statische Prinzip ist auf Ebene der *traits* einem Mangel an personalen Fähigkeiten gleichzusetzen. *States* im eigentlichen Sinn sind nicht mehr zu beobachten, das macht das „existentielle Vakuum", die innere Leere ja gerade aus. Der Mangel an *states* ist aber unerträglich und muss durch ein Suchtmittel oder durch Agieren gefüllt werden. Man könnte sagen: Anstelle von „personaler Aktivität" herrscht „a-personaler Aktionismus" vor, der den Erlebnishunger stillen soll. Es ist letztlich Ansichtssache, ob man nun die Leere als *trait* mit fehlenden *states* definiert oder beide als

deckungsgleich ansieht – beides repräsentiert ein *statisches Prinzip*.

Die Entwicklung „personaler Aktivität“ ist ein spezifisches Therapieziel der Existenzanalyse. Für die stationäre Suchttherapie muss einschränkend gesagt werden, dass sich das Erreichen dieses Therapieziels erst in einer katamnestischen Nachuntersuchung verlässlich bestimmen ließe. Zum Zeitpunkt der Entlassung ist bei manchen Persönlichkeiten eine euphorische Überschätzung der eigenen Fähigkeit zu beobachten, der die Angst zugrunde liegt, die Bewältigungskompetenzen im Alltag nicht durchhalten zu können, was die Grundlage für einen Rückfall bilden kann.

Existentielles Wohlbefinden: Existentielle Erfüllung als Gefühl (EE) und Existentielle Leere (EL)

Erfahrungen an der Grenze vom Personalen zum Geistigen werden als „existentiell“ bezeichnet. Das Geistige ist frei und kann daher nie zur Gänze erfasst, sondern nur bruchstückhaft erfahren oder aspekthaft erkannt werden. Existentielle Situationen verändern sich ständig und können ständig verändert werden, sodass es in ihnen keinen sicheren Halt gibt. Die Existenzphilosophie spricht daher von „Grenzsituationen“. *Jaspers* meint damit nicht Ausnahmesituationen oder Extremsituationen, sondern unwandelbare Situationen, die dem Dasein selbst gegeben sind. Der Mensch vermag sie nicht zu verändern, sondern kann auf sie nur unterschiedlich reagieren. Die „Grenze“ der Grenzsituation ist der Hinweis für Existenz – dass es ein Anderes gibt, ein Jenseits der Grenze, in das weder das alltägliche noch das logisch gereinigte Bewusstsein vordringt (vgl. Kommentar von *Hans Saner* in Jaspers 2000, 131ff.).

Auf dieser Ebene erfährt sich der Mensch also existentiell gesehen an der Grenze seines Person-Seins, in der Teilhabe an einem größeren Ganzen. Dieses ekstatische Erleben wird immer nur augenblicksweise erfahren, andererseits stellt die Möglichkeit dieser Erfahrung eine Grundbestimmung des Menschen dar. Dieser Erfahrung entspricht letztlich auch die Definition von *Existenz* als Hinausstehen (lat., *ek-sistere*) und als Antwort-Geben auf die Anfragen der Welt. Die beiden Dimensionen „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ und „Existentielle Leere“ bilden den erlebnismäßigen Anteil der vierten Grundmotivation ab.

Die positive Dimension wurde bewusst „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ genannt, um klarzustellen, dass existentielle Erfüllung immer eine Stellungnahme zum eigenen Leben als Ganzes beinhaltet. „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ hingegen ist eine ontologische Sinnerfahrung, die den Charakter einer quasi-religiösen Erfahrung trägt, ein ozeanisches Gefühl der Leichtigkeit, des Durchblicks, eine ekstatische Erfahrung, ein Ganzheitserleben. In ihr drückt sich eine Dynamik des Aufgehens aus, eine Erfüllung, die prozesshaft geschieht und Grenzen überschreitet. Diese Erfahrung trägt Züge des Rauschhaften und wird von Suchtkranken praktisch ausschließlich mit Hilfe des Suchtmittels erlebt. Aber auch die intensive Identifikation mit einer esoterischen Heilslehre oder einem Guru kann zu diesem „rauschhaften Glückserleben“ führen bzw. verhelfen. In ihr fließen alle psycho-physischen bzw. ontologischen Erlebnisebenen (Empfindung, Emotion, Denken, Sinn) zusammen. Ausgewählte Items in diesem Bereich sind „das Gefühl, Probleme und Zusammenhänge zu durchschauen“, „Augenblicke von Unbeschwertheit und Leichtigkeit“, „das Gefühl, mich ganz an die Schönheit eines Kunstwerkes, der Musik oder der Natur hinzugeben“ oder „das Gefühl, neugierig und an der Welt interessiert zu sein“. Der negative Gegenpol „Existentielle Leere“ stellt ein Überwältigungserleben dar, eine krisenhafte Erfahrung von Ohnmacht, Verzweiflung und Verlust des Bodens. In dieser Erfahrung fallen nahezu alle schützenden psychischen Faktoren weg, es kommt zu einem „Katastrophengefühl“, einem totalen Zusammenbruch mit Suizidgefahr. Es ist nahe liegend, dass diese Dimension in einem Fragebogen nur ansatzweise erfassbar ist, da der Mensch in der akuten Krise nicht mehr antworten kann. Jedoch kennen viele Suchtkranke vergangene Krisen-Erfahrungen. Schwere Sucht bedeutet ein Leben an der Grenze zwischen Leben und Tod, manche sagen auch – in Bezug auf die Erfahrung von Rausch und Krise – „zwischen Himmel und Hölle“. Bei Suchtkranken scheint es zu einem Alternieren zwischen Zuständen der „existentiellen Erfüllung als Gefühl“ im Zustand des Rauschs und der „existentiellen Leere“ im Zustand der Nüchternheit im Entzug zu kommen.

Das Überschreiten der Grenzen des Selbst – im einen Fall in „transpersonale“ (rein geistige) Bereiche, im anderen Fall ins Bodenlose, in „a-personale“ Bereiche (Erfahrung des Abgrundes, des Nichts) – wird im klinischen Zusammenhang als „Borderline“ bezeichnet (Näheres zum Begriff „Borderline“ bei Dörner, Plog 1994, 152ff. bzw. Dulz, Schneider 1995). Dieser Erfahrungsbereich sollte jedoch nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Psychopathologie betrachtet werden. Er zeigt vielleicht am deutlichsten auf, dass der Mensch ein Wesen ist, das Grenzen zu überschreiten sucht und dabei auch scheitern kann.

Existenzphilosophisch gesehen ist das A-Personale ein Nihilismus der Person, den *Jaspers* als „offene Glaubenslosigkeit“ bezeichnet. „Ich kann nichts fühlen, nichts lieben, nichts schätzen. Meine Seele ist leer. [...] der Zusammenbruch von allem, woran ich glaubte. [...] Der Weltlauf offenbart mir, wie alles, was galt, als Illusion versinkt.“ Und weiter: „Der Nihilismus ist unerträglich. Er sucht Auswege in Dämonologie und Menschenvergötterung“ (Jaspers 2000, 292ff.). Man könnte noch hinzufügen: oder aber im Griff nach einem Suchtmittel.

Die Erfahrungen auf der Ebene des personal-existentiellen Wohlbefindens haben der Theorie nach den höchsten *state*-Anteil von allen und stehen damit für die höchste Ausprägung der Akuität (im Gegensatz zur höchsten Chronizität der Angst/Vertrauens- Dimension). Sie sind als reine Erlebnis-Dimensionen auf der Ebene der vierten Grundmotivation zu verstehen. Die Häufigkeit und Intensität ihres Auftretens hängt in einem existenzanalytischen Verständnis mit dem existentiellen Gelingen auf allen darunter liegenden Ebenen zusammen. Erst wenn Wohlbefinden auf allen Ebenen gegeben ist, kann von einer echten, durchgängigen „existentiellen Erfüllung“ im Sinne eines gelingenden Lebens gesprochen werden. Wie aus der klinischen Er-

fahrung mit Suchtkranken hervorgeht, kann jedoch „existentielle Erfüllung als Gefühl“ bis zu einem gewissen Grad auch durch substituierende Mittel (Suchtmittel) erlebt werden. Dieses Gefühl ist allerdings von kurzer Dauer. Die Intensität der Erlebnisse dieses Typs gibt keine Auskunft über deren Stabilität. Die Steigerung der „Existentiellen Erfüllung als Gefühl“ stellt kein unmittelbares Therapieziel der Existenzanalyse dar. Das Streben nach diesem Empfinden ist eine grundlegende Sehnsucht im Menschen, aber aus Sicht der Existenzanalyse lässt sich diese Glückserfahrung nicht direkt anstreben. Dies war *Frankl*s Gedanke, mit dem er die „Höhenpsychologie“ von der Tiefenpsychologie abgrenzte, als er konstatierte, Lust und Erfolg lassen sich nicht intendieren. Vielmehr erkennen gerade Existenzanalytiker die Gefahr pseudo-religiöser Strömungen, die derartige Erfahrungen versprechen. Aus existenzanalytischer Sicht muss der Mensch diesen Bereich in einer Haltung der *Weltoffenheit* freigeben – letztlich kann er diese Erfahrungen nicht „machen“, ohne gleichzeitig einen Suchtmechanismus zu bedienen. Auf dieser Ebene liegt der wesentliche Unterschied zwischen einer hedonistischen und einer eudämonistischen Betrachtungsweise von Glück: Ein hedonistischer Glücksbegriff sieht hier, in der Maximierung von „existentieller Erfüllung als Gefühl“, das oberste Ziel, während aus eudämonistischer Perspektive existentielle Erfüllung als Lebensvollzug und als Antwort- Geben definiert ist.

Offene Fragen innerhalb des Modells

Die empirische Itemanalyse ergab, dass einzelne Fragen aus dem „ontologischen Wohlbefinden“ eine große Nähe zu den Dimensionen „Existentielle Erfüllung als Gefühl“ bzw. „Existentielle Leere“, also zur vierten Grundmotivation aufweisen. Um Eindimensionalität nach dem *Rasch*-Modell zu erzielen, mussten einige Items aus dem Bereich des „ontologischen Wohlbefindens“ in das „existentielle Wohlbefinden“ übernommen werden und umgekehrt. Es hat den Anschein, dass bei den Untersuchten das Wohlbefinden in der ersten und der vierten Grundmotivation nahe aneinander angrenzt bzw. ineinander übergehen kann. Dieses Phänomen wirft wichtige Fragen auf. Es könnte spezifisch für die untersuchte Stichprobe der Suchtkranken sein und einen Hinweis darstellen, dass das hier entwickelte Modell doch recht spezifisch für Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Borderline-Störung oder zumindest einer Selbstwertstörung sein könnte. Dies könnte damit zu tun haben, dass sowohl die Personalität als auch die Emotionalität schwach entwickelt oder durch die Suchterkrankung überlagert sind. Damit wäre möglicherweise eine neue Definition von „Persönlichkeitsstörung“ auf der Ebene des Selbstwerts aus existenzanalytischer Sicht gegeben. Andererseits ist die Bereitschaft, über ekstatisches Erleben und Höhepunktserfahrungen (4. GM) eine Erfahrung von Grundvertrauen (1. GM) zu machen, in jedem Menschen angelegt. Wir wollen dieses Phänomen also nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Psychopathologie betrachten. Alle Religionen beinhalten diesen Anteil an ekstatischer spiritueller Erfahrung und vermitteln dem Gläubigen auf diesem Weg Erfahrungen von ontologischem Halt. Dennoch bleibt die Problematik bestehen, dass die Erfahrungen im Bereich der „Existentiellen Erfüllung als Gefühl“ äußerst instabil sind und auf Dauer wenig Halt bieten können.

Eine weitere Erklärung ist im Fragebogen selbst zu suchen. Die Erfassung des Wohlbefindens im Wege von Selbsteinschätzungen setzt voraus, dass die Betroffenen sich ihrer Befindlichkeit bewusst sind. Im Bereich der ersten Grundmotivation, wenn es um das Phänomen der Angst und Anspannung geht, werden unangenehme Gefühle oft ausschließlich körperlich erlebt. Dieser Erlebnisbereich hat im Zuge der Fragebogen-Entwicklung zu wenig deutlich Niederschlag gefunden. In einer Weiterentwicklung des Fragebogens müssten verstärkt körperliche Befindlichkeits-Items hinzugefügt und erneut auf Eindimensionalität geprüft werden.

Grundsätzliches zur Messung von Lebensqualität

Ziel der empirischen Studie war die Entwicklung eines Fragebogens unter einem psychotherapeutischen Gesichtspunkt, um ein Instrument für die Psychotherapie-Evaluation, insbesondere für die Existenzanalyse bereitzustellen. Es stellte sich jedoch bald heraus, dass es sich bei der Erfassung von Lebensqualität unter einem existenzanalytischen Gesichtspunkt mittels Fragebogen um ein ethisch wie methodisch nicht triviales Unterfangen handelt. Die Entwicklung eines Fragebogens setzt die Operationalisierung des erfüllten Lebens in psychologischen Termini voraus. Dabei geht der prozesshafte Vollzug des gelingenden Lebens, wie er der eudämonistischen Sichtweise entspricht, verloren. Gleichzeitig ergibt sich ein erkenntnistheoretischer Widerspruch in Bezug auf die „existentielle Lebensqualität“, denn ein Konstrukt ist immer ontologisch und niemals existentiell. Der Begriff der „existentiellen Lebensqualität“ ist also eine *starke Verkürzung des dialogischen und eudämonistischen Zugangs zum Zweck der empirisch- wissenschaftlichen Evaluation*.

Wir stoßen damit auf ein grundsätzliches Problem in der Psychotherapie-Forschung, das mit der Entwicklung des ELQ noch deutlicher wird, letztlich aber – zumindest aus Sicht der Autorin – innerhalb des empirisch-naturwissenschaftlichen Forschungsparadigmas nicht gelöst werden kann. Aus diesem Grund wurde ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit auf qualitative und phänomenologische Studien gelegt, die jedoch in einer gesonderten Publikation dargestellt werden sollen.

Vor dem Hintergrund der neueren Forschungen im Rahmen der positiven Psychologie scheint der Begriff der „existentiellen Lebensqualität“ dennoch gut geeignet als Outcome-Kriterium für verschiedene Interventionsformen – sei es Beratung oder Psychotherapie – unter einem existentiellen Blickwinkel zu sein.

Fragebogen-Entwicklung

Der „Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität“ (ELQ) setzt sich aus drei Hauptteilen zusammen: Einerseits wird die subjektive Lebensqualität erfasst, die ihrerseits in *Lebenszufriedenheit* und *existentielles Wohlbefinden* untergliedert ist.

Dabei werden ausschließlich Selbstbewertungen herangezogen, da vermieden werden muss, dass der Lebensqualitätsbegriff in die Nähe von Beurteilungen des Lebenswerts oder Lebensunwerts gebracht werden kann (siehe weiter oben bzw. bei Birnbacher 1998). Darüber hinaus werden *Lebensumstände* wie Partnerschaft, Wohnen, Einkommen, Gesundheit etc. erhoben, welche allerdings nicht als LQ-Maß im engeren Sinn dienen, sondern nur in ihrer Relation zu den subjektiven Maßen betrachtet werden.

Lebenszufriedenheit

Die subjektive Lebensqualität lässt sich in einen kognitiven und einen emotionalen Aspekt untergliedern. Der kognitive Aspekt wird als „Lebenszufriedenheit" bereichsspezifisch erfasst. Sie wird gleichzeitig als *trait* aufgefasst; Zufriedenheit ist ein zeitlich überdauerndes Merkmal. Laut Hofstätter (1986) bringt es keinen wesentlichen Informationsgewinn, die einzelnen Lebensbereiche differenzierter, mit Hilfe von Einzelfragen, zu erfassen.

Im vorliegenden Fragebogen wurde nach folgenden Bereichen gefragt: Beruf, finanzielle Situation, Gesundheit, Partnerbeziehung, Beziehungen zur Familie, Beziehungen zu anderen Menschen (Freunden, Bekannten), Wohnsituation, Freizeit, gesellschaftlich-politische Sicherheit. Diese Lebensbereiche entsprechen gut den Kategorien, welche aus der Inhaltsanalyse auf Grund von je zwei Interviews (Anfang/Ende der Therapie) mit 15 Patienten gewonnen wurden (Näheres bei Görtz 2003, 200ff.).

Darüber hinaus wurde pro Bereich nach der Wichtigkeit gefragt. Dies ermöglicht eine Aussage über „gewichtete Zufriedenheiten" in verschiedenen Lebensbereichen. Schließlich wurde die Gesamt-Lebenszufriedenheit mit einem Global-Item erfasst. Auf diese Weise lässt sich auf den Beitrag der einzelnen Lebensbereiche zu dieser „Overall-Zufriedenheit" schließen.

Existentielles Wohlbefinden

Das Kernstück des Fragebogens stellt die Erfassung des existentiellen Wohlbefindens dar; die Begriffe „existentielles Wohlbefinden" und „existentielle Lebensqualität" werden synonym verwendet. Der endgültige Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität (ELQ) umfasst insgesamt 72 Statements zum existentiellen Wohlbefinden, und zwar ausgehend von der Formulierung „Dieses Gefühl hat mein Leben in letzter Zeit geprägt bzw. war als Stimmung in letzter Zeit vorhanden", darüber hinaus Globaleinschätzungen zu Glück, Wohlbefinden und zur Lebenszufriedenheit. Diese Gesamteinschätzungen betreffen also die Beurteilung des „gelingenden Lebens" als Ganzes.

Die Bezugnahme auf die „Gefühle und Stimmungen in der letzten Zeit" spricht eine subjektiv mittelfristige Zeitspanne an und entspricht aus diagnostischer Sicht der Ebene der *states*. Dahinter stehen jedoch Überlegungen zu tiefer liegenden *traits* auf Grund des dargestellten persönlichkeitspsychologischen Modells. Diese grundlegenden Eigenschaften – oder „Grundmotivationen" im Verständnis der Existenzanalyse – stellen im diagnostisch-psychologischen Sinn Dispositionen dar, die eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des Auftretens bestimmter *states* bedingen. Der empirische Nachweis dieser Zusammenhänge ließe sich jedoch nur in Längsschnitt-Untersuchungen erbringen.

Die Formulierung von Einzelitems in der sich wiederholenden Form „ein Gefühl ..." sollte eine Konzentration auf die Empfindungs- und Emotionsebene bewirken und einem Abschweifen in gedankliche Hypothesen und Konstrukte – etwa in der Art „impliziter Persönlichkeitstheorien" – vorbeugen. Damit konnten wir gleichzeitig den testtheoretischen Einwänden zu so genannten „Antworttendenzen" bei Fragebögen begegnen, die sich in erster Linie auf formal-syntaktische Probleme bei komplexen Formulierungen bzw. auf Erinnerungsprobleme bei Fragen zu konkreten situativen Details sowie allgemein auf die *trait*-Erfassung beziehen. Indem der Fragebogen lediglich auf die *Deskription der Befindlichkeit* abzielt, können diese Fehlerquellen weitgehend ausgeschlossen werden.

Die inhaltliche Auswahl der Statements sollte eine möglichst repräsentative Vielfalt an Gefühlen und Stimmungen darstellen, die für einen Einsatz im Rahmen gesundheitspsychologischer bzw. psychotherapeutischer Fragestellungen von Bedeutung sind. Dazu wurde einerseits auf diverse bereits vorliegenden Wohlbefindens-Instrumente zurückgegriffen, wobei die Fragen jedoch gänzlich neu formuliert wurden. Andererseits resultierten neue Items aus der klinischen Erfahrung der Autorin und der Auseinandersetzung mit den existentiellen Grundmotivationen nach *Längle*. Generell wurde versucht, die subjektiven Erfahrungen (Empfindungen, Gefühle, Gedanken) möglichst losgelöst von konkreten Ereignissen und Handlungen zu formulieren, um eine Vermischung mit den eher für sozialwissenschaftliche Fragestellungen interessanten Lebensstilen zu vermeiden. Damit wurde in Kauf genommen, dass es den gewählten Formulierungen an konkretem Situationsbezug mangelt. Andererseits zeichnet sich gerade der Begriff eines „existentiellen Wohlbefindens" dadurch aus, dass es um das Erleben auf einer grundlegenderen, motivationalen, von situativen Details unabhängigen Ebene geht.

Abschließend zu diesem Hauptteil des Fragebogens wird je eine globale Frage nach dem Wohlbefinden und nach dem Lebensglück gestellt. Auf die explizite Frage nach der „Lebensqualität" wurde bewusst verzichtet, da uns der Begriff bereits zu sehr als Schlagwort „abgegriffen" erscheint und eher geeignet ist, stereotypische Antworten an Stelle von persönlichen Stellungnahmen hervorzubringen.

Auf die Möglichkeit, die einzelnen Wohlbefindens-Aspekte subjektiv gewichten zu lassen, wie dies von *Birnbacher* zur stärkeren Betonung des jeweils subjektiven LQ-Begriffs empfohlen wird, wurde verzichtet, da das Konzept des existentiellen Wohlbefindens *per se* keinen normativen Anspruch erhebt.

Empirische Prüfung nach dem *Rasch*-Modell

Die empirische Untersuchung fand an 211 Patienten eines Suchtkrankenhauses mit Schwerpunkt Psychotherapie statt.

Der Aufenthalt dauert in der Regel acht Wochen. Der Fragebogen wurde gemeinsam mit einer Reihe weiterer standardisierter Verfahren am Beginn und am Ende der Therapie vorgegeben (Näheres zur Evaluationsstudie siehe Längle et al. 2001).

Eine Itemanalyse nach dem dichotomen logistischen *Rasch*-Modell (durchgeführt mit dem Programm „M-Test“) reduzierte den ursprünglich aus 90 Statements bestehenden Itempool auf die endgültigen 72. Zu diesem Zweck wurden die in Form visueller Analogskalen erfassten Antworten (40 Abstufungen) im nachhinein dichotomisiert (0-19/20-40). Liegt bezüglich eines Tests Eindimensionalität nach dem *Rasch*-Modell vor, kann vorläufig davon ausgegangen werden, dass die verwendeten Testfragen (oder „Items“) ein und dasselbe zugrundeliegende „latente Konstrukt“ erfassen – es liegen keine systematischen Stichprobenabhängigkeiten vor, zumindest was die herangezogenen Teilungskriterien betrifft, d.h. ein höherer Testwert bedeutet auch tatsächlich eine stärkere Ausprägung in der latenten Dimension. Diese eigentlich selbstverständliche Forderung gilt auf Grund eines mathematischen Beweises nur für Tests und Fragebögen, die *Rasch*-homogen sind (Näheres bei Kubinger 1996, 64ff.).

Bezüglich des ELQ konnte innerhalb der Population der Suchtkranken Eindimensionalität für die beschriebenen neun Dimensionen des existentiellen Wohlbefindens nachgewiesen werden, wobei neben dem internen Kriterium (hoher Summenwert/ niederer Summenwert) auch Arbeitslosigkeit, die Lebensform (allein lebend bzw. mit anderen lebend), das Einkommen (über/unter öS 10.000,-) und der Gesundheitszustand (chronisch krank ja/nein) als Teilungskriterien herangezogen wurden. Die Modelltests bestanden einerseits in einer Parameterschätzung mittels Likelihood-Quotienten-Test und andererseits in sogenannten grafischen Modelltests. Für die Likelihood-Quotienten-Tests wurde jeweils eine á-Korrektur durchgeführt. Auf Grund der grafischen Modelltests wurden pro Dimension jene Items ausgeschieden, die nicht annähernd auf einer 45°-Gerade liegen. Im Fall eines auszuscheidenen Items wurde dieses inhaltlich analysiert und gegebenenfalls einer anderen Skala zugeordnet (Näheres zur Rasch-Analyse bei Görtz 2003, 207ff.).

Konvergente und diskriminative Validität

Von konvergenter Validität wird dann gesprochen, wenn ein und dasselbe psychologische Konstrukt mit mehreren unterschiedlichen Methoden erfasst wurde und daraus hohe Korrelationen resultieren. Diskriminative Validität liegt hingegen vor, wenn Messungen unterschiedlicher Konstrukte mit gleichen Methoden zu geringen Zusammenhängen führen.

Im Sinne der konvergenten Validität wären hohe Korrelationen mit den Maßen der Befindlichkeit (EWL, KASSL) sowie mit der Existentialität aus der Existenzskala (ESK) zu erwarten. Hinsichtlich der diskriminativen Validität wären demgegenüber geringere Korrelationen mit Persönlichkeitsmaßen (SG, GT) zu erwarten. Unklar ist der Bezug zur Personalität aus der Existenzskala. Es ist zum aktuellen Zeitpunkt nicht zu beurteilen, ob es sich bei der Personalität um ein auf der existenzanalytischen Anthropologie aufbauendes Persönlichkeitsmaß handelt, da kaum Untersuchungen zur Stabilität des Merkmals vorliegen. Dazu bedürfte es eines Längschnitt-Vergleichs an einer unbehandelten Personengruppe.

Da es sich bei den eingesetzten Verfahren um recht ähnliche Methoden, nämlich Selbsteinschätzungs-Fragebögen, handelt, ermöglichen die vorliegenden Korrelationen nur ansatzweise Aussagen zur diskriminativen Validität; die Ergebnisse aus der qualitativen Interview-Studie erfassen lediglich eine kleine Stichprobe (N=30) und wurden darüber hinaus nicht quantifiziert. Dennoch soll der Versuch einer sogenannten Multitrait-multimethod-Matrix (MTMM-Matrix, nach Campbell & Fiske, 1959) gewagt werden.

Konvergente Validität: *Befindlichkeit*	Diskriminante Validität: *Persönlichkeit*
EWL	TPF
KASSL	GT
E-Maß aus ESK	P-Maß aus ESK (?)

Tabelle 1: Hypothetische MTMM-Matrix zum existentiellen Wohlbefinden, erfasst mit dem ELQ

Zur Überprüfung dieser Zusammenhänge wurden Pearson-Korrelationen berechnet.

Im Folgenden werden die Zusammenhänge mit ausgewählten Subskalen der Eigenschaftswörterliste (EWL) von Janke und Debus (1984), und zwar mit „Aktiviertheit“ (EWLA), „Desaktiviertheit“ (EWLC), „Müdigkeit“ (EWLD), „Benommenheit“ (EWLE), „Extravertierheit“ (EWLF), „Introvertiertheit“ (EWLG), „Selbstsicherheit“ (EWLH), „Gehobene Stimmung“ (EWLI), „Erregtheit“ (EWLJ), „Empfindlichkeit“ (EWLK), „Ärger“ (EWLL), „Ängstlichkeit“ (EWLM), „Deprimiertheit“ (EWLN), „Verträumtheit“ (EWLO) wiedergegeben (siehe Tabelle 2 auf der nächsten Seite).

Die Zusammenhänge sind insgesamt nicht besonders stark, die Korrelationen liegen bei maximal ,60. Dies macht deutlich, dass es sich bei „existentieller Lebensqualität“ nur zu einem gewissen Teil um Befindlichkeit handelt und darüber hinaus andere psychologische Dimensionen zum Tragen kommen müssen. Die Skala „Lebensgefühl“ korreliert erwartungsgemäß am höchsten mit „Gehobener Stimmung“ (EWLI) und mit „Aktiviertheit“ (EWLA). „Depressivität“ hängt erwartungsgemäß mit „Deprimiertheit“ (EWLN) zusammen. Das „Beziehungserleben“ weist kaum Zusammenhänge mit der Befindlichkeit aus dem EWL auf, allerdings korreliert auch „Soziales Scheitern“ mit „Deprimiertheit“ (EWLN), wobei „Depressivität“ und „Soziales Scheitern“ aus dem Fragebogen zur „existentiellen Lebensqualität“ idealtypisch den beiden Formen von endogener und psychogener Depression entsprechen. „Personale Aktivität“ weist den stärksten Zusammenhang zu „Aktiviertheit“ (EWLA) und zu „Gehobener Stimmung“ (EWLI) auf. „Personale Passivität“ hingegen korreliert mit „Ängstlichkeit“ (EWLM) und „Deprimiertheit“

n=420		V	LG	DE	BE	SSch	PA	PP	EE	EL
EWLA	r	,479*	,543*	-,289*	,394*	-,267*	,525*	-,343*	,454*	-,271*
EWLC	r	-,525*	-,472*	,432*	-,378*	,392*	-,447*	,434*	-,392*	,402*
EWLD	r	-,409*	-,308*	,434*	-,252*	,393*	-,281*	,380*	-,292*	,377*
EWLE	r	-,301*	-,209*	,326*	-,224*	,266*	-,187*	,289*	-,193*	,275*
EWLF	r	,369*	,446*	-,200*	,400*	-,214*	,390*	-,279*	,380*	-,251*
EWLG	r	-,461*	-,421*	,399*	-,365*	,414*	-,380*	,428*	-,365*	,420*
EWLH	r	,537*	,497*	-,430*	,358*	-,422*	,499*	-,442*	,456*	-,417*
EWLI	r	,583*	,604*	-,431*	,479*	-,455*	,537*	-,478*	,529*	-,461*
EWLJ	r	-,462*	-,342*	,475*	-,279*	,453*	-,338*	,458*	-,305*	,422*
EWLK	r	-,356*	-,201*	,417*	-,106*	,410*	-,212*	,388*	-,183*	,382*
EWLL	r	-,249*	-,156*	,316*	-,163*	,283*	-,166*	,278*	-,143*	,249*
EWLM	r	-,467*	-,341*	,456*	-,229*	,470*	-,365*	,508*	-,317*	,505*
EWLN	r	-,539*	-,423*	,526*	-,308*	,520*	-,429*	,525*	-,402*	,553*
EWLO	r	-,249*	-,166*	,281*	-,054	,301*	-,157*	,273*	-,111*	,269*

Tabelle 2: Pearson-Korrelationen zwischen EWL-Skalen und existentiellem Wohlbefinden (zweiseitige Fragestellung, * ... signifikant bei α= 5%)

(EWLN) und erinnert an die Phänomenologie der „neurotischen Depression“, die das klinische Erscheinungsbild des „existentiellen Vakuums“ darstellt. Die Skala „Existentielle Erfüllung“ korreliert mit „Gehobener Stimmung“ (EWLI), die beiden Items zur „Existentiellen Leere“ weisen einen Zusammenhang zu „Ängstlichkeit“ (EWLM) und „Deprimiertheit“ (EWLN) auf – wobei hier zu beachten ist, dass es sich bereits um die Nachwirkungen derartiger Krisen-Erfahrungen handelt, da keiner der Patienten den Fragebogen im Akutzustand ausfüllen konnte. Die Ähnlichkeit der beiden Zustände in Bezug auf die Befindlichkeit entspricht unserer Vorstellung, dass ein existentielles Vakuum den Boden für existentielle Krisen darstellt. Die Skala „Vertrauen“ korreliert am stärksten mit dem EWL, und zwar positiv mit „Selbstsicherheit“ (EWLH) und „Gehobener Stimmung“ (EWLI) sowie negativ mit „Desaktiviertheit“ (EWLC) und „Deprimiertheit“ (EWLN). Auch hier finden wir uns in unserer theoretischen Annahme bestätigt, dass die Ebene der ersten Grundmotivationen den stärksten Zusammenhang zu physiologischen Variablen und somit zur Befindlichkeitsebene aufweist.

Nur geringe Zusammenhänge weist der ELQ mit den Skalen „Müdigkeit“ (EWLD), „Benommenheit“ (EWLE), „Extravertierheit“ (EWLF), „Introvertiertheit“ (EWLG), „Erregtheit“ (EWLJ), „Empfindlichkeit“ (EWLK), „Ärger“ (EWLL) und „Verträumtheit“ (EWLO) auf.

Ein weiteres Befindlichkeitsmaß stellt die Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL) von Zielke (1979) dar. Sie wurde speziell für den Anwendungsbereich der Psychotherapie- Evaluation entwickelt (siehe Tabelle 3).

n=420		V	LG	DE	BE	SSch	PA	PP	EE	EL
KASSL	r	-,580*	-,451*	,566*	-,304*	,515*	-,463*	,563*	-,401*	,513*

Tabelle 3: Pearson-Korrelationen zwischen KASSL-Gesamtwert mit dem existentiellen Wohlbefinden (zweiseitige Fragestellung, * ... signifikant bei α = 5%)

Die Korrelationen liegen etwa in der gleichen Höhe wie jene mit der EWL, teilweise darüber. Erwartungsgemäß sind die Zusammenhänge für die negativen LQ-Skalen deutlich stärker.

Weiters wurden Zusammenhänge mit einer Kurzfassung des Trier Persönlichkeitsfragebogens von Becker (1989), bestehend aus den Subskalen „Selbstwertgefühl“ (TPFSW), „Seelische Gesundheit“ (TPFSG), „Sinnerfülltheit vs. Depressivität“ (TPFSE), „Selbstvergessenheit vs. Selbstzentrierung“ (TPFSV), „Beschwerdefreiheit vs. Nervosität“ (TPFBF) und „Autonomie“, (TPFAU) berechnet. Im Sinne der MTMMMatrix wird hier diskriminative Validität, also ein insgesamt geringerer Zusammenhang erwartet (siehe Tabelle 4 auf der nächsten Seite).

Diese Annahme konnte - mit Ausnahme der Skalen „Selbstwertgefühl“ (TPFSW) und „Seelische Gesundheit“ (TPFSG), wo sich mittlere Zusammenhänge ergaben - im Wesentlichen bestätigt werden: Mit allen anderen Subskalen des TPF ergaben sich nur noch schwache Korrelationen. Beim vorliegenden Fragebogen handelt es sich also nicht um einen Persönlichkeitstest. Die vergleichsweise stärkere Korrelation mit dem „Selbstwertgefühl“ könnte weiters darauf hindeuten, dass der Lebensqualitätsbegriff, der dem Fragebogen zu Grunde liegt, möglicherweise doch recht stark mit der Population der Suchtkranken verknüpft ist, deren Problematik aus existenzanalytischer Sicht auf der Persönlichkeitsebene mit einem schwachen Selbstwert in Zusammenhang steht. Die ebenfalls etwas ausgeprägtere Korrelation mit der „Seelischen Gesundheit“ weist auf größere Ähnlichkeit der Konstrukte im Sinne der konvergenten Validität hin; diskriminative Validität kann sich zum Teil daraus ergeben, dass *Becker* die „seelische Gesundheit“ als *trait* konzipiert, wohingegen das existentielle Wohlbefinden ein inhaltlich ähnliches Konzept in Form von

n=420		V	LG	DE	BE	SSch	PA	PP	EE	EL
TPFSW	**r**	,555*	,567*	-,422*	,513*	,-462*	,551*	-,481*	,556*	-,391*
TPFSG	**r**	,501*	,459*	-,402*	,368*	-,438*	,477*	-,450*	,419*	-,373*
TPFSE	**r**	,132*	,130*	-,157*	,093	-,202*	,151*	-,162*	,131*	-,155*
TPFSV	**r**	,013	,002	-,003	-,006	,017	,023	,020	,008	-,002
TPFBF	**r**	,097*	,084	-,124*	,031	-,120*	,090	-,072	,069	-,084
TPFAU	**r**	,199*	,151*	-,214*	,080	-,191*	,206*	-,194*	,133*	-,130*

Tabelle 4: Pearson-Korrelationen zwischen Subskalen des TPF und dem existentiellen Wohlbefinden (zweiseitige Fragestellung, * ... signifikant bei $\alpha = 5\%$)

states erfasst. Als weitere Differenzierung lässt sich beobachten, dass die Korrelationen zwischen dem ELQ und dem TPF etwas stärker hinsichtlich der positiven LQ-Bereiche ausfallen. Aus der Sicht des Modells zur existentiellen Lebensqualität lässt sich *Becker*s Ressourcen-orientiertes Konzept der „Seelischen Gesundheit" bestätigen, das stärker mit dem Vorhandensein positiver Wohlbefindens-Variablen als mit dem Ausbleiben von negativen Zuständen in Verbindung steht.

Schließlich wurden Zusammenhänge mit der Existenz-Skala von Längle et al. (2000), mit den Subskalen „Selbstdistanzierung" (EXSD), „Selbsttranszendenz" (EXST), „Freiheit" (EXF) und „Verantwortung" (EXV) sowie den Summenwerten aus SD + ST (P-Maß) und aus F + V (EMaß) bzw. dem Gesamt-Maß untersucht (siehe Tabelle 5).

Erwartungsgemäß zeigen sich auf Grund des gemeinsamen zugrundeliegenden Menschenbildes mit der Existenzskala die stärksten Zusammenhänge, und zwar in erster Linie mit dem Gesamt-Maß und mit dem E-Maß. Der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität erfasst seiner Bestimmung gemäß stärker die existentiellen als die personalen Bereiche.

Insgesamt weisen die negativen LQ-Skalen etwas stärkere Zusammenhänge mit der Existenz-Skala auf als die positiven, vor allem die „Depressivität" und – etwas weniger – die „Personale Passivität". Man könnte dies in zweierlei Richtung interpretieren: Entweder erfasst die Existenz-Skala einen nicht zu unterschätzenden Anteil an „Depressivität", was mit ihrer Entwicklung vor einem klinisch-therapeutischen Hintergrund in Zusammenhang stehen könnte. Oder man könnte behaupten, dass die Dimension „Depressivität" die höchste „Ladung" an (fehlenden) personal-existentiellen Fähigkeiten aufweist, was jedoch nicht ganz im Sinne der Theorie wäre. Danach müssten für alle Wohlbefindensbereiche etwa gleich starke Zusammenhänge zur Personalität bzw. zur Existentialität in der ESK gelten.

Der Vollständigkeit halber seien hier noch Korrelationen mit dem Gießen-Test (Beckmann et al. 1983) wiedergegeben, mit den Subskalen „Negative soziale Resonanz vs. Positive soziale Resonanz" (GTNR_PR), „Dominanz vs. Gefügigkeit" (GTDO_GE), „Unterkontrolliertheit vs. Zwanghaftigkeit" (GTUK_ZW), „Hypomanie vs. Depressivität" (GTHM_DE), „Durchlässigkeit vs. Retentivität" (GTDU_RE) und „Soziale Potenz vs. Soziale Impotenz" (GTPO_IP) (siehe Tabelle 6 auf der nächsten Seite).

Erwartungsgemäß zeigen sich im Gießen-Test die schwächsten Zusammenhänge, da es sich um ein Inventar handelt, das auf tiefenpsychologischen Theorievorstellungen aufbaut. Gewisse mittlere bis geringe Zusammenhänge zeigen sich zwischen den Depressivitäts-Skalen beider Fragebögen, weiters zwischen den negativen LQ-Skalen „Soziales Scheitern", „Personale Passivität", „Existentielle Leere" sowie Grundangst (neg. „Vertrauen") jeweils mit der „Depressivität" aus dem Gießen-Test. Die positiven LQ-Skalen „Lebensgefühl", „Beziehungserleben", „Personale Aktivität" und „Existentielle Erfüllung" weisen tendenziell einen Zusammenhang mit „Durchlässigkeit" aus dem GT auf.

n=420		V	LG	DE	BE	SSch	PA	PP	EE	EL
EXSD	**r**	,357*	,242*	-,439*	,228*	-,393*	,275*	-,402*	,219*	-,302*
EXST	**r**	,483*	,422*	-,531*	,383*	-,457*	,489*	-,532*	,432*	-,420*
EXF	**r**	,503*	,420*	-,519*	,336*	-,503*	,475*	-,495*	,409*	-,395*
EXV	**r**	,463*	,346*	-,539*	,248*	-,513*	,426*	-,479*	,342*	-,389*
P-Maß	**r**	,480*	,383*	-,545*	,348*	-,480*	,453*	-,528*	,385*	-,412*
E-Maß	**r**	,514*	,411*	-,553*	,320*	-,542*	,487*	-,510*	,411*	-,407*
Gesamt Maß	**r**	,532*	,429*	-,574*	,366*	-,549*	,513*	-,544*	,433*	-,430*

Tabelle 5: Pearson-Korrelationen zwischen Existenz-Skala und dem existentiellen Wohlbefinden (zweiseitige Fragestellung, * ... signifikant bei $\alpha = 5\%$)

Therapiewirksamkeit im Prä/Post-Vergleich

Die Ergebnisse des ELQ erbrachten im prä/post-Vergleich hohe Effektstärken, was für eine gute Therapie-Wirksamkeit

n=420		V	LG	DE	BE	SSch	PA	PP	EE	EL
GTNR_PR	**r**	,300*	,337*	-,195*	,292*	-,236*	,309*	-,232*	,317*	-,126*
GTDO_GE	**r**	,037	,174*	-,036	,156*	-,029	,122*	-,122*	,103	-,015
GTUK_ZW	**r**	,054	,065	,003	,067	,035	,069	-,003	,049	,054
GTHM_DE	**r**	-,435*	-,319*	,445*	-,178*	,415*	-,352*	,429*	-,287*	,429*
GTDU_RE	**r**	-,374*	-,430*	,324*	-,407*	,328*	-,406*	,342*	-,404*	,291*
GTPO_IP	**r**	-,259*	-,300*	,188*	-,332*	,167*	-,307*	,229*	-,327*	,158*

Tabelle 6: Pearson-Korrelationen zwischen Gießen-Test und dem existentiellen Wohlbefinden (zweiseitige Fragestellung, * ... signifikant bei á = 5%)

der Existenzanalyse bei Suchtkranken im stationären Setting spricht. Im Allgemeinen werden mittlere Effektstärken ab ,50 als *relevante* Veränderung und mittlere Effektstärken ab ,80 als **starke** Veränderung bezeichnet (vgl. Cohen 1977). In Tabelle 7 finden sich die mittleren Effektstärken pro Skala.

Vertrauen	**0,81**
Lebensgefühl	*0,72*
Depressivität	**- 0,83**
Beziehungserleben	0,42
Soziales Scheitern	*- 0,67*
Personale Aktivität	*0,64*
Personale Passivität	*- 0,73*
Existentielle Erfüllung als Gefühl	*- 0,65*
Existentielle Leere	*- 0,59*

Tabelle 7: Therapiewirksamkeit, ausgedrückt in mittleren Effektstärken (N=211)

In den Bereichen „Vertrauen“, und „Depressivität“ wurden besonders hohe Effektstärken erzielt. Existenzanalytische Psychotherapie im stationären Setting zeitigt Auswirkungen vor allem im Bereich der ersten und der zweiten Grundmotivation, wobei sie insbesondere den Leidensdruck lindert und erst in zweiter Linie für eine Steigerung der positiven Wohlbefindensaspekte sorgt. Wie bereits weiter oben erwähnt, trägt vermutlich der stationäre Rahmen inklusive der medizinischen Betreuung einen nicht unwesentlichen Teil zur Steigerung des Wohlbefindens in der Dimension „Vertrauen“ bei. Die Verringerung der „Depressivität“ könnte zum Teil auf einen unspezifischen psychotherapeutischen Wirkfaktor zurückgehen.

Auffallend ist die negative Auswirkung der Therapie auf die „existentielle Erfüllung als Gefühl“. Hier ist ein Hinweis gegeben, dass Suchtkranke durch die Therapie einen Verlust an hedonischer Lebensqualität erfahren. Dieser Effekt könnte dafür mitverantwortlich sein, wenn es zu einem Therapieabbruch kommt. Suchttherapie bedeutet in hohem Maß ein Aushalten des Abnehmens von gefühlten Erfüllungserfahrungen, die früher aus dem Drogenkonsum resultierten, aber auch in einem Festhalten an einer von Illusionen und Wunschhaltungen geprägten Weltsicht bestanden. Dieses Ergebnis stützt insgesamt das Konzept der eudämonistischen Lebensqualität. In der Therapie mit Suchtkranken geht es vor allem darum, diesem fehlenden Gefühl etwas entgegenzusetzen, das dennoch eine *existentielle* Sinnerfahrung ermöglicht, etwa ein Projekt, eine erfüllende Arbeit, die Erfahrung einer besseren Bewältigung des Lebens insgesamt. Hinweise in diese Richtung werden aus der qualitativen Untersuchung ersichtlich, wo in Interviews zu Therapieende – im Unterschied zu Therapiebeginn – das Thema „Erfüllung“ häufig genannt wurde. Eine spürbare Besserung der *ontologischen* Sinnerfahrung (im Sinne der Skala EE) ist hier erst längerfristig zu erwarten.

Die Wirksamkeitsuntersuchung fand in einem naturalistischen Setting statt. Die Patienten hatten außer der Psychotherapie auch umfassende medizinische und pflegerische Betreuung. Die spezifisch psychotherapeutische Wirkung der Existenzanalyse wäre streng genommen nur in einem Vergleich unterschiedlicher Therapiemethoden möglich. Dieser konnte aus praktischen Gründen im Rahmen der vorliegenden Studie nicht durchgeführt werden.

Auf der anderen Seite lässt sich zeigen, dass der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität in spezifischer Weise die therapeutischen Wirkfaktoren der Existenzanalyse – zumindest für die Population der Suchtkranken – erfassen kann. Im Rahmen der Evaluationsstudie kamen auch theoriefremde Instrumente zum Einsatz, die durchwegs geringere Wirksamkeiten erbrachten. So wurden mittlere Effektstärken bis ,42 im TPF, im Gießen-Test bis ,33 gefunden. In der Existenzskala ergaben sich Effektstärken bis ,46 (vgl. Längle et al. 2000, 20ff.). Auch diese Veränderungen halten jedoch den durchschnittlichen Ergebnissen aus ähnlichen klinischen Gruppenstudien stand (vgl. Strauß und Burgmeier-Lohse 1994).

Kritik und Ausblick

Zur Absicherung des Konstrukts „existentielle Lebensqualität“ wären Untersuchungen zur zeitlichen Stabilität des Merkmals durchzuführen. Hinsichtlich der neun Subskalen zum existentiellen Wohlbefinden wäre zu überprüfen, ob sich diese in anderen Gruppen wieder finden lassen bzw. ob sich *Rasch*-Homogenität an einem größeren Datensatz nachweisen lässt. Im Rahmen einer eudämonistischen Auffassung von Lebensqualität ist es nicht sinnvoll, von einer statistischen Norm auszugehen, daher ist eine „Eichung“ des ELQ nicht von vorrangi-

gem Interesse.

Die Anwendung des ELQ ist vor allem im Rahmen von Veränderungsmessung zu sehen. Intrapersonelle Veränderungen (z.B. zwischen Beginn und Ende einer Therapie) zeigen auf, inwieweit persönliche Bewältigungsprozesse in Gang gekommen sind – insbesondere in der Kombination negativer und positiver Subskalen. Allerdings scheint auch bei einmaliger Testvorgabe die *Kombination* der Einzelwerte einen Rückschluss auf eine aktive persönliche Auseinandersetzung – eine innere Konfliktlösung, die Bewältigung eines Verlusts usw. – zu ermöglichen.

Weitere Anwendungensmöglichkeiten wären Fragestellungen im Rahmen der positiven Psychologie.

Innerhalb der Psychotherapie-Wirksamkeitsforschung stellt der Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität einen weiteren Schritt in Richtung Operationalisierung existenzanalytischer Konstrukte dar. Die Entwicklung von spezifischen Wirkungsmodellen in der Sprache operationaler Konstrukte steht allerdings für die Existenzanalyse – wie übrigens für die meisten humanistisch- existentiellen Therapierichtungen – noch aus. Die Gründe dafür liegen in der schier unendlichen Komplexität der Phänomene, die den Gegenstand der humanistisch-existentiellen Therapien ausmachen und die in der therapeutisch-beraterischen Arbeit intuitiv-einfühlend wahrgenommen werden (müssen). Eine weitere Operationalisierung wäre vor allem auf Grundlage phänomenologischer Prozessanalysen möglich.

Literatur

Becker P (1989) Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen (TPF), Handanweisung. Göttingen: Hogrefe

Beckmann D, Brähler E, Richter HE (1983) Der Gießen-Test (GT). Bern: Huber, 3°

Birnbacher D (1998) Der Streit um die Lebensqualität. In: Schummer J (Hrsg) Glück und Ethik. Würzburg: Königshausen und Neumann, 109- 124

Boscolo L, Bertrando P (1994) Die Zeiten der Zeit. Eine neue Perspektive systemischer Therapie und Konsultation. Heidelberg: Auer

Bullinger M (1997) Lebensqualitätsforschung. Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz. Stuttgart: Schattauer Bullinger M, Ravens-Sieberer U, Siegrist J (2000) Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin – eine Einführung. In: Bullinger M, Siegrist J, Ravens-Sieberer U (Hrsg) Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive. Göttingen: Hogrefe, 11-24

Ciompi L (1997) Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Logik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Cohen J (1977) Statistical Power Analysis for the Behavioural Science. New York: Academic Press

Csikszentmihalyi M (1990) flow – Das Geheimnis des Glücks. Stuttgart: Klett

Deci EL, Ryan RM (2000) The „what“ and the „why“ of goal pursuits: human needs and the self-determination of behaviour. Psychol. Inq. 11, 227-268

Deci EL, Ryan RM (2001) On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. Annu. Rev. Psychol. 52, 141-166 Dörner K, Plog U (1994) Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Dulz B, Schneider A (1995) Borderline-Störungen. Theorie und Therapie. Stuttgart: Schattauer Frankl VE (1950) Homo patiens. Wien: Deuticke

Frankl VE (1959) Grundriss der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl VE, von Gebsattel V, Schultz J (Hrsg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd. III, 663-736

Frankl VE (1972) Das Leiden am sinnlosen Leben. Freiburg

Frankl VE (1976) Paradoxien des Glücks. In: Hommes U (Hrsg) Was ist Glück? Ein Symposium. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 108-126

Görtz A (2003) Lebensqualität aus existenzanalytischer Sicht. Die Entwicklung eines psychotherapeutisch orientierten Diagnostikums zur Erfassung von Lebensqualität. Unveröff. Diss. Univ. Wien Hofstätter PR (1986) Bedingungen der Zufriedenheit. Zürich: Edition Interform

Janke W, Debus G (1978) Die Eigenschaftswörterliste. Göttingen: Hogrefe

Jaspers K (2000) Was ist der Mensch? Philosophisches Denken für alle. München: Piper

Kubinger KD (1996). Einführung in die psychologische Diagnostik. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Längle A (1991) Wortmeldung in der Enddiskussion des Seminars über Lebensqualitätsforschung am 3.6.1989 auf der Thomasburg. In: Tüchler H, Lutz D (Hrsg) Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 195-217

Längle A (1996) Der Verlust des Zusammenhalts. Psychopathologie und existentielle Themen in der Schizophrenie. Existenzanalyse 13, 3, 13-22

Längle A (1999) Existenzanalyse – Die Zustimmung zum Leben finden. Fundamenta Psychiatrica 12, 139-146

Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas, 9-38

Längle A, Orgler CH, Kundi M (2000) Existenz Skala. Weinheim: Beltz

Längle A, Görtz A, Rauch J, Jarosik H, Haller R (2001). Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse. Explorativer Vergleich mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting. Existenzanalyse 17, 3, 17-29

Lütterfelds W (1991) Philosophische Aspekte der Lebensqualität. In: Tüchler H, Lutz D (Hrsg) Lebensqualität und Krankheit: Auf dem Weg zu einem medizinischen Kriterium Lebensqualität. Köln: Deutscher Ärzteverlag, 162-187

Maslow AH (1971) The Farther Reaches of Human Nature. New York: Viking

Rogers C (1963) The actualization tendency in relation to „motives“ and to consciousness. In: Jones MR (Ed) Nebraska Symposium on Motivation, 11, 1-24

Ryff CD, Keyes CLM (1995) The structure of psychological well-being revisted. J. Pers. Soc. Psychol., 69, 719-727

Seel M (1998) Wege einer Philosophie des Glücks. In: J. Schummer (Hrsg) Glück und Ethik. Würzburg: Königshausen und Neumann, 109-124

Seligman M, Csikszentmihaly M (2000) Positive psychology: an introduction. American Psychologist, 55, 5-14

Strauß B, Burgmeier-Lohse (1994) Evaluation einer stationären Langzeitgruppenpsychotherapie – Ein Beitrag zur differentiellen Psychotherapieforschung im stationären Feld. Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 44, 184-192

Tellenbach H (1987) Psychiatrie als geistige Medizin. München: Verlag für Angewandte Wissenschaften

Tutsch L (1996) Schizophrenie – ein Überblick. Existenzanalyse 13, 3, 4-12

Zielke M (1979) Kieler Änderungssensitive Symptomliste (KASSL) Weinheim: Beltz

Zubin J, Spring B (1977) Vulnerability. A new view on schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology

Anschrift der Verfasserin:
Dr. Astrid Görtz
Theophil Hansen-Gasse 7/1/3
1230 Wien
astrid.goertz@existenzanalyse.org

Die verletzte Würde

Zu Interpersonalität, Anderssein und Anerkennung in der Psychotherapie[1]

Fernando Lleras

Der vorliegende Artikel stellt eher ein Programm dar, welches weitgehend thesenhaft bleibt.
Zentrales Anliegen dabei ist der Andere und der ihm angemessene Rahmen: die Interpersonalität. Zunächst wird die Interpersonalität in Abgrenzung zum neuzeitlichen Denken der Subjektivität bestimmt. Zu einer Theorie der Interpersonalität gehört die Anerkennung des Anderen als Moment, wo die Andersartigkeit des Anderen gewahrt wird. In einem weiteren Schritt wird die Interpersonalität im Lichte der Säuglingsforschung betrachtet.
Schließlich werden die psychischen Folgen der Nicht-Anerkennung des Anderen angedeutet: die übersteigerte Selbstbezogenheit und deren Behandlung im Rhamen der Interpersonalität.

Schlüsselwörter: der Andere, Subjektivität, Interpersonalität, Säuglingsforschung, Psychotherapie

The present article presents something of a programme that is largely in the form of theses. The central focus is on the other and the frame that is appropriate for him: the interpersonal. In a first step the interpersonal is determined in delimitation to the modern thinking of subjectivity. Part of a theory of the interpersonal is the recognition of the other as a moment, in which the difference of the other is respected. In a further step the interpersonal will be examined in the light of the research with babies. Finally, the psychological consequences of a non-respect of the other will be sketched: exaggerated egocentrism and its therapy in the framework of the interpersonal.

Key words: the other, subjectivity, the interpersonal, research with babies, psychotherapy

1. Einleitung

Zum Begriff der „Würde“ sagt Kant: „Im Reich der Zwecke ... hat alles entweder einen Preis oder eine Würde. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes als Äquivalent gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent gestattet, das hat eine Würde.“ (Kant 1785, 68) Nach Kant kommt der Begriff der „Würde“ nur dem Menschen qua Person zu, d.h. als Subjekt der Freiheit. Für uns ist von Bedeutung Folgendes: „Würde“ bestimmt den jeweiligen Menschen als „Unersetzbares“, „Unvergleichbares“, „absolut Besonderes“. Wo dieses „absolut Besondere“ verkannt wird, geschieht eine Verletzung der Würde des Menschen.

Aus dieser Sachlage erhebt sich die Frage: Unter welchen Bedingungen kann der jeweilige Mensch als unvergleichbares Wesen (d.h. in seiner Würde) auftauchen und sich entfalten? Eine Antwort auf diese Frage enthielte natürlich die Beantwortung der Frage nach der „verletzten Würde“.

In der „Personalen Existenzanalyse“ nach Längle finden wir eine Bestimmung der „Person“ – und somit des Menschen –, die uns bei der Beantwortung der gestellten Frage behilflich sein kann. Dort heißt es, „Person ist das in mir Sprechende“ (Längle 2000). Damit ist im gleichen eine Bestimmung des Menschen als dialogisches Wesen gegeben. Wo die Rede ist vom „Dialog“, vom „Gespräch“, da ist wesensnotwendig auch die Rede von einem Anderen. Der Mensch als dialogisches Wesen bedarf eines Anderen, um zu sich selbst zu kommen, d.h. zu seinem Menschsein. Damit sprechen wir etwas an, welches der „Personalen Existenzanalyse“ genuin ist, nämlich das Paradigma der Interpersonalität, wonach das menschliche Wesen aus der dialogischen Interaktion mit einem Anderen entsteht und sich entfaltet.

2. Das Paradigma der Interpersonalität

Die Interpersonalität stellt ein Paradigma dar, das sich grundsätzlich vom Paradigma der Subjektivität unterscheidet, welches die ganze neuzeitliche Philosophie beherrscht hat, und wonach in der Folge von Descartes das Subjekt monadisch

[1] Der vorliegende Artikel geht auf einen Vortrag zurück, der im Rahmen einer Vortragsreihe unter dem Titel „Die verletzte Würde“ im Schottenstift (Wien) gehalten wurde

sich aus sich selbst konstituiert, während beim Paradigma der Interpersonalität der andere Mensch wesensnotwendig für die Selbstkonstitution ist. Um die überragende Bedeutung des Interpersonalitätsparadigmas zu erahnen, muss man sich das Paradigma der Subjektivität vergegenwärtigen, welches Jahrhunderte lang das Denken beherrschte und das noch heute wirksam ist. Das Paradigma der Subjektivität ist auf der Suche nach einem absoluten und unerschütterlichen Grund (fundamentum absolutum et inconcussum) entstanden. Descartes fand diesen absoluten und gewissen Grund in dem „ego cogito", dem „ich denke". Damit haben wir zunächst einmal einen Grund, ein Subjekt, welches grundsätzlich einsam und weltlos ist. Wie aus diesem einsamen und weltlosen Subjekt die Welt und die anderen Mitsubjekte entstehen können, ist ein Problem, das uns hier nicht zu beschäftigen hat. Jedenfalls bleibt anzumerken, dass nach dem Paradigma der Subjektivität – und zwar vom Ansatz her – der Andere, die Anderen tendenziell verschwinden.

Anders verhält es sich nach dem Paradigma der Interpersonalität:

Da haben wir vom Ansatz her eine Welt oder Umwelt und andere Mitsubjekte. Das Subjekt entsteht hier nicht aus sich selbst, sondern aus der dialogischen Interaktion mit den Anderen. Nach diesem Ansatz ist also der Andere wesentlich beim Prozess der eigenen Selbstkonstitution, und das heißt ferner, dass die eigene Identität in sich die Präsenz des Anderen birgt. Der Mensch als Subjekt ist nun nicht mehr absoluter Grund, sondern wesenhaft relativ, d.h. in Beziehung zu anderen Mitmenschen, zu seiner Umwelt und zu sich selbst. Mit anderen Worten: Die Interpersonalität bietet die Grundlage für die Bildung, Strukturierung und Entfaltung eines Selbst, d.h. eines Verhältnisses und Verhaltens zu sich selbst, welches im gleichen die Grundlage für Identität ausmacht. Wenn die dialogische Interaktion im Rahmen der Interpersonalität gestört ist, führt das zu einem gestörten Verhältnis zu sich selbst und infolge dessen zu einem gestörten Verhältnis zu den anderen Mitmenschen und zu der eigenen Umwelt überhaupt.

Hier ist ständig die Rede von „Interpersonalität", warum reden wir nicht von „Intersubjektivität"? (Zur Intersubjektivitätsdiskussion innerhalb der Psychoanalyse vgl. Whitebook 2001, 2003; Honneth 2001; Busch 2003; Warsitz 2003) Ich möchte hier diese schwierige Problematik nicht vertiefen. Nur eine Anmerkung diesbezüglich sei mir gestattet: Ich[2] ziehe die Bezeichnung „Interpersonalität" gegenüber „Intersubjektivität" vor, weil sie mir der Sache der Personalen Existenzanalyse angemessener erscheint. Der Begriff „Subjekt" kommt aus der aristotelischen Tradition der Ontologie des Dinges. „Subjektum" ist die lateinische Übersetzung des griechischen Wortes Hypokeimenon, das „Zugrundeliegende", welches den Wesenskern eines Dinges bezeichnet, um den herum sich mehr oder weniger zufällige Eigenschaften versammeln (Symbebekota; lat. subjectum - accidentia).

„Subjekt" ist also eine Kategorie des Dinges, dagegen stammt der Begriff der „Person" aus der Tradition der Metaphysik der Freiheit und kommt nur dem Menschen zu.

Dieser Begriff ist gewiss durchaus problematisch; da sind etwa theologische Implikationen, die geklärt werden müssten. Doch zu „Person" gehört ein Element der Andersartigkeit, das ich hier betonen möchte, nämlich das Unvergleichbare, das Einzigartige, das absolut Besondere. Das macht die „Würde" des Menschen aus, und wo dieses Einzigartige des anderen Menschen nicht beachtet wird, geschieht eine Verletzung seiner Würde.

3. Die Anerkennung des Anderen

Und nun fragen wir uns: Wo bleibt das Einzigartige des anderen Menschen, d.h. der Person, bewahrt? Nur im Verhältnis der „Anerkennung", des Gesehenwerdens des Anderen in seiner Einzigartigkeit. Die Anerkennung ist das tragende Element und die Grundlage einer gelingenden Interpersonalität.

Diesen Sachverhalt hat der junge Hegel in seinen genialen philosophischen Entwürfen klar gesehen. Von ihm stammt, meines Wissens, die erste Artikulation einer Theorie der Interpersonalität, bei der der „Kampf um Anerkennung" das fundamentale Geschehen ist (vgl.Hegel 1805/6; ferner Honneth 1998). In diesem Zusammenhang muss man ebenfalls den Sozialpsychologen George Herbert Mead erwähnen, der auch Wesentliches bezüglich einer Theorie der Intersubjektivität geleistet hat (vgl. Mead 1934), sowie den englischen Kinderarzt und Psychoanalytiker Winnicott, der mit seinen bahnbrechenden Arbeiten zur Interaktion zwischen Mutter und Kind Entscheidendes für die Artikulation einer Theorie der Intersubjektivität erbracht hat (vgl. Winnicot 1958, 1965). Innerhalb der Psychoanalyse hat sich eine Richtung entwickelt, für welche das Paradigma der Intersubjektivität ausschlaggebend ist (vgl. u.a. Stolorow et al.1996; Orange et al. 2001; Altmayer 2000, 2003).

Es gibt nun unterschiedliche Formen der Anerkennung, etwa die „Liebe", die „Achtung", die „Solidarität", und dementsprechend vielfältige Formen der Missachtung menschlicher Integrität, d.h. der Verweigerung von Anerkennung, etwa Beleidigung oder Erniedrigung, Verhaltensweisen, durch welche menschliche Wesen in einem positiven Verständnis ihrer selbst verletzt werden, ein Verständnis, das sie auf interpersonalen Wegen erworben haben.

Es besteht offenbar ein wesentlicher Zusammenhang zwischen der Integrität menschlicher Wesen und der Zustimmung durch Andere (vgl. Honneth 1998).

Die Verweigerung dieser Zustimmung durch die verschiedenen Formen der Missachtung führt zu einer Verletzung der Würde des Menschen. Extreme Formen dieser Verletzung, d.h. der Nicht-Anerkennung des Anderen sind z.B. Folter, Vergewaltigung, Entrechtung, usw.

Eine fundamentale Form der interpersonalen Anerkennung ist die Liebe. Für die philosophischen Entwürfe des jungen Hegels

[2] Der Gebrauch der Personalpronomina (ich, wir) richtet sich nach sachlichen Motiven, d.h. das Pronomen „ich" wird benutzt, wenn der Verfasser sich von einem gewissen Konsens entfernt und das Pronomen „wir", wenn ein gewisser Konsens vorausgesetzt wird. Die Verwendung des „ich" soll also die Übernahme einer Verantwortung für das Dargestellte sichtbar machen.

stellt die Liebe die erste Stufe der wechselseitigen Anerkennung dar, „weil sich in ihrem Vollzug die Subjekte wechselseitig in ihrer konkreten Bedürfnisstruktur bestätigen und damit als bedürftige Wesen anerkennen“ (vgl. Honneth 1998). In der wechselseitigen „Erfahrung liebevoller Zuwendung wissen beide Subjekte sich darin einig, dass sie in ihrer Bedürftigkeit vom jeweils anderen abhängig sind“ (vgl. Honneth 1998). Hier hat die Anerkennung den Charakter affektiver Zustimmung und Ermutigung. Hegels berühmte Formulierung der Liebe ist „Seinselbstsein in einem Fremden“ oder in einem Anderen. Damit ist gesagt, dass der Andere - zumindest in der Liebe - ein wesentliches Mitkonstitutivum meiner selbst ist, dass meine Identität von Andersartigkeit mitbestimmt ist - und ferner, dass dieses Verhältnis eine Balance zwischen Selbstständigkeit und Bindung darstellt und darauf angewiesen ist.

Nun, für Hegel stellt die Liebe eine fundamentale Form der Anerkennung innerhalb des Paradigmas der Interpersonalität dar. Doch Hegels Absichten zielen auf die Grundlegung einer Theorie der Gesellschaft (System der Sittlichkeit). Dagegen reichen meine Absichten nicht so weit, ich bleibe im Rahmen des Psychotherapeutischen. Daher verlasse ich jetzt Hegels Theorie der Liebe. Davor aber möchte ich darauf hinweisen, dass gerade Hegels Ansatz an der Intersubjektivität ihn dahin bringt, die Entstehung der Gesellschaft als Kampf um Anerkennung zu begreifen und die Liebe als elementare Form dieser Anerkennung zu sehen.

4. Das Paradigma der Subjektivität und der Andere. Zwei Ansätze aus der Sozialphilosophie der Neuzeit

Völlig anders verhält es sich in der neuzeitlichen Sozialphilosophie, deren Ansatz eben das einsame Subjekt ist. Dementsprechend erscheint das soziale Leben als ein Verhältnis des Kampfes um Selbsterhaltung und Selbstbehauptung. In diesem Zusammenhang sei an Machiavelli und Hobbes erinnert (vgl. Honneth 1998). Machiavelli denkt den Menschen als ein egozentrisches, nur auf den eigenen Nutzen bedachtes Wesen. Auf dieser Grundlage müssen die zwischenmenschlichen Beziehungen als ein permanenter Zustand feindseliger Konkurrenz erscheinen. Jeder Mensch steht dem anderen gegenüber in einer Haltung der Furcht und des Misstrauens. Machiavellis Frage geht also dahin, wie jener permanente Konflikt unter den Menschen zugunsten des jeweiligen Machthabers geschickt beeinflusst werden kann.

Für Thomas Hobbes, den anderen großen Theoretiker der sozialen Beziehungen, ist die menschliche Einzelnatur konstitutiv durch eine Haltung der präventiven Machtsteigerung gegenüber den Mitmenschen geprägt, daher haben die zwischenmenschlichen Beziehungen den Charakter eines Krieges aller gegen alle (bellum omnium contra omnes). Dieser Krieg, wie bei Machiavelli, wird von Furcht und wechselseitigem Misstrauen getragen und soll ein Ende in der vertraglichen, geregelten Unterwerfung aller Subjekte unter eine souveräne Herrschaftsgewalt finden. Das ist der Staatsvertrag, der jenem ununterbrochenen Krieg aller gegen alle ein Ende zu bereiten vermag, ein Krieg, den die Subjekte um ihre individuelle Selbsterhaltung und Selbstbehauptung führen.

Der Unterschied zu Hegels Theorie der Gesellschaft springt sofort ins Auge. Der Ansatz von Machiavelli und Hobbes – die maßgeblich für die neuzeitliche Sozialphilosophie sind – ist das einsame Subjekt, das um seine Selbsterhaltung und Selbstbehauptung bemüht ist. Der daraus entstehende Zustand ist Konflikt und Krieg, getragen von Furcht und gegenseitigem Misstrauen. Das Ende des Konfliktes oder des Krieges ist die Unterwerfung der meisten Subjekte unter die Herrschaft eines Subjektes – nämlich des Fürsten bei Machiavelli – oder unter die Staatsgewalt (Hobbes). Leitend dabei ist Herrschaft.

Völlig anders verhält es sich also bei dem jungen Hegel: Sein Ansatz ist nicht das einsame Subjekt (ego cogito), sondern die Interpersonalität. Die Dynamik dieser Interpersonalität ist das Bedürfnis nach Anerkennung, und die elementarste Form dieser Anerkennung ist die „Liebe“. Die Grundlage von sozialen Beziehungen wird also nicht von einer durch Furcht und Misstrauen getragenen Haltung gebildet, und es geht nicht primär um Selbsterhaltung und Selbstbehauptung, sondern um gegenseitige Anerkennung. Das Leitende bei diesem interpersonalen Ansatz kann also kein Herrschaftsverhältnis sein.

5. Interpersonalität und Säuglingsforschung

Dieser Exkurs in die Sozialphilosophie der Neuzeit sollte lediglich eine Andeutung des fundamentalen Unterschieds zwischen einem Ansatz am einsamen Subjekt und einem an der Interpersonalität vermitteln. Uns geht es aber um die Interpersonalität bei einer bestimmten psychotherapeutischen Vorgangsweise, nämlich der „Personalen Existenzanalyse“. Denn von dieser Warte aus geht mein Versuch, mich an das Thema der „verletzten Würde“ anzunähern. Nun, was sich am Anfang dieses Aufsatzes bloß als eine formale Anzeige von Interpersonalität in der Personalen Existenzanalyse ankündigte, kann eine Bestätigung und inhaltliche Fülle bekommen. Mit dieser Intention möchte ich jetzt kurz auf die Säuglingsforschung eingehen.

Die Säuglingsforschung untersucht die Entwicklung des Kleinkindes von seiner Geburt an bis zu der verbalen Phase und etwas darüber hinaus. Weitgehend bekannt sind v.a. die Entwicklungstheorien von Piaget und von der Psychoanalyse. In neuerer Zeit aber ist die Säuglingsforschung zu bahnbrechenden Erkenntnissen gelangt, welche die früheren Entwicklungstheorien des Kleinkindes, vor allem die der Psychoanalyse, radikal in Frage stellen. Unter den neueren Säuglingsforschern ragt die Gestalt von Daniel Stern heraus. Die Ergebnisse seiner Forschung hat er u.a. in einem Buch dargestellt, welches den Titel trägt: „The interpersonal world of the Infant“ (Stern 1985; deutsch: „Die Lebenserfahrung des Säuglings“). Bereits der Originaltitel dieses Buches zeigt das Paradigma an, innerhalb dessen sich Sterns Untersuchungen entfalten, nämlich das Paradigma der Interpersonalität. Das heißt zunächst, dass hier der Säugling nicht aus einer monadischen und weltlosen Perspekti-

ve, nicht aus der Cartesianischen Perspektive des einsamen Subjektes „konstruiert“ wird. Gemäß dem interpersonalen Ansatz von Stern erscheint das Baby als ein hochlebendiges, aktives und weltbezogenes Wesen, das der Kognition und Kommunikation fähig ist. Damit ist die Idee eines durch und durch hilflosen Wesens, welches seiner Triebstruktur ausgeliefert ist, verabschiedet; ferner auch die Vorstellung einer passiven Entität, die auf Reizschutz und Realitätsabwendung hin orientiert ist und in einer weitgehend undifferenzierten Fusion mit der Mutter lebt.

Es ist hier nicht meine Absicht, Sterns Forschungsergebnisse im Einzelnen zu besprechen. Ich möchte lediglich jene Momente dieser Forschungen hervorheben, die für mein Vorhaben von besonderer Relevanz sind. Gemäß seinem interpersonalen Ansatz steht im Zentrum der Untersuchungen von Stern das Selbsterleben (oder Selbstempfinden) des Säuglings und die konstituierende Funktion der „Anderen“, der nächsten Mitmenschen und der Welt der Objekte. Damit ist die spannende These impliziert, wonach das Selbst erst in der Interaktion mit dem Anderen entsteht, so dass „der Andere“ als ein wesentliches Konstitutivum des Selbst zu betrachten ist, eine faszinierende Idee, die wir bereits von der Philosophie des jungen Hegels kennen.

Stern beschreibt also den Prozess, in dem die Erfahrungen, die der Säugling im Umgang mit sich selbst, mit den anderen Menschen und mit der Welt der Dinge macht, wie diese Erfahrungen geordnet, verarbeitet und organisiert werden. Ich verzichte hier auf eine Darstellung der Entwicklungsphasen, die der Säugling bei diesem Prozess durchmacht. Dagegen möchte ich die Aufmerksamkeit auf etwas hinlenken, was zunächst als banal anmuten mag. Es handelt sich dabei um einen Prozess, in dem Interaktionen tragend sind. Doch die Interaktionen erschöpfen sich nicht in einem bloßen gegenseitigen Austausch von Reizereignissen. Wenn etwa Mutter und Säugling miteinander kommunizieren, einander anlächeln, mit- oder nacheinander vokalisieren, da befinden sich die beiden in einer spielerisch-kommunikativen Interaktion. Dabei tauschen beide gewiss Reizereignisse aus, doch diese Interaktionen erschöpfen sich nicht in einem bloßen Austausch von Reizereignissen. Das Baby will im Spiel nicht nur seinen Spaß haben, und es sucht nicht nur interessante Reizereignisse, sondern das Baby will, dass seine Mutter seinen Spaß, seine Lust, seine Freude sieht. Das Baby will gesehen werden (vgl. Dornes 1997).

Jeder von uns kennt das Guck-guck-da-Spiel. Kleinkinder spielen es mit einer besonderen Vorliebe, und jeder von uns hat beobachtet, welche explosive Freude, was für ein Fest das Kleinkind erlebt, wenn es gesehen wird, wenn es entdeckt wird. Das Gesehen-werden-Wollen ist also ein wesentliches Moment bei den Interaktionen zwischen Kleinkind und Mutter. Hinzu kommt aber noch ein ebenso wesentliches Moment, nämlich die Bestätigung und Begrüßung des affektiven Zustandes des Kleinkindes, seiner Freude beim Gesehen-Werden, der besonderen Art und Weise, wie es spielt, wie es lächelt, wie es sich freut. Diese beiden Momente, das Gesehen-Werden und die begrüßende Bestätigung machen elementare Momente der Anerkennung aus, und dadurch wird der bloße Interaktionsprozess zu einem Anerkennungsprozess: Anerkennung des Babys in seiner Einzigartigkeit, in seiner absoluten Besonderheit. Und insofern die Einzigartigkeit eine Bestimmung der Person ist, wird die Intersubjektivität zur Interpersonalität.

Das „Bedürfnis“ nach Anerkennung existiert offenbar nicht nur in den Spielinteraktionen, sondern in jeder interpersonellen Interaktion und so auch in der Fütterungsinteraktion, bei der es nicht nur um die Befriedigung des Hungers geht, sondern zugleich um die Legitimierung, um die Bestätigung und Begrüßung der Art und Weise, wie das Baby seinen Hunger artikuliert. Über die Befriedigung seines Hungers sucht das Baby Anerkennung und Validierung in seinem So-Sein (vgl. Dornes 1997). Die alte biblische Weisheit, wonach der Mensch nicht allein vom Brot lebt, scheint hier eine Bestätigung zu finden.

Beim Säugling finden wir also von Anfang an das elementare „Bedürfnis“ nach interpersonaler Anerkennung, nach Gesehen-Werden und Begrüßung und Bestätigung seines So-Seins. Doch zum vollen Begriff der Interpersonalität gehört die Wechselseitigkeit. Es erhebt sich demnach die Frage, ob der Säugling in der Lage ist, seine Mutter als getrennte Person mit eigenen Rechten anzuerkennen. Die Liebe des Säuglings zur Mutter, d.h. ihre Anerkennung als unabhängige Person ist nicht von Anfang an vorhanden und daher kein primärer Bestandteil seiner Natur, doch diese Anerkennung ist eine sich im Laufe einer geglückten Entwicklung einstellende Antwort auf die Liebe seiner Mutter. Das Anerkanntwerden des Säuglings durch die Mutter wäre eine notwendige Voraussetzung für seine Fähigkeit zu ihrer Anerkennung, und ersteres würde letzteres ontogenetisch voraussetzen (vgl. Dornes 1997). Der Weg einer solchen Entwicklung der Anerkennung der Mutter als Person durch den Säugling setzt ferner ein Zweifaches voraus:

1. Das Erleben der Unabhängigkeit der Welt der Objekte und
2. das Bedürfnis nach und die Fähigkeit der Teilung von emotionalen und kognitiven Zuständen in Bezug auf die Welt.

Nach der Säuglingsforschung ist die Wahrnehmung der Unabhängigkeit des Objekts, d.h. der Welt, kein Resultat eines Entwicklungsprozesses, sondern ein primäres Datum, d.h. der Säugling verfügt von Anfang an in der Wahrnehmungssituation über ein intuitives Wissen von der Unabhängigkeit des Objektes, welches mehr oder weniger begrenzt sein kann. Die Fähigkeit der Teilung von emotionalen und kognitiven Zuständen in Bezug auf die Welt ist dagegen kein primäres Datum, sondern Resultat eines Entwicklungsprozesses.

Ab neun Monaten erfährt die Interaktion zwischen Säugling und Mutter eine entscheidende Erweiterung. Beide nämlich verständigen sich nun nicht mehr nur miteinander über sich selbst, d.h. sie tauschen nicht mehr nur miteinander Affekte und kommunikative Gesten aus, sondern ihre Kommunikation bezieht sich jetzt auf etwas Drittes. Dazu lediglich ein Beispiel aus der Säuglingsforschung: Ab dem genannten Alter zeigen die Babys in zwei verschiedenen Weisen auf einen Gegenstand: „protoimperativ“ und „protodeklarativ“. Das protoimperative Zeigen beinhaltet nur die Aufforderung, den gezeigten Gegen-

stand herbeizubringen (es will sagen: „Bring mir das Ding da, auf das ich zeige, her.“). Das protodeklarative Zeigen unterscheidet sich in wesentlicher Weise vom protoimperativen Zeigen. Beide sind zwar Formen der Kommunikation über die Welt, doch das protodeklarative Zeigen hat offenbar den Zweck, die Aufmerksamkeit der Mutter auf den gezeigten Gegenstand zu lenken. Das Baby will nicht, dass die Mutter ihm den Gegenstand bringt, sondern, dass sie ihn ebenfalls ansieht. Und es freut sich sehr, wenn es feststellt, dass die Mutter auch den Gegenstand betrachtet. Damit bekundet sich beim Säugling das Bedürfnis, mentale und affektive Zustände in Bezug auf etwas Drittes mit anderen zu teilen. Es geht also jetzt nicht lediglich um den wechselseitigen Austausch averbaler Verhaltensweisen und Affekte im Spiel und deren Anerkennung , sondern darüber hinaus um die Wahrnehmung, Validierung und das Gemeinsamhaben-Wollen von mentalen und emotionalen Zuständen als Ziel der Interaktion (vgl. Dornes 1997, 142 ff.).

Es handelt sich hier also um das Bedürfnis nach „kommunikativer Verständigung über die Welt“ (einschließlich der Innenwelt), und es ist anzunehmen, dass die chronische Verweigerung einer solchen Verständigung über die Welt und der dazu gehörigen Teilung mentaler und emotionaler Zustände zu schwerwiegenden Auswirkungen in der Entwicklung des Menschen führt. Auf dem Weg der kommunikativen Verständigung über die Welt und der dazu gehörigen Teilung mentaler und emotionaler Zustände entwickelt sich allmählich die Fähigkeit des Kleinkindes, die Mutter anzuerkennen. Die Entfaltung einer solchen Fähigkeit setzt aber voraus, dass das Kleinkind von der Mutter anerkannt worden ist und weiterhin anerkannt wird.

In einer seiner durchaus wichtigen Arbeiten zu einer Theorie der Intersubjektivität fragt sich Honneth nach dem Unterschied zwischen „Erkennen“ und „Anerkennung“: „…Was zur Wahrnehmung, zum ‚Erkennen’ einer Person hinzutreten muß, um daraus einen Akt der Anerkennung zu machen“ (Honneth 2003, 11). Das Erkennen ist ein kognitiver Akt, der „individuierenden Identifikation“ (Honneth 2003, 15), während sich in der Anerkennung ein „expressiver Akt“ vollzieht (ibid., 15), welcher durch körpergebundene Expressionen – Gebärde, Geste – charakterisiert ist, die zur Anzeige bringen, dass wir den Anderen in seiner Andersartigkeit annehmen und willkommen heißen. Die Betonung der „Andersartigkeit des Anderen“ entspricht nicht Honneths Interesse, sondern meinem Anliegen, welches hier bloß thesenhaft bleiben muss. Honneth geht sogar von einer „symbiotischen Grundlage“ der Anerkennung aus (vgl. ibid. 20). Gerade der körpergebundene expressive Akt als Charakteristikum der Anerkennung ist die Antwort – im Lächeln, in einer Geste, im expressiven Laut – auf die Andersartigkeit des Anderen, den wir in diesem Akt gut und willkommen heißen. Die Andersartigkeit des Anderen lässt sich nicht vermitteln, sie sperrt sich gegen jegliche Form der Assimilierung. In der Anerkennung bleibt der Andere ein Anderer. Das ist das Signum der Anerkennung und gerade die Möglichkeit für die vielbeschworene „Begegnung“, die im Bereich des „Gegenüber“ und nicht im Bereich der Subjekt-Objekt-Beziehung stattfindet.

6. Die Verletzung der Andersartigkeit des Anderen: Nicht-Anerkennung

An diesem Punkt erhebt sich die Frage: Was geschieht, wenn die Bedingungen für die Entfaltung der Interpersonalität nicht gegeben sind, d.h. wenn das Kleinkind keine oder eine mangelhafte Anerkennung erfährt? Und damit kommen wir zum ursprünglichen Thema zurück, nämlich zur Frage nach der „verletzten Würde“, denn die Nicht-Anerkennung ist eine Verletzung der Würde des Menschen.

Eine kapitale Folge der „verletzten Würde“ kristallisiert sich in einem Phänomen, mit dem wir Psychotherapeuten sehr oft zu tun haben, welches ich hier als „übersteigerte Selbstbezogenheit“ bezeichnen möchte. Zu diesem Bild der „Selbstbezogenheit“ werde ich nur eine sehr allgemeine Charakterisierung geben: Es handelt sich also dabei um Menschen, die allzu sehr damit beschäftigt sind, ihren Wert zu beweisen – oder genauer besehen, ihre selbstempfundene Wertlosigkeit, zu widerlegen – um die Liebe, Anerkennung und Freude menschlicher Verbundenheit zu empfinden. Solche Menschen suchen verzweifelt andere Menschen, die sie bestätigen und bewundern, sie müssen sich zwanghaft selbst darstellen, um die Aufmerksamkeit anderer auf sich zu ziehen. Kurzum: Diese Menschen suchen in leidvoller Anstrengung gesehen zu werden.

Das Diktum der Umwelt diesen Menschen gegenüber lautet, sie würden einer überspannten Selbstliebe frönen. Doch gerade das Umgekehrte trifft zu: Es ist der Mangel an Selbstliebe, worunter diese Menschen leiden, es ist das Gefühl, in der Besonderheit ihres So-Seins abgewiesen, nicht gesehen und bestätigt worden zu sein. Aus diesem Zustand des Sich-selbst-nicht-Liebens entsteht ein fehlendes Selbstvertrauen; geringe Fähigkeit, sich selbst zu trösten, extreme Verletzbarkeit oder Kränkbarkeit, verzweifelte Wut, Schwankungen zwischen Grandiosität und Depression, zwischen Omnipotenz und der Angst vor Auflösung, vor Fragmentierung.

Es handelt sich also um Menschen, die in tiefster Not stehen, und die, allem Anschein zum Trotz, unsäglich leiden. Die Art und Weise, wie sie mit diesem Zustand der mangelnden Selbstliebe umgehen, ist unterschiedlich: Etwa die verzweifelte Suche nach Spiegelung durch eine zwanghafte Selbstdarstellung, die Aufmerksamkeit, Bestätigung und Bewunderung durch andere sucht, um das fehlende Selbstwertgefühl zu kompensieren. Oder die Suche nach einem Ideal-Menschen, den der Betreffende für seine Macht, Schönheit, Intelligenz oder Moral bewundern kann, dergestalt dass der Betreffende sich in dem Maße als wertvoll erlebt, in dem er sich über den anderen definieren kann. Oder, die Suche nach einer Zwillingsgestalt, um dadurch die Bestätigung der eigenen Existenz zu erhalten. Oder die Tendenz zur Verschmelzung mit einem anderen Menschen, den man völlig zu kontrollieren trachtet und aus dem man Selbstwertgefühl schöpft. Die Möglichkeit von Trennung oder Selbstständigkeit wird dann als äußerste Gefahr der Desintegrierung erlebt. Eine Möglichkeit des Umgangs mit diesem Vakuum des

Selbst ist schließlich die Verweigerung jeglichen Kontakts und somit die Isolierung aus Angst vor Zurückweisung und als Form, die Aufmerksamkeit der Anderen auf sich zu ziehen.

Was ist also mit diesen Menschen geschehen, die so stark um sich selbst kreisen, um ein Selbst, das dem Gefühl nach nicht vorhanden ist? Bei diesem Sachverhalt gilt es zunächst zu sehen, dass alle erwähnten Umgangsweisen mit der mangelnden Selbstliebe, einen verzweifelten Schrei nach Gesehenwerden, Bestätigung und Anerkennung darstellen. Es handelt sich also um etwas durch und durch Legitimes. Das ist der Aufstand gegen einen Zustand, der unerträglich ist. Das ist ein „Nein!" gegen die Nicht-Anerkennung. Dieses „Nein" macht ein Element einer „Rebellion" gegen einen unzumutbaren Zustand aus. Die gemeinte „Rebellion" birgt in sich das genannte „Nein" und ist zugleich eine Form des Schutzes und somit des Weiterlebens und Überlebens überhaupt. Sie trägt also einen basalen Lebensimpuls in sich. Dem „Nein" dieser „Rebellion" liegt ein „Ja" für das eigene Sein zugrunde. Daher haben wir diese „Rebellion" zunächst als etwas sehr Wertvolles zu betrachten: 1. Sie ist eine Form des Schutzes; 2. Sie trägt in sich den Keim zu einer positiven Beziehung zu sich selbst; 3. Sie wird von einem basalen Lebensimpuls getragen (dies kann übrigens im Zusammenhang mit jeglicher psychischen Störung gesehen werden). Diese Menschen kämpfen also um sich selbst, und die tiefe Legitimität dieses „Kampfes" muss **gesehen** und **anerkannt** werden, ja dieser „Rebellion" sollte unsere Solidarität gelten. Zugleich aber müssen wir erkennen, dass die Art und Weise, wie dieser Aufstand vollzogen wird und sich entfaltet, ungeeignet, denkbar schlecht ist, weil dadurch der unerträgliche Zustand nicht überwunden, sondern eher vertieft und verlängert wird.

Diese Menschen leiden unter einer tiefen Verletzung der eigenen Würde, die darin besteht, dass sie nicht gesehen wurden. Einer solchen Sichtweise liegt das Paradigma der Interpersonalität zugrunde. Nur aus der Interpersonalität wird das Gesehen-und-anerkannt-Werden verständlich und sinnvoll. Wenn aber die Interpersonalität verfehlt wird, geschieht eine Verletzung der Würde. Wenn sich diese Verletzung früh ereignet, d.h. in der frühen Kindheit, dann entsteht das Phänomen der übersteigerten Selbstbezogenheit, mit dem wir uns hier in allgemeiner Weise beschäftigen.

Gemäß dem Paradigma der Interpersonalität ist es für die Entfaltung und Entwicklung des eigenen Selbst erforderlich, dass wir durch den anderen gesehen und anerkannt werden. Wenn das versagt bleibt, entsteht bei dem Betreffenden das Gefühl, dass er oder sie selbst nichts, wertlos ist. Dies führt zu Gefühlen der Leere und der Hohlheit, zur Panik vor Selbstauflösung. Als Aufstand gegen diesen unerträglichen Zustand entsteht der Drang nach Leistung –„wenn ich leiste, werde ich gesehen", nach Perfektionismus – „wenn ich perfekt bin, werde ich gesehen", nach Grandiosität und Allmacht – „wenn ich grandios und allmächtig bin, werde ich erst recht gesehen". Doch bei diesem Aufstand gegen den unerträglichen Zustand haben wir es tatsächlich mit einem Menschen zu tun, der extrem anfällig für Scham und Demütigung ist, der sich selbst permanent entwertet, der zu Hypochondrie, Isolierung, Einsamkeit und Depression neigt.

In der existenzanalytischen Therapie, so wie ich sie verstehe und vertrete, geht es zunächst darum, die Interpersonalität herzustellen. Das klingt einfach. Es handelt sich jedoch um einen hochkomplexen Prozess, auf dessen Darstellung ich hier verzichten muss. Seine Komplexität kann man leicht ersehen, wenn bedacht wird, dass zur therapeutischen Situation aus der Interpersonalität drei fundamentale Elemente gehören: die Person des Patienten, die Person des Therapeuten und das interpersonale Feld, das „Inter" der Interpersonalität, das „Zwischen". Das interpersonale Feld entsteht aus der *Begegnung* von Patient und Therapeut. Es ist das Neue, der von beiden Interaktoren gemeinsam und immer wieder neu erzeugte Raum. Das wird der Ort für Anerkennung und Heilung der verletzten Würde sein.

Literatur

Altmeyer M (2000) Narzissmus und Objekt. Göttingen: Vandenheock und Ruprecht

Altmeyer M (2003) Im Spiegel des Anderen. Giessen: Psychosozial Verlag

Busch HJ (2003) Intersubjektivität als Kampf und die Anerkennung des Nicht-Intersubjektiven. Psyche – Z Psychoanal, März, 262-274

Dornes M (1997) Die frühe Kindheit. Frankfurt: Fischer

Hegel GF ([1805/6]1974) Jenaer Realphilosophie. Frankfurt: Suhrkamp

Honneth A (2001) Facetten des vorsozialen Selbst. Eine Erwiderung auf Joel Whitebook. Psyche - Z Psychoanal, August, 790-802

Honneth A (2003) Unsichtbarkeit. Stationen einer Theorie der Intersubjektivität. Frankfurt: Suhrkamp

Honneth A (1998) Kampf um Anerkennung. Frankfurt: Suhrkamp

Kant I ([1785]1975) Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, In: Weischedel W (Hrsg) Kant Werke. Bd. 6. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Längle A (2000) Die Personale Existenzanalyse (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Facultas: Wien

Mead GH ([1934]1937) Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp

Orange DM, Atwood GE, Stolorow RD (2000) Intersubjektivität in der Psychoanalyse. Frankfurt: Brandis und Apsel

Stern D ([1985]1998) Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart: Klett Cotta

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE (1996) Psychoanalytische Behandlung. Ein intersubjektiver Ansatz. Frankfurt: Fischer

Warsitz RP (2003) Anerkennung und Begehren. Anmerkungen zur Intersubjektivitätstheorie des Subjekts. Psyche – Z Psychoanal, April, 343-359

Whitebook J (2003) Die Grenzen des „intersubjektive turn". Eine Erwiderung auf Axel Honneth. Psyche – Z Psychoanal, April, 250-261

Winnicott DW ([1965] 1993) Reifungsprozesse und fördernde Umwelt". Frankfurt: Fischer

Winnicott DW ([1958] 1994) Von der Kinderheilkunde zur Psychoanalyse. Frankfurt: Fischer

Anschrift des Verfassers:
Dr. phil. Fernando Lleras
Blindengasse 39/11
A-1080 Wien
fernando.lleras@existenzanalyse.org

Beziehung(s)formen

Ein existenzanalytischer Kategorisierungsversuch

Alfried Längle

In dieser Arbeit werden die Formen beschrieben, in denen sich Beziehungen realisieren. Auch wird den Strukturen der einzelnen Beziehungsformen und ihren Wechselbezügen nachgegangen. Insbesondere wird auf die Bedeutung der Beziehungsformen für Beratung und Therapie hingewiesen.

This paper is an exposition of the different forms of relationship. It reflects their structure and their interconnections are partly discussed. These specific forms of relationship are always present in their relevance for counselling and psychotherapy.

Schlüsselwörter: Beziehung, Begegnung, Psychotherapie, Beratung

Key words: ***relationship, encounter, psychotherapy, counselling***

Wir können für die Beratung und Therapie verschiedene Formen von Beziehung voneinander unterscheiden[1]. Ihre Differenzierung hat praktische Bedeutung, gliedert sie doch das menschliche Miteinander in unterschiedliche Stufen mit unterschiedlichen Potentialen und Grenzen. Beginnen wir mit der wichtigsten Differenzierung, die wir in der Existenzanalyse vornehmen, nämlich jener zwischen Beziehung und Begegnung. Sie entspricht der Differenz zwischen der zweiten und dritten Grundmotivation (vgl. auch Peinhaupt 1990).

1. Beziehung

Als Beziehung im eigentlichen Sinne verstehen wir eine grundlegende, durchgängige Form von Wechselwirkungen, in die man allein durch die Präsenz oder auch bloß Vorstellung des anderen unausweichlich gestellt ist. Beziehung entsteht somit in dem Moment, in welchem man des anderen gewahr wird.

Sowie wir einen anderen bemerken, haben wir unweigerlich Beziehung. In eine Beziehung treten hängt also nicht notwendigerweise von Entscheidungen ab. Beziehung haben wir somit, ob wir wollen oder nicht. Das mag überraschen, hält man doch Beziehung aufs erste betrachtet für etwas, für das man sich entscheidet und die man daher auch wieder beenden kann.

Beziehung ist jedoch in der grundlegenden Form ein Gefüge, das einen Bestand in sich hat. Darum muß man ihr eine Eigenmächtigkeit zugestehen, die sogar noch grundleger ist als Watzlawicks „man kann nicht nicht kommunizieren“. Hier gilt: „man kann nicht nicht Beziehung haben“. Beziehung tritt ein, sobald man *bemerkt* hat, daß der andere da ist. Das basale Entstehen von Beziehung ist allein an diese Tatsache gebunden. Der Grund für die Entstehung dieser primären Beziehung ist eigentlich sehr einfach: man kann nicht mehr so tun, als ob es den anderen[2] (oder die Sache) nicht gäbe. Man muß sich im weiteren Verhalten darauf beziehen: schon rein physisch setzt man sich nicht auf den Platz, wo der andere sitzt, stellt nicht den Versuch an, „durch ihn hindurchzugehen“ usw.

In dieser basalen Form stellt Beziehung nicht mehr dar als reine „Bezug-nahme“ des eigenen Verhaltens auf den anderen.

Ein weiterer, wichtiger Aspekt von Beziehung liegt in der Bedeutung ihrer *Geschichte*. Es mag wiederum überraschen, wenn wir feststellen: besteht eine Beziehung, so besteht sie für immer! Beziehungen hören nie auf, können nur verblassen, von anderen Beziehungen in den Hintergrunde gedrängt oder überlagert werden. Einen Menschen, den wir einmal gekannt oder gar geliebt haben, auch nach Jahren der Trennung wiederzusehen, bedeutet Bezugnahme zur gemeinsamen Geschichte. Man spürt sofort, daß die alte Beziehung noch immer da ist und durch den neuen Kontakt wieder auflebt, auch wenn kein Wort gesprochen wird.

Wir können uns den Beziehungen nicht entziehen – aber wir haben dennoch einen gestalterischen *Spielraum*: wir können der Beziehung aus dem Wege gehen, gar nicht dorthin gehen, wo es unweigerlich zur Beziehung käme; und wir können eine Beziehung suchen oder eine Beziehung, die sich eingestellt hat, „aufnehmen“ und in sie willentlich eintreten. Wenn eine Beziehung „aufgenommen wird“, beginnt ihre aktive Gestaltung und Formung. Der Austausch wird intensiviert.

Im Hinblick auf unsere Gespräche ist noch ein Detail von Bedeutung: der *Beginn* der Beziehung kann paradoxerweise schon vor dem ersten Kontakt stattfinden. Dies ist z.B. der

[1] Diese Differenzierung geht übrigens ganz parallel zu jener, die der holländische Gesprächspsychotherapeut Hans *Swildens* (1991) vornimmt. Er ist gewissermaßen der „Existenzanalytiker“ im Personzentrierten Ansatz nach C. Rogers.

[2] Der einfacheren Lesbarkeit zuliebe wird das generische Maskulinum verwendet.

Fall, wenn man erfährt, daß jemand eine Therapie machen möchte. Durch diese Information ist schon eine einseitige Beziehung vorhanden. Die andere Person steht bereits in der „Feldwirkung“ und im „Werteinfluß“ dessen, von dem wir diese Information bekommen. Man kann z.B. gleich den Eindruck haben, daß es sich um einen unselbständigen Menschen handeln muß oder daß es ein sehr angesehener Mensch ist ... wie ein Magnetfeld stellt sich bereits ein Bezogensein auf die andere Person ein, mit der wir noch gar nicht persönlich in Kontakt getreten sind.

Vieles hat Einfluß auf die Beziehung: äußerer Rahmen, Zeit („Setting“), System, in welchem die Beziehung beginnt (bis hin zum Wetter!), Vorstellungen, Wünsche, Absichten, Bedürfnisse, Vorerfahrungen mit dieser Person bzw. mit anderen Personen, die übertragen werden, Selbstbezug: wie man sich fühlt, wie es einem mit sich geht; Begegnung, wenn sie stattfindet, aber auch wenn sie nicht stattfindet.

Wenn wir von Beziehung sprechen, soll nicht übersehen werden, daß auch die *Beziehung zu sich selbst* wichtig ist, um Zuwendung geben zu können. Beziehung zu sich selber bedeutet offensein für die eigenen Gefühle, für den Körper, für die Gedanken und Erinnerungen. Diese Offenheit ist der Boden für das Erleben von Lust und Gefühlen.

Halten wir fest: jede Beziehung hat einen basalen Anteil, dem wir uns *nicht entziehen* können, der uns durch das bloße Gewahrwerden des Seins des anderen geschieht. – Darüber hinaus hat die Beziehung aber auch einen Anteil, den wir persönlich *gestalten* können.

2. Begegnung

Unter Begegnung verstehen wir das *intendierte Aufsuchen und Antreffen eines Du vermittels eines Dialogs*. Begegnung richtet sich also an die Person, an das Wesen eines Menschen.

Das bedeutet, daß Begegnung nicht einfach passiert (wie Beziehung), sondern intendiert ist. Für sie braucht es eine Offenheit. Man muß sie wollen, sein Einverständnis dazu geben. In der Begegnung weht der Wind der Freiheit.

Begegnung ist daher *Einsatz*: man geht ihr nach, man blickt auf den anderen, spricht ihn an, läßt sich ansprechen, versucht zu verstehen und Antwort zu geben (als personale Aktivität folgt sie dem Muster der Personalen Existenzanalyse – Längle 1993, 2000). Durch den persönlichen Einsatz trifft das Ich auf das „Du“. Erst wenn das Du erreicht ist, ist Begegnung. In der Begegnung ist der Mensch intentional ausgerichtet auf den Eigenwert des anderen und hat die Bereitschaft, sich zu zeigen. Diese gegenseitige Offenheit ermöglicht das, was man Begegnung bezeichnet.

Das Medium, das Begegnung vermittelt, ist der *Dialog*. Der Dialog ist konstitutiv für Begegnung, ist der „Carrier“ der Begegnung. Unter Dialog ist natürlich nicht nur das gesprochene Wort gemeint, sondern auch der averbale Dialog, das gemeinsame Schweigen, der Blick, die Fühlung, die ausgetauschte Zärtlichkeit.

Begegnungen sind von ihrem Wesen her viel mehr der *Zeit* unterworfen als Beziehungen. Sie sind präsentisch, punktuell, setzen den Kontakt voraus und dauern so lange, wie der Dialog besteht. Endet der Dialog, endet die Begegnung, weil ihr vermittelndes Medium wegfällt.

Während in den Beziehungen eine Art „Feld“ entsteht, das sich mit einem magnetischen Feld vergleichen läßt, entsteht in der Begegnung so etwas wie ein „Zwischen“, ein „dialogischer Raum“, etwas Neues, Gemeinsames, eine „Wir-heit“ im Zusammenfinden, worin ein gemeinsames Schwingen stattfindet. Dieses „Zwischen“[3] ermöglicht und schient als „Transfermuster“ die Begegnung.

Der Dialograum ist als „Fluidum“ *spürbar*, manchmal geradezu greifbar.

Abb. 1: Schematische Darstellung des „Zwischen“, des „Dialograumes“, in welchem Begegnung stattfindet.

Begegnung ist allein durch ihre starke Anbindung an das Gegenwärtige grundsätzlich *überraschend*. Überraschung kann aber auch dadurch entstehen, weil das Wesen der Person auf beiden Seiten frei ist, sodaß sich „Unvorhersehbares“, „Unberechenbares“ einstellen kann. Begegnungen können daher schrecken! Begegnungen sind unsicher, können mißlingen, man kann „abblitzen“, und da jeder mit seinem Wesen beteiligt ist, können mißlingende Begegnungsversuche sehr verletzen. Wenn Begegnungen hingegen gelingen, geben sie Erfüllung. Denn wenn Begegnung stattgefunden hat, fühlt man sich verstanden und hat verstanden – und ist ein wenig anders geworden.

3. Ist Begegnung in der Psychotherapie *echte* Begegnung?

Begegnung in der Psychotherapie stellt eine Sonderform der Begegnung dar, weil eine gewisse Einseitigkeit vorherrscht: in dieser professionellen Begegnung geht es nur um das Du des Patienten, während das Ich des Therapeuten nur begrenzt eingebracht wird. Das Ich des Therapeuten ist in manchen Therapieformen noch weniger präsent als in der Existenzanalyse. In der Existenzanalyse ist die Person des Therapeuten relativ stark präsent, aber ausschließlich in Bezug auf das Du des Patienten und im Hinblick auf die Aufgabe. In diesem Sektor werden allerdings alle Qualitäten der Begegnung gelebt, d.h. findet echte Begegnung statt.

[3] Japanisch „aida“, lateinisch „inter-“, wie in „Inter-esse“.

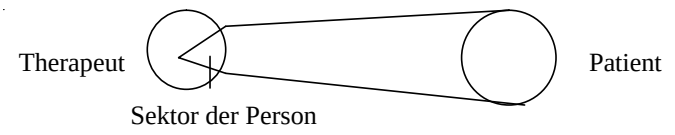


Abb. 2: Schematische Darstellung der sektorisierten Begegnungsform in der therapeutischen Begegnung.

Praktisch sieht diese Sektorisierung so aus, daß sich der Therapeut ganz öffnet auf sein Gegenüber, interessiert ist an dem, was den anderen bewegt und wie er erlebt wird. Man achtet darauf, wie es einem beim Zuhören geht, welche Gedanken und Gefühle einem kommen, wenn man sich in die Welt des anderen und in seine inneren Bezüge hineinversetzt. Da nun ist der Therapeut ganz Person, aber nur bezogen auf den anderen Menschen in seinem Leid, mit seinem Problem.

Dennoch wäre es überzogen, wenn man forderte, daß es in einer Therapie unbedingt zur Begegnung kommen muß. Doch sollte vom äußeren Setting, von der Haltung und Bereitschaft des Therapeuten her der Raum für mögliche Begegnung offen sein. Dafür ist die Haltung des Respekts vor der Person des anderen wie meiner eigenen Person Grundlage.

4. Verhältnis von Begegnung und Beziehung

Begegnungen haben eine große Bedeutung für Beziehungen: sie gestalten die Beziehung. Beziehungen „leben“ aus Begegnungen, werden durch Begegnungen überformt und „personalisiert“. Darum können wir sagen: „Beziehung ohne Begegnung ist unwesentlich“, unwesentlich in dem Sinne, daß solche Beziehung nicht das Wesen von Ich und Du beinhaltet. Ein Mangel an Begegnung führt in Beziehungen zum Vorherrschen von Beziehungs*mechanismen*, die nicht von der Person gestaltet sind.

Weiter oben haben wir schon gesagt, daß Beziehungen für ihr Zustandekommen keine Begegnungen benötigen. Im umgekehrten Falle hinterläßt jedoch jede Begegnung immer Beziehung, mehr als das: mit jeder Begegnung *verändert* sich auch die Beziehung, wird durch den neuen Kontakt personal überformt.

Wenn auch Beziehungen die Begegnung nicht benötigen für ihr Zustandekommen, so ist dennoch eine Einflußnahme auf die Begegnung gegeben: Beziehungen wirken sich immer auf Begegnungen aus. Die Beziehung kann Begegnungen fördern (was wir am deutlichsten in der Liebesbeziehung erfahren) oder auch verhindern (wenn man z.B. im partnerschaftlichen „Clinch“ liegt, Mißverständnisse und Verletzungen vorliegen usw.). Beziehung ist Voraussetzung für Begegnung. Begegnungen finden nur in Beziehungen statt, auch wenn man jemanden neu kennenlernt, steht man sogleich in Beziehung.

Analog zu Martin Bubers (1973) Aufteilung des Ich in ein Ich-Du und ein Ich-Es können wir zwei Formen von „Wir“ im Gespräch beschreiben:

a) Das Sach-Wir:

Dies liegt vor, wenn wir mit jemanden über etwas reden, mit jemandem etwas gemeinsam machen. Wenn ich „*mit* dir“ über etwas rede, verbindet uns die gemeinsame Aufgabe, das gemeinsame Thema. Wir sind von der Zielsetzung dominiert.

In diesem Falle entsteht die Beziehung durch die gemeinsame Tätigkeit. Die beiden Partner beziehen sich aufeinander

Abb. 3: Das gemeinsame Sich-Beziehen auf eine Aufgabe oder Sache führt zu einem „Sach-Wir“ im Sinne von: „Ich rede *mit* dir über etwas.“

in ihrer Ausrichtung auf das „Etwas“.

Solches Reden ist ein „allgemeines“, „sachliches“ Reden, menschlich jedoch unverbindlich, weil es um die Funktion geht. Diese Beziehung hat als „Nebeneffekt“ potentielle Begegnung.

Wenn wir z.B. mit jemandem über Politik reden, oder über den gemeinsamen Urlaub, über das Kind, auch über mich oder dich sprechen, kann es dabei zur Begegnung mit dem anderen kommen, muß aber nicht. Man kann diese indirekte Form der Begegnung als „*Begegnung an der Sache*“ bezeichnen. Sie ist die häufigste Form der Begegnung in Familien, Beziehungen, Gruppen, Systemen.

b) Das Person-Wir:

Wenn man sich nicht auf eine Sache, sondern direkt auf das Du ausrichtet, bleibt alle Funktion zurück. Keine Sache ist mehr zwischen das Ich und das Du geschaltet – es kommt zu einem unmittelbareren Wir-Bezug, den man als „Person-Wir“ bezeichnen kann.

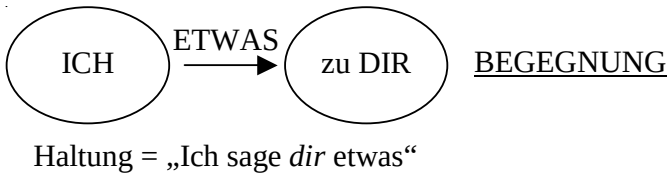


Abb. 4: Das Sich-Beziehen auf das Du führt zur unmittelbaren Begegnung, der keine Funktion mehr dazwischengeschaltet ist. Man kann dies als „Person-Wir“ bezeichnen, wenn man sich direkt an den anderen wendet und es einem um ihn bzw. um uns geht. Man spricht nicht mehr *über* etwas, sondern *zu* jemandem.

Dieser Dialog bezieht sich auf den anderen, ist an ihn adressiert, meint ihn, unverwechselbar, konkret. Die Sache steht im Hintergrund, das Du und das gegenseitige Verstehen sind im Vordergrund. Dies geschieht z.B., indem man jemandem etwas anvertraut und hören möchte, wie das bei ihm ankommt und was er dazu denkt und empfindet.

Dies ist reine Begegnung. Diese Gespräche sind immer tief, sind wesentlich. Sie sind die wirklich erfüllenden Gespräche.

5. Rapport

Dieser Begriff ist heute in den meisten Psychotherapien weniger in Verwendung als früher. Er stammt aus dem Französischen und wird bei uns auch im Militär im Sinne der Berichterstattung gebraucht.

Unter Rapport wird eine spezielle Interaktionsweise in der Beziehung verstanden, die zeigt, daß der Gesprächspartner als Person erreicht wurde und sich so eine gegenseitige Bezugnahme der Beziehungspartner einstellen konnte. Praktisch bedeutet dies, daß die Botschaften den Empfänger erreichen und daß man bei bestehendem Rapport die Rückmeldung erhält, daß der Informationsaustausch stattgefunden hat.

Die Feststellung der „Rapportfähigkeit" ist in der Psychiatrie ein wichtiges Element bei der Diagnose der Psychose, weil die Etablierung von „Rapport" (verstanden werden und entsprechende Antwort erhalten) ein wichtiges Zeichen für den Realitätsbezug darstellt. Wenn man keinen Rapport erhält, dann spricht man zwar zum Patienten, aber man merkt, daß man nicht ankommt bei ihm. Er nimmt nicht mehr Bezug auf das, was man ihm gesagt hat: im Schema der Personalen Existenzanalyse (PEA-Dreieck) ausgedrückt kann man sagen: er ist offenbar (1) nicht ansprechbar, (2) er versteht wahrscheinlich nicht, (3) gibt jedenfalls keine Antwort.

Im Rahmen der Psychotherapie wird der Begriff in der *Hypnotherapie*[4] verwendet. Ein hypnotischer Rapport meint ganz analog zum Gesagten, daß man den Menschen im hypnotischen Zustand erreicht. Auch in der klassischen *Psychoanalyse* spricht man von Rapport als Bezeichnung für stattgefundene Übertragung.

6. Kontakt

Die übliche Verwendung des Begriffs geschieht dort, wo zwei Sachen aufeinandertreffen: z.B. elektrische Drähte haben Kontakt, der Stecker in Steckdose hat schlechten Kontakt (Wackelkontakt). Aber auch bei Menschen wird der Begriff gleichsinnig verwendet: „Wir sind seit längerem nicht mehr in Kontakt miteinander."

Kontakt bezeichnet somit die *Tatsache der Berührung* bzw. den unmittelbaren *Moment* der Berührung. Wenn man „den Sozialkontakt" pflegt, heißt das, daß man „in Berührung" mit anderen Menschen ist. Man hat „Kontakt zu jemandem" oder wir stehen nicht mehr in Kontakt bedeutet, daß wir keinen aktuellen Informationsaustausch mehr haben.

Hat man einen „Sexualkontakt", so ist damit das Moment der sexuellen Berührung gemeint und bedeutet nicht unbedingt, daß es zur personalen Begegnung kam. Die Medizin kennt auch eine Gruppe von Krankheiten, die man als „Kontaktinfektionen" zusammenfaßt.

Die Verwendung des Begriffes „Kontakt" läßt an sich offen, was da zueinander in Berührung kam: ob sich die Berührung auf die Oberfläche beschränkt, ob sie personal, funktional oder auf rein sachlicher Ebene stattfand (wie in der Physik), ob es dabei zur Begegnung (also zur Berührung des Wesens) kam.

In der *Gestalttherapie* ist „Kontakt" ein wichtiger Begriff und steht dort in etwa für das, was wir in der Existenzanalyse als „Begegnung" bezeichnen.

7. Verhältnis

Diese Bezeichnung für Beziehungen wird vor allem im umgangssprachlichen Bereich verwendet. Unter Verhältnis wird eine Beziehungsform verstanden, in der man allgemein gesagt *„etwas miteinander zu tun hat"* und sich über dieses *Thema* zueinander (und auch miteinander) verhält. Ein „Verhältnis" ist somit durch den *funktionalen* Charakter geprägt, wie es z.B. in Begriffsverwendungen wie Arbeitsverhältnis, familiäre Verhältnisse, Lehrer-Schüler-Verhältnis, sexuelles Verhältnis, in guten Verhältnissen leben (d.h. die geschäftlichen Belange sind gut), „mein Verhältnis zur Politik" (i.S.v. was ich mit ihr zu tun habe und wie ich mit ihr umgehe) deutlich wird.

„Ein Verhältnis haben" beschreibt eine Verbundenheit, die über einen funktionalen Aspekt (künstlerisch, Einsamkeit, Sexualität usw.) zustande kommt.

8. Bindung

Bindung ist eine enge Form der Beziehung, die entweder ein *Angewiesensein* auf den anderen oder ein *aktives* (entschiedenes) sich Einlassen auf den anderen beinhaltet. Der Grund des sich Gebunden-Fühlens ist nicht festgelegt und kann sich ändern oder z.B. durch einen Scheidungsprozeß auflösen. Bindungen bestehen z.B. in einer Eltern-Kind-Beziehung, wo das Kind angewiesen auf die Eltern ist und ein aktives Zugehen der Eltern auf das Kind vorliegt; eine gewählte Bindung bildet z.B. eine Ehebeziehung.

9. Liebe

Es ist hier nicht der Platz, eine umfassende Beschreibung der Liebe zu versuchen. Doch soll dieser sicherlich schönsten Beziehungsform trotz ihrer Komplexität etwas Raum ge-

[4] In der *Hypnotherapie* (Stübner 2001, 37) ist Rapport „jene selektive, exklusive Beziehung", die „sich aus der Kommunikation zwischen dem Selbst des Therapeuten und dem Selbst des Klienten" entwickelt. „Rapport ist die Qualität, durch die Hypnose sich von anderen Formen der Psychotherapie unterscheidet. Es heißt
- Bilateralität des Rapports,
- Beteiligung des Therapeuten,
- gegenseitige Verantwortung,
- verschiedene Arten von Rapport (Aufzählung nach Loriedo)." (ebd. 38)

geben werden, auch unbeschadet des Umstandes, daß Liebe ihren Platz vorwiegend im privaten Raum hat. Dennoch spielt sie manchmal auch in den professionellen Rahmen herein.

Liebe kann als die intensivste, emotional gefärbte Beziehungsform bezeichnet werden, in der der andere in seinem Wesen und in seinen Entwicklungsmöglichkeiten gesehen und gefühlt wird, sodaß man sich zu ihm hingezogen fühlt und das tiefe Bedürfnis spürt, für ihn dazusein und ihn auch für sich haben zu können.

In einer *phänomenologischen* Betrachtung erscheint die Liebe als „Wesensschau" des anderen (Scheler 1980, z.B. 267). Zum Wesen des Menschen gehört neben dem, was ihm wichtig ist und wie er sich entscheidet, auch seine Unabgeschlossenheit und seine Potentialität. Gerade das geht charakteristischerweise in die *Dynamik* der Liebe ein: man hat in der Liebe das Gefühl, dem anderen ebenso gut zu tun wie der andere einem selber gut tut.

Damit eröffnet die Liebe den Raum, in den sich der andere hineinentwickeln kann und in den man sich selbst hinein entwickeln kann. Durch die Liebe werden wir *mehr uns selbst*.

Das bedeutet, daß man grundsätzlich auch ohne Gegenliebe lieben kann. Es ist daher möglich, in Liebe auseinanderzugehen. Wenn ein Partner meint, mit jemand anderem eine Beziehung leben zu wollen, so ist es trotz der Schmerzen möglich, *ihn aus Liebe gehen* zu lassen (vorausgesetzt, man kann es selbst ertragen), wenn man sieht, daß der andere es *will*, weil er nicht sehen kann, daß es ihm bei einem selbst gut ginge. Da man ihm aber gut will, kann man ihm vielleicht das Beste tun, was er derzeit von einem bekommen kann: daß man ihn gehen läßt. Selbst das kann eine Form sein, wie man die Liebe für den anderen leben kann. Sie ist Ausdruck einer reifen Form personaler Liebe, die zur Voraussetzung hat, daß man selbst das eigene Bedürfen aushalten kann.

Die gleiche Haltung gilt auch gegenüber Kindern: wir müssen sie ziehen lassen und können sie nicht besitzen. Die höchste Form der Liebe ist zu lieben, ohne zu besitzen.

In einer *Kurzform* können wir diese Auffassung von Liebe als „*Ja zum Du*" beschreiben (Längle 1987). Darin kommt die bejahende Haltung zum Geliebten zum Ausdruck (Piper 1977), die Komponente der *Entscheidung*, die in der Liebe enthalten ist (Frankl 1982, 135). Liebe „passiert" nicht nur; aber *was* in der Liebe passiert, ist *wesentlich*. Echte Liebe ist personal bejaht, ist von einer ganz tiefen Einwilligung zum anderen und zur Beziehung getragen. In der Liebe fühlt und spürt man, daß *man selbst* so ist und daß das *Du* so ist, so daß wir etwas *Gemeinsames* haben und darum zusammengehören. Dazu sagen wir „Ja", weil es unserem Wesen entspricht. Trotzdem ist man der Liebe nicht ganz ausgeliefert, man kann sie *modulieren*, kann sie fördern, kann sie sehender machen oder abschwächen, kann sich ihr verschließen.

Wichtige Formen von Liebe (vgl. Fromm 1982) sind neben der Partnerliebe die Elternliebe, die Liebe zu Geschwistern, Kindesliebe, Freundesliebe, Nächstenliebe.

Im Zusammenhang mit der Psychotherapie und Beratung wird immer wieder die Frage gestellt: ist in der Psychotherapie bzw. in der Beratungs-Beziehung Liebe enthalten?

Tatsächlich findet sich in der Psychotherapie, aber streckenweise auch in der Beratung eine warme *Zugewandtheit*, ein Interesse für den anderen, ein Blick für das Wesen des anderen und die Entschiedenheit, beim anderen sein zu wollen und ihn durch die Probleme zu begleiten. Diese interessierte und fördernde Haltung tut dem Patienten/Klienten gut. Wir haben somit dieselben Phänomene wie in der (Geschwister-, Eltern- oder Nächsten-)Liebe. Im Unterschied zur privaten Liebe wird in der professionellen Haltung aber keine Gegenliebe erwartet: es geht nur um den Patienten oder Klienten, in derselben Einseitigkeit wie in der therapeutischen/beraterischen Begegnung.

Gerade wegen dieser Komponente von Liebe kann die professionelle Beziehung schwierig werden und eine Dynamik ins *Private* erhalten. Das Erleben einer liebevollen Haltung kann in den Patienten/Klienten leicht Liebe für ihre Therapeuten/Berater erwecken. Bis zu einem gewissen Grad kann eine solche Dynamik durchaus förderlich für Therapie/Beratung sein. Verliebtheit (Patientenliebe) ist in professionellen Beziehungen nicht selten, weil viele Patienten/Klienten eine solche Beziehungsqualität nie oder lange nicht mehr erlebt haben. Probleme entstehen dann, wenn die Verliebtheit die Arbeit zu behindern beginnt, weil sich das private Beziehungsinteresse in den Vordergrund schiebt.

Entsteht durch die mit der professionellen Arbeit verbundenen Nähe eine *Verliebtheit* beim Therapeuten/Berater, ist dies unbedingt in der Supervision zu begleiten, um durch die Herstellung eines Außenbezugs ein Gegengewicht zur zu starken Innenbeziehung zu schaffen. Wird die emotionale Bindung an den Patienten stark und tritt ein *Liebesverlangen* zum Patienten auf, wird Therapie/Beratung unmöglich. Die Gefahr eines Mißbrauchs der Beziehung und die Gefahr des Qualitätsverlusts der fachlichen Leistung ist zu groß.

9. Symbiose

Unter Symbiose wird eine Form des Zusammenlebens unterschiedlicher Lebewesen verstanden, in der es zu einer wechselweisen Abhängigkeit des Lebens zum gegenseitigen Nutzen kommt.

Der Begriff stammt ursprünglich aus der Biologie. Dort beschreibt er eine Form des Zusammenlebens, bei dem jedes einzelne Lebewesen allein nicht lebensfähig, im Zusammenleben aber möglich ist und obendrein zum gegenseitigen Nutzen führt (im Gegensatz zum parasitären Zusammenleben, wo das Leben des Parasiten auf Kosten des Wirten geht). Bekannte Beispiele sind Flechten, Symbiosen von Pilzen und Algen, oder Bakterien, die als Darmsymbionten das Milieu des Darmes brauchen, dem Organismus aber Nährstoffe aufschließen.

In der Psychotherapie kam der Begriff durch die psychoanalytische Entwicklungspsychologie (insbesondere durch Mahler et al. 1975) auf. Sie beschreibt die Zeit zwischen dem zweiten und achten Lebensmonat als Dyaden-

bildung mit der Mutter[5]. In dieser Theorie wird weiters angenommen, daß der Säugling in dieser Zeit nicht zwischen innen und außen unterscheiden kann (Wolfram 2000). Wird die Libido auf dieser Stufe fixiert, führt das zu den sogenannten „frühen Störungen“ (Hochgerner et al. 1992). Sie sind durch einen symbiotischen Beziehungscharakter gekennzeichnet. Solche Patienten (z.B. Borderline-Patienten, Psychosen) haben die Neigung, eine bestimmte Form von Beziehung zu wiederholen, bei der der andere „gebraucht“ wird. Die Beziehungen haben den Charakter des Nutzwertes.

Personen, die Inhalte der dritten Grundmotivation nicht erarbeitet haben, was z.B. in der Phase der Pubertät der Fall ist, laufen Gefahr, in symbiotische Beziehungen zu treten. Ist das Eigene nicht ausgebildet, kann die Grenze nicht gezogen werden, kann man nicht für sich eintreten. Die Grenze zwischen Ich und Du verschmilzt im subjektiven Erleben. Sowie diese Menschen in nähere Beziehung zu einem anderen kommen, verlieren sie sich als Person.

Solche symbiotischen Beziehungsformen sind z.B. Mutter-Sohn-Beziehungen, wenn beide daraus leben. Im Alter treten sie durch den zunehmenden Kompetenzverlust auch wieder häufiger auf. Charakteristisch für symbiotische Beziehungen ist, daß allein die Gefahr einer möglichen Trennung Todesangst erzeugt. Oder man erlebt, daß man tatsächlich nach der Trennung nicht mehr weiterleben kann, was man beim raschen Tod eines Menschen manchmal beobachten kann, der den Tod seines Partners nur kurz übersteht (das kann einen solchen symbiotischen Hintergrund haben, muß aber nicht symbiotisch sein).

10. Beziehungsformen und ihr Verhältnis zu den vier Grundmotivation (GM)

Frankl (1982, 160) glaubte, in der Abfolge von Beziehung – Begegnung – Liebe eine Zunahme von Personalisierung ausfindig machen zu können. Er vertrat die Auffassung, daß der Mensch auf der Ebene der Beziehung noch auf der Stufe eines *Objektes* steht; findet Begegnung statt, tritt der Mensch bereits als *Mensch* in Erscheinung. Aber erst in der Liebe wird der Mensch als *Person* gesehen, nämlich in seiner Einmaligkeit und Einzigartigkeit.

Man kann in die Beziehungsformen auch nach ihren *zentralen Inhalten* einteilen. Als ein Schema für eine solche Gliederung der Inhalte können die *vier personal-existentiellen Grundmotivationen* dienen (Längle 1999a, 1999b, 2002).

Dieses Motivationssystem beschreibt jene Grundbedingungen der Existenz, die sich jedem Menschen als unausweichliche Tatsachen stellen: die Auseinandersetzung mit der Welt, ihren Fakten und Möglichkeiten; mit dem Leben, das sich in Beziehungen und Emotionen zeigt; mit sich selbst als Person in seiner Einmaligkeit und Einzigartigkeit; mit der steten Veränderung, dem Werden und der Zukunft. Durch ihr ständiges Zugegensein und ihre Anforderung mutieren diese existentiellen Grundbedingungen zu „Grund-Motivationen“. Sie stehen hinter allen anderen Motivationen des Menschen.

Die Zuordnung der Beziehungsformen zu diesen Grundmotivationen kann zu einer größeren *Übersicht* verhelfen und eine gewisse *Systematik* in die Beziehungsformen bringen. Im folgenden sind jene relevanten Inhalte aus den Grundmotivationen angegeben, die im Zusammenhang mit den jeweiligen Beziehungsformen von Bedeutung sind:

1. Grundmotivation:
Beziehung → sieht den Menschen mehr in seinem *Dasein*
Kontakt → sieht den Menschen mehr in seinem *Informationsaustausch*
2. Grundmotivation:
Liebe → sieht den Menschen mehr in seinem *Wertsein*
Bindung → sieht den Menschen mehr in der *Festigkeit* seiner Beziehung
Symbiose → sieht den Menschen in der gegenseitigen *Unterstützung* für das Leben
3. Grundmotivation:
Begegnung → sieht den Menschen mehr in seinem *Sosein* und als *Person*
Rapport → sieht den Menschen mehr in seinem *Antreffen-Können* als Person
4. Grundmotivation:
Verhältnis → sieht den Menschen mehr in seinem *Kontext*

Tab. 1: Die Beziehungsformen und ihre existentiellen Themen

11. Unterschiede zwischen Therapie und Freundschaft

Es mag hilfreich sein, den Unterschied zwischen Therapie und Freundschaft nochmals eigens herauszuheben. Es sollen dabei ohne Anspruch auf Vollständigkeit einige wichtige Punkte herausgehoben werden:

1. *Ziel/Kontext:* Therapie/Beratung sind um eine Aufgabe bzw. ein Thema des Patienten/Klienten zentriert (entspricht der 4. Grundmotivation). – In der Freundschaft hingegen geht es immer um beide.

2. Das spezifische *Setting* unterstreicht den Rahmen der Aufgabenstellung (der Arbeit) und erleichtert das Aushalten-Können (entspricht der 1. Grundmotivation).

3. Entsprechend geschieht die *Wahl* des Therapeuten/Beraters wegen seiner fachlichen (und menschlichen) Kompetenz und seines Könnens (entspricht der 1. Grundmotivation), weniger wegen gemeinsamer Interessen und Sympathien.

4. *Anlaß* für Therapie/Beratung ist eine Diagnose, ein Leiden, ein Problem (Beziehungsaufnahme – Thema der 2. Grund-

[5] Dabei ist anzufragen, ob der Begriff Symbiose hier treffend verwendet wird: lebt die Mutter wirklich aus der Kindesbeziehung? – Diese Anfrage berührt nicht die Verwendung des Begriffs zur Beschreibung von spezifischen Beziehungsformen, wo es zum Verschmelzen und Aufgeben der Ich-Grenzen kommt.

motivation). – Anlaß für Freundschaft ist die Sympathie.

5. Damit bestehen auch spezifische *Erwartungen* und *Zielvorstellungen*, besonders von seiten des Patienten.
6. Die *Kommunikation* verläuft asymmetrisch in Therapie/Beratung und öffnet sich nicht dem Privaten. Die *Begegnung* des Patienten/Klienten geschieht am Thema, abgegrenzt, schamvoll und respektierend, in belassender und eingehaltener Distanz (entspricht der 3. Grundmotivation).
7. Im therapeutischen Dialog herrschen die drei *Kriterien nach Rogers* (Echtheit, unbedingte Wertschätzung, Empathie).
8. Der Therapeut/Berater ist *nicht als privater Mensch* von der Problemsituation des Patienten/Klienten betroffen (z.B. von seiner Scheidung), sondern er kommt von außen dazu, was ihn freier und objektiver sein läßt. Das erleichtert dem Patienten/Klienten das Sprechen, da er seinen Gesprächspartner nicht persönlich belastet, und verleiht dessen Interventionen vielleicht auch mehr Glaubwürdigkeit.

M. Buber (1961, 106) gab einmal eine treffende Beschreibung für die Haltung in helfenden Berufen:

„In der *bloßen Fürsorge* bleibt der Mensch, auch wenn er von stärkstem Mitleiden bewegt wird, wesentlich bei sich ... er erschließt dem anderen nicht sein Selbst ... er, geht' ... ‚auf den anderen ein', aber er begehrt nicht, daß der andere auf ihn eingehe." (Unterstreichung hinzugefügt)

12. Kriterien einer guten Beziehung

In einer guten Beziehung sind die Kriterien der vier Grundbedingungen der Existenz enthalten. Erst dann ist Beziehung erfüllend und steht auf einer breiten Basis. Als Charakteristikum einer guten Beziehung kann daher gelten:

1. *Dasein* für den anderen;
2. *Fühlen*, daß es einem nicht gleichgültig ist, wie es dem anderen geht und was er tut;
3. ihn *sehen* und freigeben in seinem Selbstsein, ihn darin schätzen und das eigene Selbstsein daneben leben können;
4. in einem gemeinsamen *Kontext* stehen, der beide angeht und sie verbindet.

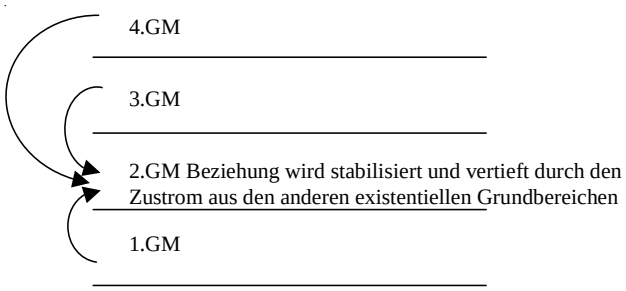


Abb. 5: Der Schwerpunkt der Beziehung liegt in der zweiten Grundmotivation (GM) und wird durch den Zustrom aus den anderen GM verstärkt. Das macht die Beziehung zur „guten", existentiell tragfähigen Beziehung.

Jede beziehungsfördernde Haltung ist daher

1. annehmend
2. zuwendend
3. achtend
4. entwicklungsfördernd

Das gilt im besonderen für die therapeutische Haltung, die dadurch existentiell tragfähig wird.

Literatur

Buber M (1961)Das Problem des Menschen. Heidelberg: Lambert Schneider

Buber M (1973) Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider

Frankl V (1982)Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke

Fromm E (1982) Die Kunst des Liebens. Frankfurt: Ullstein

Hochgerner M, Wildberger E (Hrsg) (1992) Frühe Schädigungen – späte Störungen. Beiträge aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen. Wien: Facultas

Längle A (1987) Was will die Liebe? Ein existenzanalytischer Beitrag. In: KIGA, Berufsgruppe Kindergärtnerinnen, (Graz) Nr. 23, 1987, 9-11

Längle A (1993)Personale Existenzanalyse. In: Längle A (Hrsg) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE 1+2, 7. Wien: GLE, 133-160

Längle A (1999a) Existenzanalyse – Die Zustimmung zum Leben finden. In: Fundamenta Psychiatrica 12, 139-146

Längle A (1999b) Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 18-29

Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse" (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas, 9-37

Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16,1, 1-8

Mahler MS, Pine F, Bergmann A (1975/1980) Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation. Frankfurt/M.: Fischer

Peinhaupt W (1990) Die Bedeutung des Begriffes „Begegnung" für die Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung der Existenzanalyse und Logotherapie. Wien: unveröffentl. Dipl.-Arbeit der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität

Piper J (1977) Über die Liebe. München: Kösel, 4°

Scheler M (1980) Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Bern: Francke, 6°

Stübner L B (2001) Therapy use of the therapist's self in Ericksonian Psychotherapy. In: M.E.G.a.Phon Nr. 34, 37 -39

Swildens H (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG

Wolfram E (2000) Symbiose. In: Stumm G, Pritz A (Hrsg) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer

Anschrift des Verfassers:
DDr. Alfried Längle
Ed. Sueß-Gasse 10
A- 1150 Wien
alfried.laengle@existenzanalyse.org

Über das Phänomen der Übertragung

Klaus Farkas

Übertragungssituationen treten in psychotherapeutischer Arbeit immer wieder auf. Der Artikel geht der Frage nach, woher der Begriff „Übertragung“ eigentlich stammt und wie das Phänomen im Licht existenzanalytischer Theorie und gesprächspsychotherapeutischer Theorie zu verstehen ist.

Schlüsselwörter: Übertragung, Tiefenpsychologie, Existenzanalyse, klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

1. Vorbemerkung

Der folgende Abschnitt des Artikels ist als ein historischer Rückblick auf Freuds analytisches Arbeiten zu verstehen, wobei die komplexe Weiterentwicklung bzgl. des Übertragungsgeschehens innerhalb der analytischen Bewegung nur angedeutet wird; er bezieht sich nicht auf die aktuelle Entwicklung der psychoanalytischen Theorie und der „Selbst-Psychologie.“

Das Phänomen der Übertragung, das im Therapieverlauf auftaucht, wird von Freud erstmals in den *Studien zur Hysterie* (1895) erwähnt; genauer beschrieben wird es in der Fallgeschichte *Dora*, die 1905 publiziert wurde. Weiters gibt es drei Schriften, die Freud ausschließlich diesem Thema gewidmet hat: Der Aufsatz *Zur Dynamik der Übertragung* (1912), *Bemerkungen über die Übertragungsliebe* (1915), und die 27. Vorlesung *Die Übertragung* (1916).

1.1. Die „Entdeckung“ des Phänomens: Wenn sich das Verhalten eines Patienten auf einmal ändert ...

Die Entdeckung der Übertragung ist mit einer Änderung von Freuds Behandlungsweise verbunden. Ab 1895 ersetzte er nach und nach die Technik der Hypnose mit der der freien Assoziation, was zur Folge hatte, dass die Therapiestunden die Gestalt eines analytischen Gesprächs annahmen. Die Entdeckung der Übertragung ergab sich überraschend als eine Folge der Anwendung seiner neuen Technik; darauf kommt Freud in Zusammenhang mit der Schilderung von Therapieverläufen zu sprechen.

Zunächst begibt sich ein Patient[1] in Behandlung, um von einem psychischen Leiden befreit zu werden; die Beziehung zwischen Arzt und Patient scheint von Anfang an klar zu sein, das gemeinsame Ziel ist die Linderung bzw. Heilung seines Leidens. Er bringt dem Arzt Vertrauen und Offenheit entgegen, erzählt gerne, was in seinem Inneren vorgeht, und ist zur Auseinandersetzung mit seiner Vergangenheit bereit; zwischen Arzt und Patient herrscht gutes Einvernehmen und der Krankheitszustand bessert sich deutlich. Der analytische Prozess entwickelt sich positiv, der Patient ist von den Einsichten begeistert, die er durch die Analyse gewinnt; dankbar nimmt er alle neuen Anstöße zur Auseinandersetzung an, die ihm die Deutungen des Analytikers bieten.

Entscheidend für die Entdeckung dessen, was Freud Übertragung nennt, ist nun, dass der Patient sein Verhalten (das man heute wohl als „compliant“ bezeichnen würde) nach einiger Zeit verändert. Er will auf einmal nicht mehr über seine Vergangenheit sprechen oder über ein vom Arzt eröffnetes Thema, sondern ist mit Gefühlen und Gedanken beschäftigt, die den Arzt persönlich betreffen. Positive oder negative Gefühle dem Arzt gegenüber stehen im Raum und beherrschen die Situation. Allerdings gibt es für diese Gefühle, lt. Freud, in der Arzt-Patienten-Beziehung keine reale Ursache. Wie kommt es dazu, dass Zu- oder Abneigung dem Arzt gegenüber mehr Bedeutung erlangen als das gemeinsame Betreiben der Analyse? Was ist der Grund dafür, dass sich das positive Miteinander-Arbeiten allmählich oder plötzlich verändert, dem Patienten auf einmal nichts mehr einfällt und starker Unwille, sich mit seinem eigenen Leben zu beschäftigen, an dessen Stelle tritt?

1.2. Freuds Verständnis des Übertragungsphänomens

Freud reagierte auf das Auftauchen des Phänomens zunächst negativ; es zeigte sich als ein störender Faktor im Prozess der Analyse, im kontinuierlichen Aufarbeitungsprozess der Vergangenheit. Er empfand das Auftreten der Übertragung als störend, weil er selbst in der gegenwärtigen Situation zwischen sich und dem Patienten keinen Grund für die Entstehung solcher Emotionen sah. Er musste zur Kenntnis nehmen, dass er auf einmal für seine Patienten nicht nur ein Arzt war, der mit ihnen die Analyse betrieb, sondern als ihr idealisierter Vater angesehen wurde, ihr Erlöser, ihr vollkommener Liebhaber, oder, im negativen Fall, als ihr Verfolger, der ihnen in irgendeiner Weise schaden wollte.

Das Problem war, dass Patienten auf einmal seine Liebe oder Zuneigung und eine Beziehung zu ihm wollten, anstatt die Analyse mit ihm als ihrem Arzt fortzusetzen. Freud war über diese Wünsche und Gefühle sehr erstaunt (er fand, sie hätten sowohl eine komische als auch eine peinliche Seite); einerseits, weil ihn das Ignorieren der Realität seitens der Patienten beeindruckte (da sie ihn doch bewusst in der Funktion des Arztes aufgesucht hatten und er außerdem privat sowohl Familienvater als auch „in festen Händen“ war), andererseits, weil er der Ansicht war, dass die einzig „berechtigte“ Emotion seiner Patienten ihm als Arzt gegenüber eine gewisse Dankbarkeit sei – nicht mehr und nicht weniger, als ein Patient einem Chirurgen nach gelungener Operation entgegenbrächte (Freud verglich die analytische Tätigkeit gerne mit der Chirurgie, bei der zentral ist, dass eigene Emotionen beiseite geschoben werden, um das Ziel mittels einer angewandten Technik möglichst unbeirrt und geradlinig erreichen zu können).

Da er nicht einfach hinnehmen woll-

[1] Der einfacheren Lesbarkeit zuliebe wird das generische Maskulinum verwendet.

te, dass die Analyse entweder durch positive bzw. erotische Gefühle und damit verbundenem Beziehungswunsch, oder durch Feindseligkeiten ihm gegenüber, abgebrochen werden musste, setzte er sich mit dem Zustandekommen dieser Situation auseinander, um einen Weg zu finden, die Analyse trotz des aufgetretenen Phänomens fortsetzen zu können. Denn in beiden Fällen, im negativen und im positiven, stand die „Gefahr“ des Therapieabbruchs im Raum (bei der negativen Übertragung war das auch meistens nicht zu verhindern). Doch wie war es möglich, die Patienten, die jetzt Beziehung statt Therapie und Liebe statt Wissen wollten, wieder zur analytischen Auseinandersetzung zu motivieren, und v.a., was war der Grund für die veränderte Situation?

Freud nahm die entstandenen Gefühle schließlich als unvermeidlich auftretende Tatsache zur Kenntnis und nannte sie „Übertragungen“. Da er voraussetzte, dass diese in der bestehenden Beziehung zwischen Arzt und Patient keine reale Ursache haben konnten, suchte er sie ausschließlich in der Vergangenheit seiner Patienten, aus der heraus sie Gefühle und Gedanken in die gegenwärtige Situation hinein übertrugen. Er begründete diese Theorie auch damit, dass es sich deswegen nicht um situationsgerechte Gefühle handeln konnte, da es aufgrund des besonderen Vertrauensverhältnisses, das zwischen ihm und Patienten herrschte, es diesen sogar leichter als im „normalen“ Leben fallen müsste, ihm die Gefühle mitzuteilen und vertrauensvoll darüber zu sprechen. Diese Gelegenheit nahmen die Patienten aber nicht wahr, sondern es kam im therapeutischen Prozess zu einer Stockung, die sich als Widerstand erwies. Demnach waren es nicht die Emotionen an sich, die Freud zur Interpretation derselben als Widerstand bewegten, sondern das hartnäckige Verschweigen derselben bzw. das starke Drängen zu sofortigem Umsetzen der Wünsche, ohne darüber reflektieren zu wollen (bzw., wie es schien, eben gar nicht zu können!).

Weiters bemerkte Freud, dass solche Gefühle auch schon vorher, bevor sie die Analyse zum Stillstand brachten, (wenn auch in gemäßigter Form) vorhanden waren; aber da dienten sie eher als Antriebsfeder für die Therapie, bewirkten ihm gegenüber Vertrauen und Offenheit und förderten die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit sich selbst. Wie begründet Freud nun das Vorhandensein bzw. Zustandekommen solcher Emotionen?

Übertragungserlebnisse gehören im Allgemeinen zum menschlichen Erleben dazu – jeder Mensch trägt unbewusstes und bewusstes „Übertragungsmaterial“ in sich und wendet es selbstverständlich jedem Menschen zu, dem er begegnet. Es hat seinen Ursprung darin, dass jeder Mensch grundsätzlich eine Fülle libidinöser Strebungen hat, von denen jedoch nur ein Teil die volle psychische Entwicklung durchgemacht hat. Das bedeutet, dass nur ein gewisser Anteil dieser Strebungen dem bewussten Umgang zur Verfügung steht und dass andere Anteile entweder ganz im Unbewussten verblieben sind oder sich nur in der Phantasie ausbreiten konnten. Wenn nun jemand bei einer Begegnung mit einem anderen bestimmte Übertragungsinhalte „berührt“, bewirkt das entsprechende Gefühle; somit sind Übertragungen und damit verbundene Erwartungsvorstellungen die Ursache dafür, dass wir einem Menschen Interesse oder Desinteresse entgegenbringen bzw. uns in jemanden verlieben.

Der Grund dafür, dass positive Übertragungsgefühle plötzlich den analytischen Prozess nicht mehr fördern sondern bremsen, liegt darin – so Freud – dass sie, wie schon erwähnt, in den Dienst des Widerstandes gestellt werden; die Psyche verstärkt sozusagen die (vorher gemäßigt vorhandenen) Übertragungsgefühle, damit bestimmte Inhalte des Unbewussten nicht berührt werden können. Das Beziehungsbedürfnis zum Arzt erscheint somit als psychisch inszeniertes Ablenkungsmanöver, damit gewisse Inhalte nicht aufgedeckt werden können. Was sich hinter dem Übertragungsphänomen verbirgt, sind pathogene Konflikte, die zwar zu einem Ausagieren der damit verbundenen psychischen Spannung drängen, aber dem Bewusstsein und Erinnerungsvermögen nicht zugänglich sind. Der Unterschied zwischen pathogener und nicht pathogener Konfliktbewältigung besteht darin, dass beim Gesunden das Bewusstsein Anteil daran hat, somit eine Entscheidung zwischen Ausleben und Nicht-Ausleben möglich ist. Beim Kranken ist die Verdrängung so stark, dass nichts von Inhalten ins Bewusstsein dringen kann, und der Patient somit auch nicht die Möglichkeit hat, sich für oder gegen das Ausleben einer Strebung zu entscheiden. Warum ist das so?

Es handelt sich dabei lt. Freud um Strebungen, die ins Unbewusste verdrängt werden mussten, weil ihnen Befriedigung versagt wurde. Damit dieses Versagungsleid nicht wieder erlebt werden muss, hält die Psyche es dem Bewusstsein fern. (Es kann sich auch um zu reiz-intensive Erlebnisse handeln, um ein Trauma oder um zu bedrohliche Aggression.) Damit dennoch zumindest eine Reizregulierung stattfinden kann, wenn so ein Inhalt berührt wird, drängt die Psyche den Patienten zu einer Aktion, zu einem Ausagieren der psychischen Kräfte. Das Agieren bewirkt zwar ein spannungsreduzierendes Erleben, aber das dahinter stehende psychische Leid wird nicht bewältigt. Das heißt natürlich auch, dass, wenn sich ein Therapeut zum Mit-Agieren verleiten lässt, es zu keiner Heilung des pathogenen Konfliktes kommen kann. Somit muss der Patient vor die Wahl gestellt werden, entweder die Erinnerungsarbeit wieder aufzugreifen oder die Analyse abzubrechen – für den Analytiker beginnt hier die Arbeit am Widerstand. In dieser Situation besteht also die Gefahr, dass der Patient wieder „Opfer“ seines innerpsychischen Geschehens wird, das ein Bewusstmachen des krankmachenden Erlebnisses verhindert. (Und der Therapeut muss darauf achten, sich nicht mitreißen zu lassen.) Dies zeigt sich auch deutlich am sog. Wiederholungszwang, auf den Freud auch in Zusammenhang mit der Übertragung zu sprechen kommt: Immer wieder wiederholte, agierte Verhaltensweisen kommen im Übertragungsphänomen zum Vorschein; der Patient merkt, dass es ihn zu einem gewissen Verhalten drängt, kann aber nicht behaupten, dass er es wirklich will – sofern er das überhaupt schon realisiert. (Dass ins Unbewusste verdrängte Erleben kann sich immer nur neu reproduzieren, weil es nicht ins Bewusstsein

vordringen kann und somit keiner Aufarbeitung zugänglich ist.) Der Wiederholungszwang zeigt sich z.B. auch darin, dass Kinder immer wieder eigentlich unlustvoll erlebte Szenen spielen, oder in sogenannten selbstbereiteten Schicksalsschlägen und in immer wiederkehrenden unangenehmen Träumen. Dies scheint zwar dem Lustprinzip zu widersprechen, aber angesichts dessen, dass es sich um Ereignisse handelt, die zu viele Reize beinhaltet haben, als dass sie die Psyche bewältigen hätte können, wird durch dieses psychodynamische Ausagieren zumindest eine Spannungsreduktion erreicht. Nur durch Erinnern der Ursprungsszene und deren Durcharbeitung kann sich der Wiederholungszwang lösen. (Später bekam der Wiederholungszwang im Rahmen von Freuds „Eros/Thanatos- Theorie" eine Bedeutung, die ihn v.a. in Zusammenhang mit dem Todestrieb in Verbindung stehend beschrieb; die Bedeutung der Reizregulierung trat in den Hintergrund.)

Wie soll der Analytiker laut Freud mit der Übertragungssituation umgehen?

Freud hebt seine Weise, mit der Übertragung umzugehen, von vier Umgangsformen ab, die lt. seiner Aussage ungeeignet und daher *nicht* zielführend sind:

1. Dem Klienten gegenüber eine Aufforderung zu Verzicht und Sublimierung aussprechen:

„Gegen Leidenschaften richtet man mit sublimen Redensarten bekanntlich wenig aus. Die Patientin wird nur die Verschmähung empfinden und nicht versäumen, sich dafür zu rächen." (Köhler 1993, 289) Hier weist Freud darauf hin, dass es illusionär ist zu glauben, man könne bei starker Präsenz triebhafter Regungen mit der Aufforderung zur Einsicht etwas ausrichten; außerdem weist er darauf hin, dass die willentliche Unterdrückung kontraproduktiv hinsichtlich des therapeutisch aufdeckenden Vorgehens wäre.

2. Dem Klienten „auf halbem Weg entgegenkommen" und einen „Mittelweg" zwischen Erwiderung und Versagung der Übertragungswünsche beschreiten:

D.h. einerseits Gefühle zu erwidern und andererseits „körperlicher Betätigung" auszuweichen, bis sich die Situation beruhigt hat. Hiervon rät Freud ab, da die Analyse auf Aufrichtigkeit und Wahrhaftigkeit aufgebaut ist und somit mit einer Art „Scheinerwiderung" von Gefühlen nicht vereinbar ist.

3. Auf den Wunsch eingehen:

Laut Freud bedeutet das, dem Einfluss, den eine Behandlung auf den Klienten haben kann, ein Ende zu setzen und kommt dem Abbruch des therapeutischen Prozesses gleich. In diesem Fall würde zwar die Klientin ihr momentanes Ziel erreichen und durchsetzen können, der Therapeut aber könnte sein Ziel dann vergessen; was sich dann zwischen Arzt und Patientin abspielt, erläutert Freud anhand einer Anekdote („Der Pastor und der Versicherungsagent"): Angehörige eines schwerkranken Versicherungsagenten lassen einen Pastor zu ihm kommen, der ihn noch vor seinem Tod bekehren soll. Was sich aber ereignet, ist, dass der Pastor versichert aus dem Sterbezimmer kommt ...

Der Analytiker hat aufgrund der besonderen Position, die ihm durch die Situation der Analyse zukommt, ein außergewöhnliches Machtverhältnis bezüglich des Zugangs zu Gefühlen der Patienten, das um des eigenen Lustgewinns willen auszunützen moralisch nicht vertretbar wäre. Allerdings sind es nicht primär moralische Bedenken, die Freud dazu bewegen, den Arzt zum Nicht-Erwidern der Gefühle aufzufordern. Vielmehr ist es das bedenkliche, weil unprofessionelle, Beiseiteschieben des therapeutischen Zieles und die damit verbundene Verwirrung, die in der Folge für die Patienten entstünde. Dieses Geschehen vergleicht Freud mit dem Ereignis eines Hunderennens, während dessen jemand, wenn sich die Tiere mitten auf dem Weg befinden, plötzlich eine Wurst auf die Bahn wirft. Die Hunde fallen sogleich über sie her und vergessen die eigentlich erst im Ziel winkenden Würste; die bisher geleistete Arbeit würde zunichte gemacht, eine Phase der Verwirrung und momentanen Zufriedenstellung wäre die Folge, sowie die Notwendigkeit, noch einmal zum „Start" zurückzugehen und von vorne zu beginnen.

4. Den Patienten auf das Erscheinen der Liebesübertragung vorbereiten:

Bzw. ihn aufzufordern, sich in den Arzt zu verlieben, damit die Analyse vorwärts gehe; diese Vorgehensweise findet Freud am unsinnigsten, da man dem Phänomen damit die Spontaneität raubt, wodurch nur weitere Schwierigkeiten entstehen.

Der einzige verbleibende Weg, damit umzugehen ist, lt. Freud, die Übertragung zum Thema der Analyse zu machen und so dem Patienten die Gelegenheit zu geben, das Lustprinzip zu überwinden und dadurch mehr seelische Freiheit zu erringen. Der Ausweg aus der Übertragungssituation ist, den Patienten in die Vergangenheit zurückzuführen und zu bergen, wie er sie wirklich erlebt bzw. mit seiner Phantasie gestaltet hat. „Und dies erfordert beim Analytiker viel Geschick, Geduld, Ruhe und Selbstverleugnung." (Köhler 1993, 291) Und: „Triumph der Kur" ist, „wenn es gelingt, etwas durch die Erinnerungsarbeit zu erledigen, was der Patient durch eine Aktion abführen möchte. " (Köhler 1993, 297)

Kurze Bemerkung zur Gegenübertragung:

Als Gegenübertragung bezeichnet Freud alle nicht genau definierten Verhaltensweisen und Wünsche des Analytikers in der Übertagungssituation. Der Analytiker soll diese durch Selbstanalyse erkennen und bewältigen; sie stellt sich durch den Einfluss des Patienten auf das unbewusste Fühlen des Arztes ein. Durch möglichst sorgfältige Selbstanalyse soll die unbewusste Gegenübertragung möglichst gering gehalten werden. Es ist nicht leicht, die Belange eines Patienten in den Mittelpunkt zu stellen und gleichzeitig die Verantwortung für die notwendigen Versagungen und das Einhalten von Grenzen zu übernehmen. Was mit dieser Vorgehensweise allerdings erreicht werden soll, ist „für den Kranken das größte Ausmaß von Hilfeleistung, das uns heute möglich ist" zu erlangen (Köhler 1993, 291).

1.3. Hinweise zur weiteren Entwicklung der Theorien zur Übertragung innerhalb der analytischen Bewegung

Die Sicht des Übertragungsphänomens hat sich natürlich auch innerhalb der analytischen Bewegung ver-

ändert und weiterentwickelt. So hat z.B. C. G. Jung die Bedeutung von in der Kindheit verdrängten Strebungen für die Übertragung dadurch erweitert, dass er in ihr auch die Bezogenheit des Menschen auf Archetypen in den Blick nahm, die aus seiner Sicht vor allem für Therapien in der zweiten Lebenshälfte relevant wurden und von ihm als gewichtiger eingeschätzt wurden als die Erlebnisse der Kindheit.

Außerdem entwickelten sich ab den fünfziger Jahren sog. Objektbeziehungstheorien: Sie erweiterten den analytischen Blick von einem isoliert betrachteten Individuum und dessen innerpsychischem Geschehen auf die Qualität der Beziehungen, in denen ein Mensch aufwuchs. Die Thematik der notwendig liebevollen und als sicher erlebten Mutterbindung bzw. die Beziehungsentwicklung zu den ersten Bezugspersonen rückte immer mehr in den Vordergrund. Für Freud war ein „Objekt" vorrangig das, worauf sich die Libido eines Menschen richtete; die Objektbeziehungstheorien befassten sich dann eher mit dem Beziehungsgeschehen, das sich zwischen verschiedenen Objekten ereignet. (Trotz der verschiedenen zugrundeliegenden Theorien kann man eine gewisse Annäherung an das dialogische Denken beobachten, das der existenzanalytischen Theorie zu eigen ist.)

Neben den verdrängten pathogenen Konflikten erkannte man auch andere Faktoren, die für das Entstehen von Übertragungsgefühlen wichtig zu sein scheinen, z.B. wenn Patienten in der Therapie manche Gefühle *erstmalig* erfahren, weil sie ihren Eltern gleichgültig waren oder diese sich ihnen gegenüber ablehnend verhalten haben. Außerdem unterschätzte Freud wohl, wie viel es (v.a. psychisch leidenden Menschen) bedeuten kann, dass jemand regelmäßig für sie da ist, ihnen zuhört und ihnen seine Aufmerksamkeit schenkt.

Aus Bemerkungen von Sergej Pankejew, einem Russen, der als sog. „Wolfsmann" in die Fallgeschichten Freuds einging (und der noch im Alter von 87 Jahren ein Interview gab, in dem es um seine Klientenbeziehung zu Freud ging), geht hervor, dass die eben genannten Faktoren für das, was den Genesungsprozess ausmachte, wichtiger waren als alle seine theoretischen Ausführungen, denen Pankejew im Nachhinein nicht mehr viel Glauben schenkte. Trotzdem behielt er Freud als ein Genie im Gedächtnis, das auf beeindruckende Weise bemüht war, ihm zu helfen.

1.4. Übertragung – ein Begriff der Tiefenpsychologie

Der Begriff „Übertragung" ist, wie oben beschrieben, im Kontext tiefenpsychologischer Theoriebildung und Arbeitsweise in die psychotherapeutische Tätigkeit eingegangen: Freud hat vorausgesetzt, dass es ein Unbewusstes gibt, in das psychische Inhalte verdrängt werden können. Er erforschte die psychodynamischen Kausalitäten innerhalb des sog. „psychischen Apparates", der aus dem Unbewussten, Vorbewusstsein und Bewusstsein besteht; was das Übertragungsphänomen angeht, waren für Freud lediglich jene psychischen Inhalte von Interesse, die so stark ins Unbewusste verdrängt worden waren, dass sie mit dem Bewusstsein nicht in Berührung kommen konnten. (Um das zu verdeutlichen, verwendete Freud gerne das Bild von einem Eisbären und einem Walfisch, die, von einer Eisdecke getrennt, nicht zueinander finden können.) Das Mittel, mit diesen Inhalten in Kontakt zu kommen, ist die Deutung, durch die der Patient an den Ursprung der Störung herangeführt werden soll.

Der Mensch wurde somit als zweidimensionales Wesen in den Blick genommen (Körper und Psyche), woraus sich die Ansicht ergab, dass das psychische Geschehen erforschbar und dessen Kausalitäten rekonstruierbar sein müssen – Freuds Sicht und Umgangsweise mit dem Übertragungsphänomen sind davon stark geprägt. Die zweidimensionale Sicht wirkt sich auch auf die Betrachtung der Motive aus, um derentwillen Menschen miteinander in Beziehung treten, denn dadurch steht der Nutzwert für die jeweilige psychody-namische Entwicklung im Vordergrund. Das In-Beziehung-Treten um des anderen willen, im Sinne des Eigenwertes, kommt in diesen theoretischen Überlegungen nicht vor; ihr Ausgangspunkt und Endpunkt ist das in sich abgeschlossene Individuum.

Das Bild vom Menschen, das damit verbunden ist, kann, wie ich meine, mit dem des englischen Philosophen Thomas Hobbes (1588–1679) verglichen werden: Er beschreibt den ursprünglichen Zustand der Menschheit als einen Kampf aller gegen alle, in dem es jedem Einzelnen um seine Selbsterhaltung geht; da er irgendwann eingesehen hat, dass dieser Zustand unhaltbar ist, hat er eingesehen, dass er sich, um seiner selbst willen, mit den anderen ver-tragen muss (Vertragsbildung), wodurch es schließlich zu Gemeinschafts- und Staatenbildung gekommen ist, in der der Mensch notgedrungen soziales Verhalten entwickelt; ursprünglich ist er aber als ein rücksichtsloses, egoistisches Individuum anzusehen.

Außerdem hatte wohl das spezielle Setting der Analyse (Couch und Blickfeld) einen Einfluss darauf, dass und in welcher Intensität Übertragungsgefühle und -gedanken aufgetreten sind: Denn das Bedürfnis nach personalem Austausch mit einem konkreten Gegenüber muss in den Hintergrund treten, womit die Frage auftaucht, ob sich, wenn Psychotherapie *begegnenden* Charakter hat, eine Übertragung überhaupt bzw. so stark entfalten kann. (Vielleicht war das Phänomen ja daran gebunden, dass in einem Gespräch kein Blickkontakt vorhanden war, und würde dann nicht bzw. schwächer auftauchen, wenn dieser in einem anderen Setting gegeben wäre.)

Der Begriff „Übertragung" hat seinen „Ort" in den Theorien von Freud gefunden – dies könnte zur Annahme verleiten, dass sich der Begriff innerhalb anderer Theorien erübrigt, da die für das Entstehen und den Umgang mit dem Übertragungsphänomen wichtigen Aspekte (Theorie, Setting und Deutung) in anderen Therapierichtungen (mit anderen Theorien und Menschenbildern) nicht gegeben sind.

Jedoch hat es Freud auch selbst als allgemein menschlich bezeichnet, wodurch es wiederum für alle Richtungen eine gewisse Bedeutung erlangt.

2. Der Begriff der Übertragung in der Existenzanalyse

Um den Begriff in die Theorie der Existenzanalyse übernehmen zu können, ist es wichtig, sich ihr Menschenbild, das sich von dem der Psychoanalyse wesentlich unterscheidet, vor Augen zu führen: Der Existenzanalyse liegt ein

„dreidimensionales“ Verständnis vom Wesen des Menschen zu Grunde, das ihn aus Körper, Psyche und Geist bestehend beschreibt (Längle 1998, 240f.). Das ist auch bei der Betrachtung des Übertragungsphänomens bedeutungsvoll – dieses ist zwar primär Ausdruck der Psychodynamik eines Menschen; diese ist aber wiederum niemals isoliert, losgelöst von der Körperlichkeit und dem Personsein eines Menschen vorhanden.

Daher ist es aus existenzanalytischer Sicht nicht möglich, sowohl den Begriff *Beziehung* als auch den Begriff *Begegnung* letztlich auf ein Übertragungs-Gegenübertragungsgeschehen zurückzuführen; das ist nur möglich, wenn man sich menschliche Beziehung und Begegnung als erforschbares psychodynamisches Geschehen vorstellt – hierbei wird man aber der Unobjektivierbarkeit des Personseins nicht gerecht. (Dies hat auch Frankl immer wieder betont).

Aus psychoanalytischer Sicht ist „Übertragung“somit ein sehr weiter Begriff, der für jegliche Art menschlicher Beziehung wesentlich ist und sich eben auch als problematisch (bes. in einer therapeutischen Beziehung) erweisen kann.

Aus existenzanalytischer Sicht liegt es nahe, „Übertragung“ von *„Verstehenszusammenhängen“* zu unterscheiden:

Jeder Mensch entwickelt seine persönlichen Verstehenszusammenhänge, in deren Licht er die Welt, die Mitmenschen und sich selbst wahrnimmt und aus denen heraus er in die Zukunft blickt. Da sie sich in und durch unsere Vergangenheit bilden und wir niemals ohne Bezug auf unsere Vergangenheit und Gewordenheit existieren, prägen sie natürlich jede gegenwärtige Erfahrung, „kleiden“ sie gewissermaßen ein. Wichtig dabei ist, dass darin immer auch persönliche Stellungnahme und Ausdrucksverhalten enthalten sind, die auf die noetische (geistige) Dimension des Menschseins zurückzuführen sind. Die jeweiligen Verstehenszusammenhänge sind auch in einer Therapeuten-Klienten-Beziehung bedeutungsvoll und können den therapeutischen Dialog erleichtern oder erschweren und somit auch zu Auseinandersetzungen führen. (Ohne gleich ein Übertragungsgeschehen darin erkennen zu müssen, das in kausale Zusammenhänge auflösbar wäre).

Von Übertragung zu sprechen erscheint mir aus existenzanalytischer Sicht dann als geeignet, wenn sich ein bestimmtes *psychodynamisches Geschehen* – in Form einer *Generalisierung* von Vorerfahrungen – in den personalen Dialog „drängt“ und diesen so bestimmt, dass das Gegenüber sich wie in einer „Rolle“ und sich somit nicht persönlich gemeint fühlt. Eine Übertragung (oder Gegenübertragung) engt den Anderen ein und verleitet zu impulshaftem Verhalten und Ausagieren der Situation.

Zentral dabei ist, dass der „Adressat“ der Übertragung „nicht stimmt.“ Ein Therapeut muss in der Lage sein, dies aufzugreifen und ggf., wenn notwendig, den „richtigen Adressaten“ der Übertragung ausfindig zu machen, um in den personalen therapeutischen Dialog zurückkehren zu können.

Übertragung meint somit aus existenzanalytischer Sicht ein begegnungs-verhinderndes Geschehen – sie kann sich in einer Begegnung sozusagen zwischen zwei Personen schieben und so den personalen Austausch sogar unmöglich machen.

2.1. Die Personale Existenzanalyse (PEA) und das Übertragungsphänomen

Die PEA, die von A. Längle Ende der achtziger Jahre entwickelt wurde (Längle 1993), stellt die zentrale Prozess – Methode der Existenzanalyse dar. Sie beschreibt den Personalen Vollzug der Existenz, der im dialogischen Austausch mit der Welt besteht, in drei Schritten: in Eindruck, Stellungnahme und Ausdruck. Das Eindruckserleben beinhaltet das unmittelbare Gefühl, das sich einstellt, sowie den damit verbundenen spontanen Handlungsimpuls; der phänomenale Gehalt bedeutet das, was einem ein Phänomen persönlich sagt und bildet zugleich die Basis für den Prozess der Stellungnahme, in dem das Erleben des Eindrucks in die gesamten Wertbezüge der Person integriert wird. Er ist Voraussetzung für einen authentischen und sinnvollen Ausdruck, der im tätigen Sich – Einbringen in die Welt besteht. (Zur ausführlicheren Darstellung der PEA sei auf den Tagungsbericht „Praxis der Personalen Existenzanalyse“ verwiesen).

Grob gesehen ist eine Übertragung, wenn sie einen „Ort“ im Schema der PEA finden soll, primär dem Bereich des Eindrucks zuzuordnen – denn sie wird durch ein Eindruckserleben „hervorgerufen.“ (Z.B. durch gewisse verbale oder nonverbale Äußerungen oder Verhaltensweisen eines Therapeuten oder eines Klienten).

Übertragungen ziehen schließlich ein coping – haftes Verhalten nach sich und verhindern authentische Stellungnahme und Ausdruck in einer bestimmten Situation.

Da die Existenzanalyse (und somit auch die Methode der PEA) prinzipiell begegnenden Charakter hat, und – wie weiter oben erwähnt – Begegnung und Übertragung einander in gewisser Weise ausschließen, ist die Existenzanalyse eine Therapierichtung, die Übertragung von vornherein nicht fördert. (Die Psychoanalyse fördert das Entstehen von Übertragungen und arbeitet mit ihr an der psychischen Entwicklung des Klienten.)

Schon das therapeutische Vorgehen im Bereich der PEA0 – dem Sammeln der vorliegenden Fakten, sowie die möglichst genaue faktische Vergegenwärtigung des spezifischen Problems eines Klienten – wirkt dem Entstehen von Übertragungen entgegen: Denn der Klient muss hier einem konkreten Gegenüber einen Sachverhalt so schildern, dass sich der Therapeut gut auf die einmalige Individualität eines Klienten einstellen kann. (Dadurch wird gefördert, einen Sachverhalt im Hier und Jetzt, im Dialog zweier bestimmter Personen zu vergegenwärtigen.)

Selbstverständlich kann es trotzdem zum Auftreten einer Übertragung kommen. Wenn sie so stark im therapeutischen Dialog wirksam wird, dass es notwendig wird, sie anzusprechen und therapeutisch aufzugreifen, empfiehlt es sich, dies mittels der weiteren Schritte der PEA zu tun – dabei aber besonders behutsam vorzugehen.

3. Der gesprächspsychotherapeutische Umgang mit dem Übrertragungsphänomen

Da diese Therapierichtung der existenzanalytischen Richtung nahe steht und es durch ihre Art der Ausbildung wörtlich dokumentierte Tonbandproto-

kolle gibt, anhand derer sich der therapeutische Umgang mit dem Übertragungsphänomen genau nachvollziehen lässt, scheint es mir für Überlegungen über den Umgang geeignet, sich genau dokumentierte Übertragungssituationen vor Augen zu führen.

Rogers versteht „Übertragung" als einen Terminus für *Einstellungen* eines Klienten (z.B. Hass, Liebe oder Abhängigkeit), die auf den Therapeuten übertragen werden, aber – eigentlich mit mehr Rechtfertigung – auf einen Elternteil oder eine andere Person gerichtet sind. Es ist zwar aus seiner Sicht klar, dass sog. Übertragungseinstellungen in den meisten Fällen von Therapieverläufen vorkommen, in starker Form jedoch, wie er meint, selten. (Das gilt wohl auch für die Existenzanalyse.) Das heißt, dass in den meisten Fällen lt. Rogers kein besonderes Augenmerk auf die „Übertragung" zu richten ist und dass sich der therapeutische Umgang mit ihr nicht von dem mit anderen Inhalten unterscheidet und sich somit eigentlich ein Befassen mit der Übertragung als eigenes Phänomen erübrigt.

Sie kommt also selbstverständlich vor, ist jedoch kein Problem. In den von Rogers angeführten Beispielen wird deutlich, dass es für den Klienten lediglich notwendig ist, ihn mit diesen Gefühlen und Gedanken zu akzeptieren und ihn verstehen zu wollen. Dadurch hat der Klient die Möglichkeit, selbst seine Wahrnehmung zu überprüfen und zu korrigieren; er soll erkennen können, dass er selbst diese Gedanken und Gefühle hat und nicht das Gegenüber.

Für den Existenzanalytiker bedeutet das, dass auch für ihn nicht unbedingt wichtig ist, ob es sich um eine Übertragung handelt oder nicht, wenn der therapeutische Prozess von der PEA1 zur PEA2 hin weiterführbar ist, d.h. wenn die entstandenen Gefühle und Gedanken in der Beziehung zum Therapeuten nicht verhindern, dass der therapeutische Prozess fortgesetzt wird.

3.1. Ein Beispiel einer Klientin, die sich vom Therapeuten verurteilt fühlt

In einem Traum teilt der Therapeut der Patientin mit, dass er sich nicht weiter mit ihr befassen könne, da ihm ihre Geschichte zu schmutzig sei. Seither fühlt sie sich beurteilt, hilflos und schämt sich.

Wie geht nun der Therapeut mit der, wie Rogers es nennt, *übertragenen negativen Beurteilung ihrer selbst* um?

Auszug aus einem Tonbandprotokoll (nach der Erzählung des Traumes), (Rogers 1983, 191):

B(erater): Sie hatten irgendwie das Gefühl, ich würde Ihre Situation als ziemlich schlecht beurteilen.

(Im Sinne der PEA lässt der Therapeut hier die Klientin spüren, dass er diese Gefühle annimmt und zeigt sich bereit, den Eindruck der Klientin verstehen zu wollen. Eine Aussage wie „Sie hatten das Gefühl, dass ... etc." entlastet die Klientin und ermöglicht ihr eine gewisse Selbstdistanzierung.)

K(lientin): Richtig. Ich glaubte, Sie ... ich stünde vor Gericht, und Sie wären der Richter, und ... (Pause)

B: Das Urteil lautete: Schuldig.

(Das Besprechen von Übertragungen auf den Therapeuten ist oft mit Peinlichkeits- und Schamgefühlen verbunden – hier kann das Aussprechen eines Gedankens durch den Therapeuten den Mut des Klienten unterstützen.)

K: (lacht) Ich glaube ja. (lacht) Das war es. Ich wusste nicht, wie ich wieder zurückkommen sollte; ich meine die Tatsache, dass Sie mich bereits verurteilt hatten, und daher wusste ich nicht, wie ich überhaupt weiterreden sollte.

B: Hm.

K: Außer über andere Dinge. Und, hm, es geht mir immer noch so. Ich habe sehr viel darüber nachgedacht.

B: Sie hatten fast das Gefühl, als wären Sie wirklich verurteilt.

K: Ja, wieso? Wieso sollte ich das meinen? Ah, ja natürlich, wahrscheinlich habe ich meine eigenen Gedanken auf sie übertragen und daher, hm, deshalb zweifelte ich keinen Augenblick daran, dass es so war. Es ließ sich nicht mehr ändern. Es war das Urteil. Ich glaube, ich verurteilte mich auf diese Weise selbst.

(Hier zeigt sich das „Hartnäckige" und „Beziehungsgefährdende" von Übertragungen: Die feste Überzeugung, dass der andere so denkt.)

B: Hm. Sie meinen, dass vielleicht in Wirklichkeit Sie der Richter waren.

In dieser Sequenz wird deutlich, was Rogers damit meint, dass sich eine Übertragung, die den Klienten in seiner Mitteilung blockiert, in positiver Weise lösen kann, wenn der Therapeut im Stil der klientenzentrierten Therapie damit umgeht: Er vermittelt der Klientin, dass auch diese Gefühle und Gedanken, genauso wie alle anderen, sein und ausgesprochen werden dürfen, und er sie nicht wertend oder interpretierend aufnimmt und die Suche nach dem, was sie für sie bedeuten, ihr selbst überlässt. (Dies unterscheidet sich vom Vorgehen im Zuge der PEA1 nur insofern, als dass der Existenzanalytiker die primäre Emotion und den phänomenalen Gehalt auch direkt anfragen würde.)

Hier scheinen zwei wichtige Merkmale der rogerianischen Therapie auf, die sich im Umgang mit dem Phänomen der Übertragung niederschlagen: Erstens die nicht- direktive Vorgangsweise, die deutlich zu verstehen gibt, dass der Klient selbst die Bedeutung seiner Gefühle und Gedanken erkennen soll und darin auch, als einzig zulässiger Experte seiner selbst, nicht vertreten werden soll. (Der Existenzanalytiker stellt dem Klienten ggf. auch seinen Eindruck zur Verfügung, um besser an das echte Erleben heranzukommen; das „Leihen" von Gefühlen kann beim Erarbeiten des Eindrucks auch hilfreich sein.) Zweitens, dass ein Klient lediglich ein bestimmtes „Klima" braucht, das dessen Selbstaktualisierung ermöglicht und fördert. (Aus existenzanalytischer Sicht braucht ein Klient darüber hinaus auch personale Begegnung und Austausch.)

Zusammenfassend lässt sich lt. Rogers in dieser Sitzung eine Veränderung der Übertragungs- Einstellung feststellen, von: „Ich fühle mich schlecht, weil Sie glauben, ich sei schmutzig" zu dem Gefühl: „Ich fälle ein Urteil über mich und versuche, diese Gedanken auf Sie zu übertragen."

Es ist wichtig zu sehen, dass in der rogerianischen Therapieform der Therapeut als wertende und reagierende Person überzeugend fehlt, was dazu führt, dass der Klient in allem, was er erzählt, auf sein Selbsterleben zurückgeworfen wird und mit sich in Kontakt treten muss, so eben auch beim Auftreten von Übertragungen. „Die ganze Be-

ziehung besteht aus dem Selbst des Klienten, der Berater wird zum Zweck der Therapie entpersonalisiert und zum anderen Selbst des Klienten." (Rogers1983, 196) Durch diese Art des Umgangs verschwindet eine Übertragung lt. Rogers einfach, weil die Erfahrung neu wahrgenommen wird und ihre momentane Bedeutung verliert.

Das Zentrale für die positive Lösung von Übertragungen liegt laut Rogers darin, dass ein Klient erkennt, dass die jeweiligen Gedanken und Gefühle in der *eigenen* Wahrnehmung des Klienten begründet liegen – der Therapeut muss die optimalen Bedingungen bieten, durch die der Klient zu seiner Erkenntnis kommen kann.

Ich meine, dass diese Umgangsweise auch gut für die existenzanalytische Therapie geeignet ist, da sie – wie bereits erwähnt – mit der Art des Umgangs in der PEA1 gut vereinbar ist. Dass das Einbringen des Eindruckserlebens des Therapeuten in Übertragungssituationen im Hintergrund bleibt, ist deswegen gut, weil dadurch die Scham- und Intimitätsgrenze des Klienten respektiert wird und der Klient nicht durch das besondere Vertrauensverhältnis, das in der therapeutischen Beziehung besteht, dazu verleitet wird, etwas von sich „preiszugeben", das er danach vielleicht bereut.

3.2. Ein Beispiel einer erotischen Übertragung

Das folgende Beispiel zeigt, wie ein klientenzentrierter Therapeut mit einer erotischen Spannungssituation umgeht. (Gesprächsausschnitt aus einer 10. Therapiestunde mit einer Klientin, in der das Bedürfnis, mit dem Therapeuten zu schlafen, die Therapiesituation dominiert; starke erotische Gefühle waren schon in Stunden davor Thema gewesen) (Rogers 1983, 199):

Die Klientin hat gerade ihr Bedürfnis danach geäußert, mit dem Therapeuten zu schlafen, sowie ihre gleichzeitige Angst davor, es zu äußern ...

B: Sie spüren diese Spannung und hätten gerne ein Verhältnis mit mir.

K: Können wir nicht etwas dagegen tun? Diese Spannung ist entsetzlich! Wollen Sie die Spannung lösen ... Können Sie mir eine direkte Antwort geben? Ich glaube, das würde uns beiden helfen.

B (freundlich): Die Antwort wäre nein. Ich kann verstehen, wie verzweifelt tief Sie empfinden, aber ich wäre nicht bereit, dies zu tun.

K: Ich glaube, das hilft mir. So bin ich nur, wenn ich mich nicht wohlfühle. Sie sind stark, und das gibt mir Stärke.

Hieraus wird ersichtlich, dass das auftretende Bedürfnis der Klientin nicht als Material für die Aufarbeitung der zugrundeliegenden Konflikte gesehen wird, sondern als Bedürfnis ernst genommen wird, und der Therapeut lediglich für sich die Verantwortung übernimmt, was für die Klientin bedeutet, dass ihr die klare Positionierung Halt gibt, und sie sich auch mit all ihren Empfindungen im therapeutischen Raum einfinden kann. Diese Umgangsweise ist auch für existenzanalytische Therapie geeignet. Denn die Verantwortungsübernahme für sich selbst und die damit verbundene Stellungnahme zur Situation ermöglicht auch dem Klienten, sich in der Situation zurechtzufinden. Die authentische Stellungnahme kann also auch in Bewältigung von Übertragungssituationen wichtig sein, allerdings ist dafür mit besonderer Aufmerksamkeit auf den *geeigneten und notwendigen Zeitpunkt* zu achten. Natürlich sind hier auch die eigenen Grenzen des Therapeuten bedeutsam, denn keine Therapierichtung kann sozusagen vom Therapeuten „verlangen", dass er einem Klienten Gedanken und Gefühle mitteilt, die er nicht mitteilen will oder die für ihn in keinem Zusammenhang damit stehen, das Therapieziel zu erreichen. Bei allen „emotionalen Exkursen", die ein Übertragungs- Gegenübertragungsgeschehen auslösen kann, ist darauf zu achten, wie in die therapeutische Beziehung zurückgefunden werden kann. Sind Übertragungen nicht durch ihre Einbeziehung in die PEA1 und durch authentische Stellungnahme des Therapeuten lösbar, ist der therapeutische Prozess wohl an eine Grenze gestoßen, an der ein Klient vor die Entscheidung gestellt ist, die Therapie abzubrechen oder fortzusetzen. Allerdings meine ich, dass zuvor alle Möglichkeiten ausgeschöpft sein sollten, die ein Therapeut einer bestimmten Therapierichtung hat, die Übertragungsgefühle therapeutisch zu bewältigen.

An diesen Beispielen hat sich der gesprächspsychotherapeutische Umgang mit Übertragungen gezeigt: Der Therapeut nimmt die Äußerungen des Klienten behutsam und nicht bewertend auf, lässt den Klienten spüren, dass diese Gefühle und Gedanken auch sein dürfen und geht dann seinen Äußerungen verstehend nach. *Wichtig* dabei ist, dass der Klient die Möglichkeit hat, sich mit der Situation eigenverantwortlich auseinanderzusetzen; *„unwichtig"* ist, wo diese Gefühle und Gedanken im Leben dieses Menschen ihren Ursprung haben und wen sie wirklich oder nicht wirklich betreffen.

Literatur

Frankl V (1986) Die Psychotherapie in der Praxis. München: Piper

Freud S ([1912]1992) Zur Dynamik der Übertragung. Frankfurt am Main: Fischer

Freud S ([1915]1992) Bemerkungen über die Übertragungsliebe. Frankfurt am Main: Fischer

Freud S ([1917]1991) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Fischer

Jacobi J (1978) Die Psychologie von C. G. Jung. Frankfurt am Main: Fischer

Köhler Th (1993) Das Werk Sigmund Freuds. Band 2. Heidelberg:Roland Asanger Verlag

Kunzmann P (1991) dtv-Atlas zur Philosophie. München: dtv

Längle A (1998) Viktor Frankl. Ein Porträt. München: Piper

Längle A (2000) (Hg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas

Mann D (1999) Psychotherapie: Eine erotische Beziehung. Stuttgard: Cotta

Rogers C ([1951]1983) Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie Frankfurt am Main: Fischer

Storr A (1999) Freud. Freiburg im Breisgau: Herder

Anschrift des Verfassers:
Klaus Farkas
Plenergasse 7/17
A-1180 Wien
eklogai@yahoo.de

Übertragung und Gegenübertragung in existenzanalytischer Therapie und Beratung*

Hans-Martin Rothe

Die psychoanalytischen Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung werden in ihrer modernen Form in Beziehung zur existenzanalytischen Konzeption der primären Emotion in der therapeutischen Beziehung gesetzt. Von den philosophisch-phänomenologischen Begriffen der Begegnung, des Apriori des Zwischen und des „Bei-seins" läßt sich ein Bogen in die klinische Alltagspraxis schlagen, der die Prozesse, aus denen heraus sich Begegnung vollzieht, konkreter und therapeutisch nutzbarer macht. Die Indikationen für eine Arbeit an und mit den Beziehungsaspekten in der therapeutischen Beziehung werden aufgezeigt.

Einleitung

Die Begriffe der „Übertragung" und „Gegenübertragung" wirken im Raum der Existenzanalyse als Fremdkörper, entstammen sie doch einer anderen Theoriesprache und Psychotherapierichtung. Sie dennoch in engeren Bezug zur Existenzanalyse zu bringen, mag manchen wie ein trojanisches Pferd erscheinen, das klare Abgrenzungen in feindlicher Absicht zum Einsturz bringen könnte. Nach meiner Erfahrung war das gegenseitige Sich-Anfragen von Existenzanalyse und Psychoanalyse bisher jedoch an nicht nur einer Stelle befruchtend.[1] Auch in der Gegenüberstellung hinsichtlich der therapeutischen Beziehung ist das ein spannendes Gegenüber, das das Eigene im Fremden wie auch das Fremde im Eigenen möglicherweise klarer erfassen läßt.

Die jetzt methodisch ausgearbeitete und beschriebene Personale Existenzanalyse mit ihren distinkten methodischen Schritten, die Personale Positionierung, die Sinnfindungsschritte und auch die Beschreibung der primären Emotionen waren mir Anlaß, das mit Übertragung und Gegenübertragung in der Psychoanalyse Gemeinte im Hinblick auf die Existenzanalyse zu reflektieren.

Das Thema von Übertragung und Gegenübertragung in Bezug zur Existenzanalyse zu setzen, hat noch andere Wurzeln. Sie sind mit folgendem innerhalb der Existenzanalyse häufiger zitierten Satz von Pascal beschrieben: „Das Gefühl ist viel feinfühliger als der Verstand scharfsinnig." Zum anderen mit einem Themenkomplex, der uns aus der philosophischen und medizinischen Anthropologie insbesondere auch über Hubertus Tellenbach vermittelt ist, der den Vorrang des Atmosphärischen vor allem anderen im Anschluß an Martin Bubers Betonung des „Zwischen" beschrieben hat. Bei Frankl ist der diesen Bereich betreffende Ausdruck der des „Bei-einander-Seins". In der deutschen Psychosomatik der 50-iger Jahre sprach man hinsichtlich der Apriorität des Zwischen vor allem im Hinblick auf zwei Personen sogar von der „Bipersonalität". In der analytischen Terminologie wird der primären Intersubjektivität unter dem Begriff Dyade Rechnung getragen.

Eines der stabilsten und validesten Ergebnisse der Psychotherapieforschung ist der deutliche positive Zusammenhang zwischen guter therapeutischer Beziehung und gutem Therapieresultat. Wichtig ist dabei, daß eine gute therapeutische Beziehung nicht gleichbedeutend mit einer angenehmen Beziehung ist. Das Erleben negativer Affekte innerhalb der Therapie ist durchaus mit positiven Ergebnissen verbunden, während das bloße Unterstützung- und Ratgeben, die Selbstöffnung des Therapeuten nicht unbedingt zu Erfolgen führt, so jedenfalls die Forschungsergebnisse (vgl. Grawe 1994; 1999). Die Frage ist also: Was ist das, was meint das, wie geht das, eine gute therapeutische Beziehung? Wobei klar sein muß, daß es hier um zwei Pole geht: Technik im Sinne von *technae* (gr.: Kunstfertigkeit) auf der einen Seite und Beziehungsaufbau, Beziehungsgestaltung auf der anderen Seite. Zuviel Beziehung stört und behindert die therapeutische Technik möglicherweise, während die reine Applikation einer Technik, die nicht zugleich auch auf die Entwicklung einer guten Beziehung achtet, in der Regel mit keinem Behandlungserfolg verbunden ist.

Was gute therapeutische Beziehung charakterisiert, ist immer schon ein wichtiges Thema gewesen, auch in der Existenzanalyse, auch wenn qualitativ unterschieden davon in der Existenzanalyse von der Bedeutung der Begegnung gesprochen wird.[2]

Ich will nur einige Schlagworte nennen, mit denen die gute therapeutische Beziehung gemeinhin charakterisiert wird: positive Wertschätzung, Akzeptanz, Offenheit, Kongruenz, Authentizität, Transparenz, Gegenseitigkeit, Empathie, Warmherzigkeit, Fähigkeit des Therapeuten zum Spiegeln und Konfrontieren, zum Deuten und zur stützenden Intervention.

Die Grundmethode in der Existenzanalyse ist das Gespräch, der Dialog und die Vis-à-vis-Situation. Berater/Therapeut und Klient/Patient sitzen sich im Gespräch mehr oder weniger gegen-

* Dieser Text ist die überarbeite Fassung eines 1996 in der Göppinger Herbstakademie der GLE gehaltenen Vortrages, dem wiederum ein Vortrag auf der internationalen Tagung der GLE in Feldkirch 1994 zugrunde lag.

1 Die Bedeutung der biographischen Dimension, der Einfluß und die dynamische Wirksamkeit unbewußter Vorgänge und insbesondere auch die Bedeutung der Emotion.

2 Die qualitative Unterscheidung von Beziehung und Begegnung ist ein in der Existenzanalyse wiederholt aufgegriffenes Thema. (vgl. die Zusammenstellung bei Peinhaupt 1990).

über. In dieser Gegenüber-Situation wird gesprochen, gefragt, geschwiegen usw. Dabei teilen sich die beiden Gesprächspartner aber mehr mit, als sie sich sagen, wenn man das „Gesagte“ nicht auf das verbal Ausgesprochene begrenzt und z.B. die vielfältigen nonverbalen Ausdrucksphänomene mit berücksichtigt.

Freuds Erklärung, warum er nicht vis-à-vis acht Stunden am Tag, sondern vom Sessel hinter der Couch her arbeite, ist bekannt. Freud bemerkt in der 1913 veröffentlichten „Einleitung der Behandlung“, daß er es nicht ertrage, acht Stunden am Tag angestarrt zu werden. Darüber ist oft abfällig und auch karikierend gesprochen worden. Übersehen wurde aber die mindestens ebenso wichtige Entscheidung Freuds, daß er zugleich damit dem Patienten nicht mittels Mimik und Gestik unwillkürlich permanent Deutungen und Wertungen vermitteln wollte. Das psychoanalytische Prinzip der technischen Neutralität und die phänomenologische Haltung der sogenannten gleichschwebenden Aufmerksamkeit wäre anders nur erschwert durchzuhalten.

Vis-à-vis nimmt der Therapeut für den Patienten sichtlich viel weitergehend Stellung, als wenn der Patient ihn nicht direkt sehen kann. In der direkten Rede von Angesicht zu Angesicht teilen sich Therapeut und Patient mehr mit, als sie sich sagen (Streeck 1994, 37). Die zwischen den beiden entstehenden primären Emotionen bestimmen den Hintergrund des Geschehens wesentlich mit. Die primäre Emotion, in anderem Theoriekontext auch als praereflexive oder praeapperzeptive Wahrnehmung beschreibbar, wird vis-à-vis sehr maßgeblich und vermehrt interaktiv in Szene gesetzt.

Die Arbeiten von Paul Watzlawik zur Kommunikation Ende der 60er Jahre haben dies schon formuliert. Die Begriffsbestimmung von Interaktion als wechselseitiger Ablauf von Mitteilungen zwischen Personen waren ein Meilenstein, ebenso wie die bekannte These, daß man sich nicht nicht verhalten könne.[3] In diesem Zusammenhang wurden die verbale Information und die Bedeutung des nonverbalen Ausdrucks Forschungsthema. Die Unterscheidung von Inhalts- und Beziehungsaspekten von Kommunikation wurde gleichfalls erforscht. Davon abgeleitet und durch tiefenpsychologische Aspekte ergänzt ist das populäre sogenannte „Vier-Ohren-Modell“ von Schulz von Thun ein Modell, das die Mehrschichtigkeit aller Kommunikation deutlich illustriert (vgl. Schulz von Thun 1981).

Wir müssen also davon ausgehen, daß unsere Standardsituation, das Gespräch, mehr beinhaltet, als es z. B. der sokratische Dialog nahelegt. Was dieses Mehr ist, hat die Psychoanalyse in immer neuen Anläufen versucht, aus dem zu entwickeln, was sich in der therapeutischen Arbeit mit den Patienten zeigte. Die Psychoanalyse machte die Erfahrung, daß die bloße Anwendung von Technik offensichtlich nicht zu dauerhaften therapeutischen Erfolgen führte.[4] Weder das bloße Erinnern von Traumata, noch das bloße Deuten von motivationalen Prozessen schien dauerhaft wirksam. Die traditionellen Begriffe für dieses Mehr, für diese „Überbedeutung“ der therapeutischen Situation, sind in den Begriffen Übertragung und Gegenübertragung beschrieben.

Zur Begriffsbestimmung: Die Übertragung

Das Phänomen der Übertragung wurde von Freud als sogenannte „falsche Verknüpfung“ schon in seinen „Studien über Hysterie“ (1895) erwähnt, in ihrer Bedeutung für den Behandlungsverlauf aber erst 1905 (Fall Dora) mehr beachtet. Mit „Übertragung“ meinte er damals die in der therapeutischen Situation stattfindende fälschliche Verschiebung von unbewußten und vorbewußten Vorstellungen, die aus der Vergangenheit stammten, auf die Person des Arztes. Es kam etwas in die Situation hinein, was mit dieser scheinbar vorerst nichts zu tun hatte.

Die Übertragung schien die therapeutische Arbeit zu hindern. Das heilende bloße Wiedererinnern kam nicht zustande, weil dagegen ein in der Beziehungskonstellation begründeter Widerstand manifest wurde. Erst durch die Einbeziehung der Übertragungsprozesse und deren Bearbeitung und Deutung wurde der Grundbestand der psychoanalytischen Technik geschaffen. (vgl. Freud 1996)

Die heutige psychoanalytische Fassung des Begriffes der Übertragung ist gegenüber Freud erheblich insofern erweitert, als das Konzept der Übertragung als reine Wiederholung der Vergangenheit, als „Anachronismus und Irrtum in der Zeit“ (Greenson 1973) korrigiert wurde. (vgl. auch Thomä, Kächele 1986; 1988; Mertens 1990; 1991) Der heutige psychoanalytische Übertragungsbegriff hat sich weit entfernt von dem früheren, bei dem man davon ausging, daß Übertragung ausschließlich die Übertragung von libidinöser Besetzung meint.

Übertragung meint, daß frühere Beziehungserfahrungen mit den damit verbundenen Gefühlen, Impulsen, Wünschen und Phantasien auf einen neuen Beziehungspartner übertragen und modifiziert werden. Übertragung meint damit das Zusammenwirken von gegenwärtigen Beziehungseindrücken und Wahrnehmungen, die auf dem Hintergrund vergangener Beziehungserfahrungen entstanden sind, die konflikthaft waren und deshalb die jetzige soziale Wahrnehmung übermäßig bestimmen (vgl. Mertens 1990, 165).

Existenzanalytisch formuliert würde man von einer primär-emotionalen Verknüpfung prägender früherer Erlebnisse mit der aktuellen Situation in der Therapie sprechen können.

Daß es eine solche Verknüpfung oder „Übertragung“ im sozial-psychologischen Sinne gibt, steht außer Frage. Ob man das Generalisierung von Lernvorgängen oder kognitiv-emtotionaler Schemata nennt oder Übertragung spielt dabei eine sekundäre Rolle, wenngleich sich gerade für die Existenzanalyse die

[3] Watzlawik: „Wenn man akzeptiert, daß alles Verhalten in einer zwischenmenschlichen Situation Mitteilungscharakter hat (...), so folgt daraus, daß man nicht nicht kommunizieren kann.“ (Watzlawik 1982, 51)

[4] Freud verließ die anfängliche Hypnose-Technik zugunsten der Methode der freien Assoziation nicht zuletzt deswegen. Den genannten Entwicklungsprozeß beschreibt A. Gysling in „Die analytische Antwort“ in eindrucksvoller Weise.

Frage stellt, wie diese Phänomene auch theoretisch-terminologisch stringent bezeichnet werden können. Da es sich um Prozesse aus dem Bereich der primären Emotion handelt, könnte der Begriff der primär-emotionalen Verknüpfung diskutiert werden. Ohne die Möglichkeit, Erfahrungen aus früheren Situationen und Beziehungen auf neue zu übertragen, könnten wir nicht lernen und uns entwickeln. Daß aber unbewußte Wahrnehmungsverzerrungen aufgrund der „Lern-Geschichte" auftreten, ist allgemeine Erfahrung. Auch die existenzanalytische Situation bleibt von solchen Übertragungs- oder Verknüpfungsprozessen nicht verschont, wenn unbewußte oder vorbewußte Vorstellungen, Vorerfahrungen und Rollenerwartungen mit den damit verbundenen Gefühlen auf den Existenzanalytiker „übertragen" oder mit ihm verknüpft werden.

Das Konzept der Gegenübertragung

Die Konzeptualisierung der Gegenübertragung verdankt sich der Entdeckung, daß nicht nur der Patient auf den Therapeuten überträgt, sondern auch der Therapeut auf den Patienten unbewußt und vorbewußt reagiert. Der Therapeut wird nicht mehr als der neutrale, objektive Diagnostiker und Therapeut verstanden, sondern als jemand, der maßgeblich auch aus seiner Subjektivität agiert und reagiert. Entsprechend wurde in der Psychoanalyse die Gegenübertragung erst einmal als Negativ-Phänomen gesehen, als Stör-Variable, die es zu eleminieren galt, weil es den vermeintlich objektiven Erkenntnisprozeß beeinträchtigte. Freud forderte dazu auf, daß der Arzt seine Gegenübertragung erkennen und bewältigen müsse. Auch Frankl interpretierte Gegenübertragung im wohlmeinenden Anschluß an Freud als regelrechten Kunstfehler (Frankl, 1981, 229).

Heute weithin akzeptiert ist eine Version von Gegenübertragung, nach der der Therapeut kein distanzierter objektiver Beobachter und Deuter ist, sondern ein Teilnehmender, der auf viele Weise mitreagiert und mitagiert. Entsprechend dieser Interpretation sind *alle* Reaktionen, Emotionen, auftauchenden Bilder, Träume und Handlungsimpulse des Therapeuten gegenüber dem Patienten als Gegenübertragung zu verstehen (vgl. Mertens 1991).

Wie aber nun ist mit diesen Reaktionen um zu gehen, was ist aus ihnen zu gewinnen?

Die bloße Wahrnehmung der Gegenübertragung führt nicht per se zu einem besseren Verstehen des Patienten und automatisch zu treffenderen Deutungen oder hilfreicheren Interventionen. Das entspräche einem rein intuitiven reflektorischen Arbeiten. Der Therapeut hat vielmehr die Aufgabe, die in ihm entstandenen Gegenreaktionen und Reaktionen zu ordnen, zu bewerten und zu einem sinnvollen diagnostischen Hinweis zu organisieren (Mertens 1991, 49) Durch die Analyse der Gegenübertragung, also einem kritischen nach Erklärung und Verständnis suchenden Umgang mit ihr, wertet der Therapeut die Gegenübertragung erst aus. Dabei gilt es, wesentlich zu klären, wie der Patient diese Reaktionen und Gefühle hervorruft, durch welche Interaktionen oder Mechanismen er sie provoziert oder induziert und warum und zu welchem Ziel er sie macht, was er damit reguliert.

Das, was so auf diese Weise in psychoanalytischer Terminologie beschrieben ist, erinnert existenzanalytisch gedacht sehr an das „Bergen" der primären Emotion und deren Integration zu einer integrierten Emotionalität. Ein Gefühl wird erst einmal wahrgenommen, dann daraufhin befragt, was es ausdrückt, was es bedeutet, was es eigentlich wahrnimmt, um dann einen verantworteten Umgang damit zu erreichen.

Die Entwicklung der psychoanalytischen Behandlungstheorie vom Entdecken der Katharsis in der Hypnose, über das freie Assoziieren zum Erinnern vergessener traumatischer Lebenserfahrungen bis hin zur Entdeckung der Übertragung und schließlich der Gegenübertragung spiegelt zugleich noch eine andere unbemerkte Entwicklung wieder, nämlich die zunehmende latente und implizite Entdeckung des Personalen und Zwischenmenschlichen - und damit eigentlich auch die Entdeckung von Begegnung.

In der neueren Theorieentwicklung wird von Psychoanalytikern vom Konzept des „Handlungsdialoges" gesprochen. Übertragung und Gegenübertragung hängen danach eng zusammen und ereignen sich gleichzeitig und wechselseitig. Dieses Zusammenspiel von Übertragung und Gegenübertragung wird heute am exaktesten als ein „Handlungsdialog" (Klüwer 1983; 1995) beschrieben. Dialog meint hier vor allem die Wechselseitigkeit, das sich gegenseitig Bedingende als ein Moment von Beziehung und auch Begegnung. Manche Analytiker gehen so weit zu sagen, daß in diesem Dialog alles, was der Analytiker an Mensch-Sein und Menschlichkeit in sich trägt, vonnöten ist (vgl. Thomä 2001).

Voraussetzung einer guten Beziehung zwischen Psychotherapeut und Patient ist, daß der Therapeut den Patienten aus dessen inneren Bezugsrahmen heraus verstehen, sozusagen dessen „Point of view" einnehmen kann. Das heißt auch, daß der Therapeut sich vorstellen kann, wie der Patient ihn, den Therapeuten, sieht. Empathie resultiert aus kognitiven und emotionalen Handlungsprozessen innerhalb einer Beziehung. Im Therapeuten braucht es das Sich-Einfühlen, Sich-Einschwingen-Können auf den anderen und das klärende, begreifende, Sich-wieder-davon-Distanzieren. Es ist ein Wechselspiel von Wahrnehmen/Denken und Sich-Mitbewegen. Es wird „etwas", nämlich der andere, in Erfahrung gebracht. Dies passiert zum Teil bewußt, vorbewußt und unbewußt. Der Dialog ist ein zugleich gestaltkreisartiges Verschränktsein von expliziter Handlung und von Wahrnehmung.

Ein vereinfachtes Modell versteht Beziehung oder Kontakt auf der sinnlichen Beziehungsebene als „Informationsaustausch" mit dem Modell von Sender und Empfänger. Diese Modelle sind aus der Informationstheorie und aus der Kommunikationsforschung bekannt. Rainer Krause aus Saarbrücken hat sich als Psychoanalytiker intensiv damit beschäftigt und forscht seit Jahren an Mi-

kroanalysen von Gesprächen und Therapiesitzungen an Hand von Videoaufnahmen. Ein Resultat dieser Forschungen ist ein mehraxiales Schema, in dem dargestellt ist, wie und auf welchen Kanälen gesendet bzw. empfangen wird. So wird nachvollziehbar, *wie* das explizit Gesagte und das implizit Ausgedrückte kommuniziert wird (vgl. Krause 1997).

Man kann so Mikro- und Makro-Segmente des Verhaltens unterscheiden und beschreiben. Die Wahrnehmungsprozesse, die bei der Verarbeitung solcher Mikroelemente ablaufen, sind größtenteils vor- und unbewußt, mit anderen Worten praereflexiv. Sie sind rückblickend schwer zu objektivieren, obwohl sie das empirische Fundament von Übertragung und Gegenübertragung, bzw. von primärer Emotionalität sind.

Auf Video dokumentierte Therapie- oder Alltagsgespräche lassen sich mit einer aufwendigen Methodik daraufhin untersuchen, wie die beiden Gesprächspartner mimisch und emotional aufeinander unbewußt reagieren und sich aufeinander intuitiv einstellen. Etwas vereinfacht kann man sagen, daß der Patient immer unbewußte Reaktionen im Therapeuten erzeugt und dieser sich unwillkürlich dem Affektausdruck des Patienten spontan annähert.

Ein Fazit aus diesen Forschungen ist, daß der Patient nicht illusionär *irgendetwas* auf irgendwelche Personen überträgt. Vielmehr scheint es so zu sein, als würden Szenen oder Stücke, die relevante frühere Beziehungserfahrungen zum Ausdruck bringen, reinszeniert. Vereinfacht gesagt, erlebt und verhält sich jemand so, wie er sich früher in ähnlichen Situationen oder gegenüber Personen mit ähnlicher Bedeutung auch erlebt und verhalten hat. Übertragung und Gegenübertragung entstehen beide interaktiv.

Bedeutung für die Praxis

Der in der Existenzanalyse gern vollzogene Rekurs auf Martin Bubers „Dialogisches Prinzip“ mit seinem „Ich und Du“ ist uns zu Recht etwas sehr Wichtiges. Die philosophisch gefaßten Begrifflichkeiten scheinen nach wie vor eine wichtige Botschaft für uns zu enthalten: „Ich werde am Du; ich-werdend spreche ich Du.“ (Buber 1973, 15). Aber neben dem „Logos-Bezug“ (Frankl 1983, 224) sollte die therapeutische Beziehung als Begegnung von Ich und Du von zwei Personen im Medium des Gesprächs möglichst *konkret* in den Blick genommen werden.

Die Personale Existenzanalyse als Beschreibung einer aus der Logotherapie und Existenzanalyse entwickelten therapeutischen Methode birgt die Gefahr in ihrem *prinzipiellen* oder programmatischen Rekurs auf den Dialog und die Begegnung (das Ideal der Begegnung?), die den konkreten therapeutischen Prozeß permanent begleitenden konkreten Beziehungsaspekte und Interaktionsmuster auszublenden. Ähnlich wie bei der alten psychoanalytischen Spiegelmetapher, nach der beziehungsleer oder „steril“ der Patient im Laufe des Therapieprozesses im Spiegel der Analyse erkennen kann, was ihm verborgen war, kann in der modernen Existenzanalyse der Eindruck entstehen, das Wesentliche sei ausschließlich der affektiv-kognitive Prozeß, der sich unter neutraler Anleitung des Therapeuten in deskriptive Beschreibung, phänomenologische Analyse, innere Stellungnahme und antwortende Ausführung gliedern läßt. Wo bleibt dann bei den methodischen Schritten der Personalen Existenzanalyse der Moment der Begegnung, fragt man sich unwillkürlich. Am Beginn der Entwicklung der Existenzanalyse wurde das Moment der Begegnung, des „Bei-Seins“ und der „teilnehmenden Nähe“ des Therapeuten (vgl. Längle 1988, 15) programmatisch und philosophisch akzentuiert. Diese Begriffe waren sehr abstrakt, es gab wenig ausgearbeitete methodische Schritte. Die Begriffe bedurften dringend einer praxisnahen Konkretisierung. Die Mikrostruktur des Miteinander in Therapie und Beratung ist inzwischen von der Forschung weiter untersucht und in einigen wichtigen Anteilen geklärt. Von den hehren philosophischen Begriffen (z.B. der Apriorität des „Zwischen“) läßt sich ein immer klarerer Bogen zum klinischen Alltag schlagen. Je differenzierter die methodo-logische Aufbereitung der existenzanalytischen Praxis desto größer scheint mir im dialektischen Verhältnis von Methode und Begegnung deren Abstand und damit die Gefahr die Begegnungs- und Beziehungsebene zu vernachlässigen.

Wahrscheinlich ist es auch in der Praxis der Personalen Existenzanalyse so, daß die Beziehung, die konkrete Interaktion zwischen Patient und Therapeut, die primär-emotionale Verknüpfung und Gegenverknüpfung einen nicht unwesentlichen Einfluß hat und die Wahrnehmung und die weiteren kognitiven Schritte relevant mitbestimmt. Auch der Existenzanalytiker ist viel mehr involviert, als daß er sich nur – wenn ich ein überzeichnendes Klischee bemühen darf – als wohlwollender, die Würde der Person achtender und neutraler dialogischer Begleiter eines phänomenologisch schauenden, innerlich Stellung nehmenden und dann personal antwortenden Patienten verstehen kann. Das Bergen der primäremotionalen Prozesse zwischen Patient und Therapeut wird längst nicht immer den Arbeitsschwerpunkt bilden. Gleichwohl müssen diese klar im Blick bleiben.

Therapie und Beratung ist nach K. Grawe manchmal mehr problemlösend oder bewältigungsorientiert, manchmal mehr klärungsorientiert. Existenzanalytische Beratung und Therapie integriert diese beiden Perspektiven in den Hintergrund des jeweiligen individuellen Existenzvollzugs. Gleichgültig jedoch wie die Ausrichtung aktuell jeweils vorgenommen wird, braucht es eine gute Beziehung zum Klienten/Patienten, damit ein bestmöglicher Prozeß zustande kommt. In der Gestaltung dieser Beziehung fließen die primäremotionalen Reaktionen und Gegenreaktionen mit ein. Sie bilden im „Handlungsdialog“ – also auf der interaktionellen Ebene – oft Pars pro toto wichtige Motive oder Probleme ab, die exemplarisch sind für die zu klärenden oder zu lösenden.

Der hysterisch, narzißtisch oder depressiv strukturierte Patient z.B. wird unbewußt relativ typische krankheitsmitbedingende Interaktionsmuster mit dem Therapeuten konstellieren und gleichzeitig von der Symptom- und Beschwerde-

ebene her bewußt und explizit sein Leiden oder seine Problematik wie losgelöst davon beschreiben.

Der Existenzanalyse ist daran gelegen, daß der Patient mit der Therapie in die Lage versetzt wird, „draußen“ im realen Leben seine besten Möglichen zu verwirklichen, in innerer und äußerer Auseinandersetzung entschieden zu leben. Therapie ist nicht dazu da, eine Rückwärtsgerichtetheit zu erzeugen. Die Beschäftigung mit der persönlichen Vergangenheit, mit der biographischen Dimension hat dann eine Berechtigung, wenn eine diesen Existenzvollzug störende Anwesenheit des Vergangenen und bisher Erlebten in der Gegenwart vorliegt. Auch die Wahrnehmung der interaktionellen und primäremotinalen Prozesse zwischen Patient und Existenzanalytiker führt nicht per se dazu, sie auch bearbeiten zu müssen. Die Beziehungsaspekte werden in der existenzanalytischen Therapie und Beratung entsprechend nicht um ihrer selbst willen thematisiert, auch wenn eine Einigkeit darüber bestehen dürfte, dass das, was *in* der Therapie und wie es passiert eine hohe Bedeutung hat.

Deswegen möchte ich hier einige Indikationen nennen, die therapeutische Situation, eingeschlossen die Fragen von der Übertragung und Gegenübertragung, in der existenzanalytischen Therapie zum eigenen Thema werden zu lassen:

Erste Indikation

Wenn keine Kooperation, keine gemeinsame Arbeit zustande kommt. Wenn der Beziehungs- oder Kontaktaufbau in sich schon gestört ist.

Zweite Indikation

Bei Patienten, die ausdrücklich mit Beziehungs- und Kontaktstörungen kommen. Es gilt hier, den therapeutischen und beraterischen Raum als „Neu-Erfahrungsraum“ für den Patienten zu nutzen. Das konkreteste Hier und Jetzt in der Therapiestunde ist nicht die aktuelle Situation des Patienten in seiner Lebenswelt im Gegensatz zur biographischen Entwicklung, sondern der aktuelle Moment in der Behandlungssituation ist das konkreteste Hier und Jetzt, mit dem gearbeitet werden kann.

Der Patient bringt sein Wahrnehmungs- und Handlungsmuster natürlich auch in die Therapie mit und bringt es in die Beziehungsgestaltung gegenüber dem Therapeuten ein. Die Beziehungsaufnahme zum Therapeuten und die Art und Weise der Mitarbeit ist oft prototypisch für die problematischen Beziehungsmuster und die Weise wahrzunehmen, Stellung zu nehmen und zu gestalten.

Der Raum der Therapie wird dann ein therapeutischer Raum, wenn der Therapeut sein Mithandeln und Reagieren auf den Patienten reflektiert und in die gemeinsame Arbeit mit dem Patienten einbringen kann. Kurz gesagt: sich als Antwortender zur Verfügung stellt, der nicht unberührt außerhalb dieser Situation steht. Es geht dabei aber eben nicht um ein symmetrisches „Du sagst mir, wie es Dir geht - und ich sage Dir, wie es mir (damit) geht“, sondern um eine Rollen-, Aufgaben- und sinnbezogene Nutzung der für den Patienten und dessen Problemlösung relevanten Gefühle und Reaktionen des Therapeuten. Es geht um selektive Authentizität. Diese schließt Personalität und Begegnung eben nicht aus, sondern unter dem Aspekt der Aufgabe ein.

Dritte Indikation

Wenn wir als Therapeuten besonders intensiv oder auffällig wenig auf den Patienten oder dessen Themen reagieren oder uns selbst in besonderer Weise anders erleben als gewöhnlich, dann lohnt sich die Arbeit an der eigenen Gegenübertragung immer. Überhaupt gilt ja, daß unsere bewußte Wahrnehmung des Patienten und seiner Themen und Konflikte zum Teil von den vor- und unbewußten primäremotionalen Vorstellungen, Empfindungen und Impulsen mitbestimmt ist, die der Patient immer schon in uns ausgelöst hat. Man kann unsere *bewußte* und explizite Intervention im Sinne des Handlungsdialoges, zu dem uns der Patient unwillkürlich veranlaßt, probeweise auch als unsere *unbewußte*/vorbewußte Antwort auf den Patienten und dessen „Übertragung“ verstehen, um die tiefergründigen Themen zu eruieren.

Vierte Indikation

Im Rahmen der Ausbildung gehört die Beachtung und Bearbeitung der Gegenübertragung, der eigenen primäremotionalen Reaktion auf den Patienen/Klienten auch und gerade im Sinne der patientenbezogenen Selbsterfahrung und Supervision wesentlich mit dazu.

Das Schöne und zugleich manchmal auch Anstrengende in Therapie und Beratung ist ja, daß wir als quasi „Außenstehende“ doch mehr involviert werden, vereinnahmt werden, dazu gehören, als daß wir objektive, phänomenologische Beobachter bleiben könnten.

Verstehen, Verändern und Nähe entsteht um den Preis des Sich-Betreffen-Lassens, des Sich-mit-verwickeln-Lassens in die manchmal scheinbar „sinnarmen“ und krankhaften Muster der Patienten – dies aber nur als vorübergehendes Gegenüber, als vorübergehender Begleiter um den Preis des Wiederloslassens, der Einmaligkeit, der der Begegnung nunmal innewohnt. Wohl deshalb auch ist therapeutische Beziehung keine Freundschaft, und wohl deshalb erfordert Therapie mehr als Freundschaft und dies nicht nur vom Therapeuten.

Literatur

Blanck G, Blanck R (1989) Ich-Psychologie II. Stuttgart: Klett-Cotta

Buber M (1973) Das dialogische Prinzip. Heidelberg: Lambert Schneider

Frankl VE (1983) Ärztliche Seelsorge. Frankfurt: Fischer

Frankl VE (1981) Wille zum Sinn. Freiburg: Herder

Freud S (1996) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse GW XI

Grawe K et al (1994) Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe

Grawe K (1999) Psychologische Therapie. Göttingen: Hofgrefe

Greenson, R.R. (1973) Technik und Praxis der Psychoanalyse. Klett-Cotta. Stuttgart

Gysling, A. (1995) Die analytische Antwort. Eine Geschichte der Gegenüber-tragung in Form von Autoren-portraits. Edition diskord. Tübingen

Klöwer R (1983) Agieren und Mitagieren. Psyche 37, 828-840

Klöwer R (1995) Studium zur Fohaltherapie. Frankfurt: Surkamp

König, K. (1993) Gegenübertragungsanalyse Göttingen. Vandenhoeck und Ruprecht

Krause, R. (1997) Allgmeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd. 1 Kohlhammer . Stuttgart

Längle, A. (1984) Das Seinserlebnis als Schlüssel zur Sinnerfahrung. In: Sinnvoll heilen 1984, Freiburg. Herder
Längle, A. (1988) Zur methodischen Vorgehensweise in der Existenz-analyse und Logotherapie. In: Existenz und Zwang – Therapeutischer Prozeß und existentielle Entscheidung (1988) Wien
Längle A (1991) Personale Existenzanalyse. In: Wertbegegnung. Wien: GLE-Verlag
Mertens W (1990) Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 1-2, Stuttgart: Kohlhammer
Mertens W (1991) Einführung in die psychoanalytische Therapie. Bd. 3, Stuttgart: Kohlhammer
Peinhaupt W (1990) Die Bedeutung des Begriffes der „Begegnung" für die Psychotherapie unter Besonderer Berücksichtigung der Existenzanalyse und Logotherapie. Wien: Diplom-Arbeit
Petersen P (1980) Übertragen und Begegnen im therapeutischen Dialog - Ansätze zu einer Anthropologie der therapeutischen Begegnung. In: Petzold H (Hrsg) Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Jungfermann
Pine F (1990) Die vier Psychologien der Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Praxis. Forum Psychoanal 6, 232-249
Schulz von Thun F (1981) Miteinander reden. Bd. 1, Hamburg: Rowohlt
Streeck U (1994) Psychoanalyse von Angesicht zu Angesicht. Forum Psychoanal Bd. 10, 1
Thomä H (2001) Intersubjektivität und Bifokalität der Übertragung. In: Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung, 5, 187-201
Thomä H, Kächele H (1986) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 1, Heidelberg: Springer
Thomä H, Kächele H (1988) Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd. 2, Heidelberg: Springer
Watzlawik P (1982) Menschliche Kommunikation, Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 6°
Wyss D (1980) Zwischen Logos und Antilogos. Göttingen: V&R

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. H.-M. Rothe
Girbigsdorfer Straße 1-3
D-02828 Görlitz
hmrothe@aol.com

Empathie in der Begrifflichkeit des klientenzentrierten Zugangs aus Sicht der Existenzanalyse

Svetlana Krivtsova, Marina Chazanova

Dieser Artikel ist ein Versuch, die Empathie, ein zentraler Begriff und eine grundlegende Haltung der klientenzentrierten Psychotherapie, unter dem Blickwinkel der Existenzanalyse zu betrachten. Wir hielten uns an den strukturellen Zugang der vier Grundmotivationen von A. Längle und versuchten so, die beiden Theorien zusammenzuführen.

1. Die Entwicklung von Vorstellungen über Empathie im klientenzentrierten Zugang von C. Rogers

Es ist heute weithin bekannt, daß empathisches Verstehen (Empathie) Veränderungen des Klienten erleichtert. Zwei weitere Bedingungen sind nach C. Rogers die Kongruenz des Psychotherapeuten[1] und die nichtbewertende Annahme des Klienten.

Im Rahmen dieser notwendigen Voraussetzungen für den therapeutischen Prozeß wurde die Empathie ursprünglich verstanden als ein den Gefühlen des Klienten Folgen (Rogers 1957). Dabei hatte der Therapeut die Funktion eines Spiegels, in welchem sich der Klient wohlwollend widergespiegelt fand. Diese nicht-direktive Begleitung war durch das Prinzip der Autodetermination – der dem Menschen eigenen Tendenz zur Selbstentfaltung und zu persönlichem Wachstum – begründet worden. Da die Autodetermination in der Anthropologie von C. Rogers als fundamentaler Aspekt der menschlichen Natur gilt, war die Widerspiegelung der Gefühle eine logische Konsequenz für die Ermöglichung dieses Wachstumsprozesses. Das Mitgehen mit dem Erleben des Klienten beinhaltete nicht nur die emotionale Rückspiegelung, sondern auch die Annäherung an Inhalte: „Das Wichtigste und das, wovon ich nie weggehe", schreibt C. Rogers, „ist das Bemühen, die genaue Bedeutung dessen zu verstehen, was der Mensch zum Ausdruck bringt. Gerade solches Verstehen versuche ich zu erreichen, indem ich mich über verschiedene Verwicklungen durchsetze und unseren Kontakt darauf zurückbringe, was das zum Ausdruck Gebrachte für den Menschen bedeutet." (Rogers 1970)

Wahrscheinlich ist diese starke Betonung der nicht-direktiven Atmosphäre in der Therapie damals ein notwendiger Schritt gewesen. Sein Ergebnis war die Veränderung von Prioritäten in der Psychotherapie: es ging die Kontrolle dessen, was in der Therapie geschieht, aus den Händen des Therapeuten in die Hände des Klienten über.

Dieses Verständnis von Empathie wurde auch ernsthaft kritisiert. „Wir sind gut trainiert, den anderen zuzuhören, eine bestimmte Atmosphäre zu schaffen, den Menschen ihr eigenes Erleben zurückzugeben", schreibt die Kollegin von C. Rogers M. Bouen, „aber wo sind *wir selbst* in diesem Prozeß? Ob wir uns selbst hören? Ob wir die anderen hören und das, was sie uns sagen, verdoppeln, wenn von ihnen Feedback kommt, das wir nicht hören wollen?" (Bouen 1992, 31) Tatsächlich entstand bereits in den 60-er Jahren ein Stereotyp des Therapeuten, der da saß, dem Klienten zuhörte und nur ab und zu billigend vor sich hin lächelte. Er durfte das, was der Klient sagte, nur wiederholen oder präzisieren. Auch den Klien-

[1] Der leichteren Lesbarkeit halber wird das generische Maskulinum verwendet.

ten fielen solche „typischen“, nicht-direktiven Besonderheiten wie Passivität, Angst vor Fehlern und die fehlende Lust „in den Vordergrund zu treten“, auf (Bouen 1992, 26).

Im Laufe der Entwicklung des personenzentrierten Zugangs existierten gleichzeitig zwei entgegengesetzte Tendenzen. Die eine von ihnen kann man als *Technologisierung der Methode* bezeichnen. „Ich meine“, schreibt M. Bouen (ebd. 30), „daß sich C. Rogers vielleicht geirrt hat, als er dachte: es soll nicht schwerfallen, dem anderen Menschen das beizubringen, was ihm selbst leicht gefallen war. Ich sehe, wie sich dieser Fehler in den Ausbildungskursen niederschlägt, wo der wunderbare Prozeß der Berührung einer Seele durch die andere, der Einswerdung von zwei Menschen, in die Techniken des aktiven Zuhörens, der Widerspiegelung vom Erleben usw. zergliedert wird. Ich bin dagegen überzeugt, daß die Einheit des Klienten und des Therapeuten in ihren Haltungen gründet.“

Die zweite Tendenz war das Bestreben von C. Rogers, die *dominierende Bedeutung der Persönlichkeit des Therapeuten* selbst zu unterstreichen. Er soll sein Können tief fühlen, seinem Gespür vertrauen und dadurch die innere Welt des Klienten verstehen. Im Jahre 1961 beschreibt C. Rogers die Empathie folgendermaßen: „Die persönliche Welt des Klienten zu verstehen, als ob sie deine eigene wäre, aber ohne dieses ‚als ob’ zu verlieren – das ist eben Empathie … Wut, Angst oder die Verwirrung des Klienten zu verstehen, als ob sie die eigenen wären, und doch ohne eigene Wut, Angst und Verwirrung, die damit verbunden sind … Wenn die Welt des Klienten dem Therapeuten klar ist und er sich darin gut orientieren kann, dann kann er mit Worten sein Verstehen von seiner Welt wiedergeben, sowohl das, was ihm klar ist als auch das, was der Klient noch nicht in Worte fassen kann bzw. was ihm kaum bewußt ist.” (Rogers 1961) Das empathische Verstehen ist also kein einfaches Eintauchen in das Erleben des Klienten, das durch Übungen trainiert werden kann. Es ist vielmehr ein Prozeß,

1) in dem der Therapeut gut das eigene Ich spüren muß (eine Voraussetzung für das „als ob“), d.h. sich nicht mit dem Klienten identifizieren darf und dadurch keine „Nahrung“ für negative Gefühle im Klienten gibt;
2) in dem der Therapeut nicht auf alles, was kommt, reagiert, selbst nicht darauf, was den Klienten am meisten bewegt, sondern darauf, was bei *ihm* (Therapeuten) das stärkste emotionale Angesprochensein hervorruft;
3) der für die Integration von heterogenen Eindrücken zur Schaffung einer einheitlichen Welt des Klienten befähigen soll;
4) worin der Therapeut sein Verstehen dosiert vermittelt, ohne den Prozeß des Klienten selbst zu „überholen“.

So entstand das Konzept des Verstehens im psychotherapeutischen Dialog. Wie C. Rogers diese Vorgangsweise selbst angewandt hat, beschreibt M. Bouen (ebd. 34) aus ihrem Erleben so: „Mein Eindruck war: je tiefer der Kontakt von C. Rogers mit der anderen Person wird, desto mehr beruhigt sich sein Denken (mind). Und Rogers selbst ist ganz auf das eine ausgerichtet, als ob er selbst im Zustand der Meditation wäre. Es kam mir vor, daß er in einen veränderten Bewußtseinszustand kam, in dem der Dualismus, das Getrenntsein zwischen ihm und dem anderen Menschen, verschwanden. Er wird eins mit dem Klienten und dadurch dringt er in seine desorganisierte, verwickelte, irrationale Welt ein und führt wie ein Magnet das fragmentierte und vereinzelte Erleben des Klienten zu einem einzigen *integrierenden Eindruck* zusammen. Der in Form von Feedback gegebene Eindruck des Therapeuten macht es dem Klienten möglich, alles in einem neuen Licht zu sehen und seine chaotische Erfahrung zu organisieren und zu ordnen. Dieses Organisieren ist erst dann möglich, wenn der Therapeut und der Klient die gleiche Wellenlänge haben und die Grenzen zwischen Ich und Du verschwinden. Dieser Augenblick des Organisierens ist das Wesen des therapeutischen Prozesses.“

In dieser Beschreibung fallen zwei Dinge auf: erstens der Umstand, daß das Spiegeln kein dominierendes Thema mehr ist. Zweitens steht der Hinweis im Zentrum, daß „die Grenzen von Ich und Du verschwinden”, so daß ein gemeinsamer Raum entsteht. Das widerspricht auf ersten Blick dem „als ob“-Prinzip von Rogers, demzufolge sich der Therapeut nicht mit dem Klienten identifizieren oder gar in ihm auflösen darf. Dies gilt es nun noch etwas näher zu beleuchten.

1) Tatsächlich steht im Prozeß des empathischen Verstehens, so wie ihn Rogers beschreibt, das *Spiegeln des Erlebens im Hintergrund*. Es stellte sich heraus, daâ der integrierte Eindruck auf Grundlage von *unterschiedlichem Material* entstehen und auch vom Therapeuten auf *unterschiedliche Art* formuliert werden kann, und daher kein reines Spiegelbild dessen ist, was der Klient sagt. „Ich kann ihn (Rogers) im Prozeß der Psychotherapie als jemanden vorstellen, der die Eindrücke auswählt und sie nicht einfach aus dem Erleben nimmt. Und doch haben sie den gleichen integrierenden und starken Effekt des Ordnens und des Sinngebens für den desorganisierten Zustand der Psyche des Klienten. Keineswegs am Erleben klebend könnte ihm vielleicht irgendeine Gestalt oder eine Metapher kommen, die er als hilfreich für den Klienten ansieht, damit dieser seine Erfahrung besser organisieren kann. Oder er könnte mit der intuitiven Vermutung bezüglich der verdeckten Ursache des Unglücks des Klienten kongruent sein.“ (ebd. 35). Hier nun ist nicht mehr die emotionale Offenheit, die zum Spiegeln vom Erleben fähig macht, das Wichtigste, sondern ganz andere Fähigkeiten.

2) Was den Widerspruch zwischen dem Einswerden des Klienten und Therapeuten im Dialog und das Prinzip des „als ob“ anlangt, so hat gerade dieser Widerspruch das weitere Verstehen des Dialogs in den Arbeiten von C. Rogers gefördert. So schreibt Rogers (1975) in seinem Artikel über Empathie, daß in der klientenzentrierten Therapie jene Menschen arbeiten können, die ein *starkes Ich* haben und in *ihren Kräften sicher* sind, „damit man in die Welt von jemanden eindringen kann, ohne Angst zu haben, etwas im manchmal unbekannten, komischen oder bizarren Labyrinth der inneren Welt des anderen Menschen zu verlieren. Sie wissen, daß sie ohne besondere Schwierigkeiten in ihre eigene Welt

zurückkehren können, sobald sie es wollen.“ C. Rogers kommt zum Schluß: je psychologisch reifer und integrierter der Therapeut ist, desto mehr Hilfe gibt die von ihm angebotene psychotherapeutische Beziehung. Und umgekehrt, der Therapeut, der mit sich selbst, mit seinem Ich beschäftigt ist, wird entweder zu sehr bestrebt sein, zu helfen oder sich von seinem eigenen Wunsch nach Liebe und Anerkennung gängeln lassen. Nur derjenige, der alles mit sich selbst geklärt hat, *kann sein Ich wirklich aus dem Prozeß entfernen,* dann ist er für die Begegnung bereit.

Wir haben in diesem Abschnitt gesehen, wie das Verständnis von Empathie auf natürliche Weise erweitert wurde und schließlich zum Dialog, zur Begegnung führte.

Weiters haben wir dabei überraschenderweise festgestellt, daß das Wichtigste in der dialogischen Methode ***das Ausschließen des Ich des Therapeuten aus dem Prozeß*** sei**.**

Uns scheint es nun interessant zu sein, dem nachzugehen, wodurch diese Fähigkeit gefördert und wodurch sie gehemmt wird, was übrigbleibt, wenn das „Ich verschwindet“, und wie dieser Vorgang in der Existenzanalyse aufgefaßt wird.

Der therapeutische Dialog sei laut der Definition von A. Längle ein Dialog, in dem es ausschließlich um den Klienten geht, um seine Gefühle, seine Probleme. Und der Therapeut ist nur für ihn da. Je reifer und stärker das Ich des Therapeuten wird, desto besser kann er diese Haltung realisieren.

Es sei zu bemerken, daß dieser Zugang tiefe Wurzeln in der russischen philosophischen Denkweise hat. Die existentielle Philosophie in Rußland aus dem Anfang des 20.Jahrhunderts, vertreten durch die Arbeiten von P. Florenskij und N. Berdjaew, kannte und entwickelte die Ideen der phänomenologischen Wahrnehmung. Und 1929 schafft der russische Philosoph M. Bachtin, ein Schüler von Max Scheler und Methodologe des dialogischen Zuganges in der russischen Psychologie, in seiner Arbeit „Zur Philosophie der Tat“ seine „Anthropologie des sittlichen Menschen“ und führte den Begriff des *„absoluten Sich-Ausschließens“* ein. Eine solche Haltung im Dialog stellt nach Bachtin den Höhepunkt der persönlichen Entwicklung dar und ist Voraussetzung für die Realisierung von sittlichen Prinzipien. Sie wird möglich, wenn der Mensch gewohnt ist, die authentischen Haltungen zu realisieren und sich selbst tief vertraut. All das steht im Einklang mit den Ideen von C. Rogers. Und es scheint uns, daß wir in der Existenzanalyse die detaillierte Entwicklung der Bedingungen dieses Prozesses finden.

2. Verhältnis zwischen einzelnen Begriffen des klientenzentrierten und des existenzanalytischen Zuganges

Wir werden verschiedene Aspekte des *Sich-Ausklammerns* in dem therapeutischen Dialog betrachten. Es mag erstaunen, daß es dabei immer um die Empathie gehen wird.

Im Rahmen der 1. Grundmotivation (GM) geht es

- um die Angst, die das intentionale Eintauchen in den anderen hemmt;
- um die Aggression;
- um die Übertragung und Epochè;
- um den Raum des Dialogs und um Vertrauen.

Im Rahmen der 2. GM werden wir das Thema „Raum“ fortsetzen, das sich in das Thema Zeit verwandelt und die tiefen emotionalen Prozesse ermöglicht.

In der 3. GM greifen wir auf das Thema des Ichs, des Selbstwertes und auf die Konzeption der Person zurück.

2.1. Angst, Aggression, „unpersönliche“ Haltung, Kongruenz und Epochè

Von ihrem Wesen her ist die Empathie die Realisierung der phänomenologischen Methode. Die phänomenologische Methode (Husserl, Heidegger) enthält drei Schritte: intentionale Zuwendung zum anderen, Eindruck, Analyse des Eindrucks – Epochè. Aber, wie bekannt, öffnet sich der Mensch für das phänomenologische Wahrnehmen nur dann, wenn ihm das Wesen dessen, was er begreifen will, keine Angst macht.

Schauen wir uns an, inwieweit der Therapeut im Zugang von C. Rogers zur Empathie fähig ist, wenn er in der Situation eine Gefahr empfindet? Was macht er in dem Falle, wenn er auf Aggression und Übertragung stößt?

In der Monographie „Client-centered therapy: Its current practice, impli-cations and theory“ (1951) beschreibt C. Rogers einen Fall aus seiner Arbeit mit der Übertragung. Die Klientin hat ihn im Traum als gleichgültig und beschuldigend gesehen. Sie reagiert darauf mit Gefühlen von Schuld, Angst und Scham. In der nächsten Sitzung erzählt sie ihrem Therapeuten darüber, und daß sie ganz widersprüchliche Gefühle empfindet. Rogers schreibt: „Der Therapeut geht damit genauso um wie mit jenen Reaktionen, die auf andere Menschen gerichtet sind.“ (ebd. 216) Und er führt ein etwas abgeändertes Zitat von Fenichel an: „Die Reaktion des Therapeuten auf die Übertragung in der klientenzentrierten Methode ist die gleiche wie auf jede andere Haltung des Klienten: er versucht zu verstehen und anzunehmen.“ Weiters schreibt Rogers in demselben Kapitel: „Der erfahrene klientenzentrierte Therapeut stößt nur selten auf Schwierigkeiten beim Umgang mit den Haltungen von Feindlichkeit oder Anhänglichkeit, die auf ihn gerichtet sind.“ (ebd. 228) Aber wie macht er das?

In den früheren Arbeiten von Rogers (aus den 40-er Jahren) gibt es eine Beschreibung über den Eindruck eines Klienten von der Arbeit des Therapeuten mit seiner Aggression. Der Klient beschreibt, daß es ihm sehr geholfen hat, mit der Aggression fertig zu werden, weil sich der Therapeut ***„unpersönlich“ verhalten*** hat. Er „meint nicht, daß die Beziehung kühl oder uninteressant war. Das ist der Versuch des Klienten, eine unikale Erfahrung zu beschreiben, in der die Persönlichkeit des Beraters – als bewertende, reagierende Persönlichkeit mit ihren eigenen Bedürfnissen – absolut fehlt. In diesem Sinne ist die Beziehung *un*-persönlich. Gerade das – die teilnehmende Bereitschaft des Beraters, seine eigenen Sorge beiseite zu schieben, um die Erfahrung des Klienten zu erleben – macht eben die Beziehung zu einer unikalen Erfahrung, die sich von der gesamten Vorerfahrung des Klienten unterscheidet.“ (ebd. 222f.)

Wovon ist hier die Rede? Diese „unpersönliche“ Haltung ist allem Anschein nach das Ergebnis einer Situationsanalyse. Ob ich die Quelle der aggressiven Gefühle des Klienten bin? Ob es um mich geht?

Ob diese Aggression tatsächlich gegen mich gerichtet ist? Der Therapeut braucht nicht nur die negativen Antworten auf die Fragen zu erhalten, sondern er soll auch unbegrenzt daran glauben, daß die Haltung des Verstehens und der Annahme dem Klienten helfen wird, sein Problem zu bewältigen. So *geht es hier nicht um das kongruente Verhalten*, sondern nur darum, daß man dem Klienten erlaubt zu fühlen und seine Gefühle völlig angstfrei zum Ausdruck zu bringen. Die Idee der Anwendung dieser therapeutischen Haltung wurde von einer der Schülerinnen von C. Rogers, Virginia Axline verwirklicht, die Anfang der 60-er Jahre die nicht-direktive Kinderspieltherapie gegründet hat. In diesem Punkt ähnelt die Haltung des „unpersönlichen" Therapeuten unserer Meinung nach der abstinenten Haltung des Therapeuten in der Psychoanalyse[2].

Eine spezifische Form des „Sich-Ausklammerns" im Falle einer Bedrohung beschrieb C. Rogers in seiner Gruppe in Moskau 1986. Als er noch in der Klinik tätig war, kam einmal ein schmächtiger, kleiner Student für ein Praktikum. Er sollte mit einem psycho-patischen, korpulenten Mann arbeiten, der einen starken Hang dazu hatte, anderen Menschen Angst einzuflößen. Als der Student zum ersten Mal mit ihm zusammen kam, nahm der Mann seine charakteristische bedrohliche Körperhaltung ein. Der Student schaute ihn an und sagte ganz weich und ruhig: „Ich habe Angst". Darauf ließ der andere von seiner Körperhaltung ab.

In diesem Beispiel formulierte der Therapeut eine Ich-Mitteilung, indem er seine Angst annahm: „Ich habe Angst". Solches Verhalten ist eine personale Antwort. Sie ist möglich, wenn die 1. Grundmotivation erfüllt ist: man muß die eigene Angst annehmen, damit man über sie in dieser Form sprechen kann. Und hier ist gerade das Annehmen wichtig, denn sonst erlebt man seine Angst als etwas, was einen stört. Man nimmt die Angst an und räumt sich das Recht ein, Angst zu haben. Aber unserer Meinung nach ist in diesem Beispiel das Wichtigste nicht die Ich-Mitteilung an und für sich, sondern daß sie ohne Aggression und sogar ohne Bestimmtheit in der Stimme gesagt wird. Und das Allerwichtigste ist die Tatsache, daß der Therapeut nicht weggeht, sondern die Absicht hat, es wiederholt zu versuchen, den Dialog zum Klienten aufzunehmen.

Dieses Beispiel berührt die Zuhörer tief und kann mit großer Wahrscheinlichkeit auch den Klienten berühren. Es ist kein Wunder, denn ihm liegt das alte christliche Gebot zugrunde: „klopfet an und es wird euch aufgetan". Hier wäre zu bemerken, daß die christliche Religion ein nicht demütiges Annehmen einer solchen Äußerung als Hochmut ansieht. Denn es ist wichtig, daß man stets den Glauben an den Menschen und die Hoffnung auf das Bessere behält. Christliche Demut wäre in diesem Kontext die Form des „Sich-Ausklammerns". Aber ob solches Verhalten kongruent ist? Allem Anschein nach nicht immer, und das wird von den Klienten „gelesen". Aber je erfahrener und weiser der Therapeut ist, desto organismischer zeigt er sich, genauer gesagt, zeigt er sich nicht. Je weniger es den Therapeuten im Dialog gibt, desto mehr Platz bleibt für den Klienten.

C. Rogers sprach über den *gemeinsamen psychologischen Raum*. Seine Tendenz, den therapeutischen Prozeß nicht zu strukturieren, was oft als Nicht-Direktivität wahrgenommen wird, bedeutete unter anderem eine gewisse stille Anweisung an den Klienten: du darfst soviel Platz einnehmen, wie du brauchst, und du darfst das selbst bestimmen. Wenn der Klient schweigt, wird der Therapeut ihn nicht mit seiner Aktivität drängen. Sie schweigen gemeinsam, und dieses Schweigen kann man so verstehen, daß der Therapeut den ganzen Raum des Zusammenwirkens dem Klienten zur Verfügung stellt. Das Schweigen erfüllt mehrere Funktionen: verstärkt das Vertrauen, ist Katalysator des Erlebens, kann zur Einsicht beitragen. Die Sitzung, die Rogers 1986 auf der Bühne des Konferenzraumes der Moskauer Universität vorgeführt hat, hat die Autoren dieses Artikels stark beeindruckt. Er arbeitete vor dem großen Zuschauerraum auf der Bühne mit einer nicht mehr jungen Frau, die Probleme mit ihrer heranwachsenden Tochter hatte. Nach dem kurzen Gespräch mit Hilfe des Dolmetschers schwiegen sie. Das Schweigen dauerte ein, zwei, drei Minuten. Keiner sagte etwas. Rogers schien kein unangenehmes Gefühl zu haben. Er saß da, tief und traurig in seine Gedanken versunken. Ab einem gewissen Moment empfand ich (S. Kriwtsowa) eine tiefe Aufregung, spürte die Ernsthaftigkeit des Problems und auch das große Vertrauen des Therapeuten zu mir, ja zum ganzen Zuschauerraum, der den Prozeß in absoluter Stille verfolgt hatte, als ob uns eine große Ehre zuteilt würde, in einem so persönlichen Bereich des menschlichen Leidens und des Mitgefühls einzusteigen. Dadurch entstand das Gefühl der Nähe, gemischt mit einem peinlichen Gefühl und zugleich mit Verwunderung.

Das Thema des Vertrauens zieht sich wie ein roter Faden durch die klientenzentrierte Psychotherapie. Die Grundprinzipien der Theorie von Rogers - die Autodetermination und die Selbstre-gulation - besagen, daß jeder Mensch imstande ist, das zu wählen, was in der Zukunft die Qualität seines Lebens und auch das Leben der Menschen um ihn verbessern wird. Dabei hat jeder seinen natürlichen Rhythmus in der Entwicklung. Sich auf diese Postulate stützend vertraut der Therapeut in diese Kräfte im Klienten. Das Vertrauen des Therapeuten „gibt dem Klienten Mut, durch die schützenden Vorhänge der Angst und der Schuld durchzukommen und seinem Unbewußten von Angesicht zu Angesicht zu begegnen, indem er dieses ganze Erleben im Prozeß seines Erkennens integriert" (Bouen 1992, 25). Weiters schreibt M. Bouen (ebd. 25), daß sie in diese Kraft im Klienten leicht vertrauen kann: „Der Glaube an die Fähigkeit des Menschen zur Selbstregulation befreit mich sowohl in der Rolle des Psychotherapeuten, als auch in meinem privaten Leben. Sie meint, daß ich bei jedem

[2] In anderen Bereichen unterscheiden sich die Zugänge natürlich schon auf den ersten Blick. Um aber die genannte Parallele zu unterstreichen, sei noch ein Zitat aus dem Artikel von M. Bouen (ebd. 33) wiedergegeben: „Mich interessiert, ob der Erfolg von S. Freud als Psychotherapeut vielleicht auch auf seiner Fähigkeit, die Grenzen zwischen sich selbst und dem Klienten zu überwinden, begründet war. In seinem Fall anstatt Fixierung vom Erleben, was C. Rogers macht, kam sein integrierender Eindruck in Form von dem Urteil über verdeckte Ursachen zum Ausdruck. Seine Fähigkeit, die Grenzen zu überwinden, kann als reine Technik der Interpretation verstanden werden, so ähnlich wie die analoge Fähigkeit von C. Rogers als Spiegelungstechnik des Erlebens beschrieben wird."

anderen ich selbst sein kann, ohne befürchten zu müssen, daß ich diesen Menschen zu stark beeinflussen könnte: ich kann meine Gedanken frei zum Ausdruck bringen und meine Persönlichkeit zeigen, ohne zu fürchten, daß ich jemanden dazu zwingen würde, mir zu folgen. Denn wenn das, was ich anbiete, nicht in Harmonie mit dem Rhythmus und dem Ausgerichtetsein des anderen Menschen steht, dann wird es von ihm nicht assimiliert. Wenn aber andererseits das, was ich sage oder tue, Resonanz in der inneren Welt des anderen Menschen findet, kann das zum Katalysator seiner Entwicklung werden. Ich denke, daß eines der *größten Paradoxa des personenzentrierten Zuganges* auf diesem zweiten Punkt beruht: einerseits predigen wir Vertrauen in die Fähigkeit des Menschen, den eigenen Prozeß des persönlichen Wachstums zu steuern und die eigene Fahrtrichtung auszusuchen; andererseits neigen wir dazu, mit ihm sorgfältig umzugehen, weil wir befürchten, auf ihn einen viel zu starken Einfluß auszuüben, als ob der andere Mensch ein kleines, nachgiebiges Kind wäre, auf den beliebige Bemerkungen der Eltern Eindruck machen."

2.2. Gefühle, Nähe, Empathie

Empathie ist Erleben der Nähe. Unserer Meinung nach spricht die Tatsache, daß die humanistische Psychotherapie mit dem revolutionären Schritt durch Amerika und Europa marschierte, die Herzen von vielen Menschen für sich gewann und die soziale Atmosphäre des Westens in den 60-70-er Jahren veränderte, davon, wieviel Defizit es an Nähe und Wärme in der menschlichen Gesellschaft gibt. In Rußland kann man erwarten, daß der rogerianische Zugang gute Aussichten hat. Aber am Ende fand zu wenig davon statt, was hätte stattfinden können! Die 90-er Jahre brachten unserem Land die Bücher von Carl Rogers, und Natalie Rogers kam zu uns, es begann die Ausbildung, das Interesse war sehr groß. Alle haben Bücher gelesen, die Technik verwendet, alle begannen empathisch zuzuhören. Aber die Mode war schnell vorbei. Alles verwandelte sich zu schnell in die ausgelaugte Technologie, die Indirektivität erwies sich als berechenbar, schablonenhaft und unehrlich. So wurde die klientenzentrierte Therapie rasch in unzähligen Witzen über Psychologen ausgelacht. Heute sind in Rußland andere Zugänge wie Gestalttherapie, Transaktionsanalyse, Psychoanalyse viel verbreiterter.

Durch sein ernsthaftes und ehrliches Interesse für die freud- und leidvollen Gefühle des Klienten übersetzt der Therapeut dem Menschen den Wert seiner Gefühlen, genehmigt ihm dieses Leid und diese Freude. Er tut so, als ob er ihm erlaubt, sich selbst nah zu sein, er fördert die Zuwendung, indem er zu verstehen gibt, wie dieser Prozeß in ihm selbst verlaufen kann. Hier braucht man Zeit, die, wie oben gesagt, besonders klar in dem *Rogersschen Schweigen zu beobachten ist, in dem die Gefühle an Kraft gewinnen*. Die Zeit ist, wie bekannt, der Raum für die Beziehung.

In allem, was sich auf die Gefühle bezieht, beginnt das Thema „Ich" klarer zu erklingen. Indem ich mich in den Prozeß der Trauer und der Leiden vertiefe, muß ich meine Grenzen gut spüren: da leide *ich*, da tut es *in mir* weh, dabei soll ich mich *unterschieden* von dem Prozeß fühlen, soll mich nicht auflösen.

Gleichzeitig verlangt der Prozeß der Begleitung der Trauer vom Therapeuten keine Parallelisierung von Emotionen, kein lineares Folgen den Gefühlen. Wie C. Rogers selbst festgestellt hat, ist es sehr wichtig, sich im Feld der Erfahrung des Klienten so gut zu orientieren, daß man ihn einheitlich sehen und ihm das integrierte und nicht das widergespiegelte Gefühl zurückgeben kann. „Die Widerspiegelung von Gefühlen aber kann oder kann nicht *integrierender Eindruck* sein, der die Reorganisation des Erlebens des Klienten in ein neues Bewußtsein erleichtert. Das wird davon abhängig sein, ob wir Psychotherapeuten die innere Welt des Klienten spüren, sein Erleben teilen, oder nur seinen Worten zuhören" präzisiert M. Bouen (ebd. 24). Der integrierende Eindruck, der eigentlich den Augenblick der psychotherapeutischen Veränderung herbeiführt, involviert mich als Therapeuten in viel stärkerem Maße als die oben beschriebene „unpersönliche Haltung". Wer integriert denn die Eindrücke, wenn mein Ich aus diesem Prozeß „ausgeklammert" ist?

2.3. Inner Self, Person, Selbstwert

C. Rogers verwendet oft den Begriff vom *Inneren Ich*, das den Leitsatz widerspiegelt, daß der Weg des persönlichen Wachstums eher der Weg der Rückkehr zu sich selbst sei als der Weg der Verwandlung zu etwas, was man noch nicht ist. Die innere Quelle des Wissens, der Weisheit und der Liebe gibt es in jedem Menschen. „Je mehr ich in mich hinuntersteige, entdecke ich etwas Aufregendes, den Kern, der gar keinen Haß enthält." (Rogers 1961, 143). An einer anderen Stelle sagt er über seine Klientin: „Indem Sie das entdecken, was Ihr Wesen ist, das sich von allen anderen Seienden unterscheidet, kommen Sie zu einer sehr tiefen und sehr aufregenden Erkenntnis, daß der Kern von Ihrem ‚Ich' nicht nur keinen Haß enthält, sondern in Wirklichkeit mehr an einen Heiligen erinnert, etwas tatsächlich sehr Reines ist – das ist das Wort, das ich gebrauchen würde." (ebd. 143)

"Die Individuen besitzen große innere Ressourcen für Selbsterfahrung und Änderung von ihren Ich-Konzeptionen, Grundhaltungen und des selbstregulierbaren Verhaltens. Diese Ressourcen können herangezogen werden, wenn es gelingt, ein bestimmtes Klima zu schaffen, das durch die fördernde psychologische Haltung gesichert wird", schreibt Rogers in seinem letzten Buch (1980, 117). „In dieser Formulierung sehe ich gleichzeitig den Ausgangspunkt für die Entfaltung von geistigen Aspekten des person-zentrierten Zuganges und die Einschränkungen, auf die dieser Zugang im geistigen Bereich stößt. Die Entfaltung folgt aus der Anerkennung dessen, daß wir bereits alle notwendigen Ressourcen in uns haben, um ein vollständiges Leben zu leben. Die Einschränkung folgt aus der Abhängigkeit von interpersönlichen Beziehungen als des einzigen Weges für die Heranziehung von diesen Ressourcen." (Bouen 1992, 27)

Für die Existenzanalytiker ist es klar, wovon hier die Rede ist. Das Erreichen des inneren Ichs, seine Einbeziehung in den Therapieprozeß, macht den therapeutischen Dialog gerade zum echten therapeutischen Dialog, der in der personalen Begegnung begründet ist.

Das Vorhandensein der Quelle der

Weisheit und des Wissens, die über die Grenzen des Verstandes hinausgeht, ist schon immer Gegenstand der Philosophie, der Wissenschaft, der Kunst, der Religion und der Psychologie gewesen. Im Sinne der Person-Konzeption von A. Längle wird auch das *Sich-Ausklammern* klar: es handelt sich um das Erreichen des hohen Niveaus des Selbstwertes, wenn das Ich stärker wird, sich verdoppelt, das Selbstbild klarer wird und die Dynamik der Verletzung kein Thema mehr ist. Das starke Ich sichert die Fassung des „Flußbettes", durch das die Person aus der geheimnisvollen Tiefe strömen kann. Aber das Wesen von dieser Dimension selbst kann nicht ganz gefaßt werden. Der einzelne Mensch ist viel weniger als das, was in ihm spricht.[3] (Rogers 1970) Es ist klar, daß das entscheidende Ich (bei Rogers ist das der innere „locus of control") und das Selbst (Wertbereich des Ichs) keine Synonyme des Inneren Ichs sind.

Nach der Erreichung des *„absoluten Sich-Ausschließens"* (M. M. Bachtin) bleibt das Ich stark, aber wird wie durchsichtig (das ist das höchste Stadium der Persönlichkeitsentwicklung in der Theorie eines weiteren Psychologen, des Russen B. S. Bratys). Was durch das *durchsichtige Ich* spricht, ist die Person.

„In solchen Augenblicken", schreibt M. Bouen (ebd. 29), „verschwinden die eigenen Grenzen und wir sind mit dem, was wir tun, wie verschmolzen. Die Grenzen zwischen Ich – Andere – Umgebung – Gott verschwinden. Alles ist das Eine. Es kann passieren, wenn wir in den kreativen Prozeß involviert sind, wenn wir in das Gebet oder in die Meditation vertieft sind, wenn wir mit der Natur eins sind oder wenn wir das Gefühl der Liebe empfinden.

Ich meine tatsächlich, daß die besondere Gabe von C. Rogers als Psychotherapeuten in seiner Fähigkeit bestand, diese geistigen Augenblicke im psychotherapeutischen Prozeß selbst zu erleben und damit zu arbeiten, stets vom eigenen inneren Ich ausgehend."

C. Rogers schreibt in seinem letzten Artikel, der 1982 entstand: „Vor kurzem hat sich meine Vision durch einen weiteren Bereich erweitert, der sich vorläufig empirisch nicht erschließen läßt. (…) Ich habe entdeckt, wenn ich am nächsten zu meinem inneren Ich bin, wenn ich irgendwie mit dem Unbekannten in mir in Berührung komme, wenn ich mich wahrscheinlich in der Beziehung mit dem Klienten in einem etwas veränderten Zustand befinde, daß sich dann alles, egal was ich tue, als heilend erweist. Dann befreit und hilft allein meine Anwesenheit. Ich kann nichts tun, um diesen Zustand näher zu bringen, aber wenn ich mich entspannen kann und meinem transzendentalen Wesen näher kommen kann, dann kann ich mich in der Beziehung mit dem Klienten auf komische und impulsive Art benehmen, für die ich keine rationale Rechtfertigungen finden kann und die auf keine Weise mit meinen Denkprozessen zusammenhängt. Aber irgendwie erweist sich dieses Benehmen als richtig. In solchen Augenblicken hat man das Gefühl, daß mein Geist nach außen gegangen ist und den inneren Geist des anderen Menschen berührt hat. Unsere Beziehung transzendiert sich und wird Teil von etwas Größerem. Es ist wesentliches und sichtbares Wachstum, Heilung und Energie vorhanden."

So hat uns die Studie zur Entwicklung des Empathie-Verständnisses bei Rogers gezeigt, daß man unter Empathie zu verschiedenen Zeiten unterschiedliche Prozesse verstanden hat, die sich langsam dem personalen Dialog näherten. In diesem Prozeß hat die Spiegelung von Gefühlen aufgehört, die dominierende Rolle zu spielen. Nicht nur beim Klienten, sondern auch beim Therapeuten entstand in der Folge das Recht, seine eigenen Gefühle zu zeigen. Im letzten Artikel hat Rogers endlich die geistige Dimension als den „vierten Bestandteil" des therapeutischen Prozesses definiert. Das alles bringt unserer Meinung nach die Einstellungen von zwei personzentrierten Zugängen einander nahe: der klientenzentrierten Psychotherapie und der Existenzanalyse von A. Längle.

Literatur

Axline V (1962) Play therapy. New Vork: Ballantine Books

Bachtin MM (2003) K filosofii postypka. Russkie slowari 1

Bouen M (1992) Duchovnost u litschnostnozentrovanij podchod. Woproci psichologii, 3-4

Pool B (2001) From phenomenology to dialogue: Max Scheler's phenomenological tradition and Mikhail Bakhtin's development from „Toward a philosophy of act" to his study of Dostoevsky. Manchester: Bakhtin and Cultural Theory

Rogers CR (1951) Client-centered therapy: Its current practice, Implications and theory. Boston: Houghton Mifflin

Rogers CR (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J. Consult. Psychol. 21, 95-103

Rogers CR (1961) On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin

Rogers CR (1970) Empathic understanding. New York: Ñ. Rogers on Encounter Groups

Rogers CR (1975) Empathic: An unappreciated way of being. The Counseling Psychol. 5, 2, 2-10

Rogers CR (1980) A way of being. Boston: Houghton Mifflin

Rogers CR (1986) Client-centered / Person-centered approach to therapy In: Kutach I, Wolf A (Ed.) Jossei-Bass: Psychoterapist's Casebook, 197-208

Zu den Autorinnen:

*M. A. **Chazanova** war Teilnehmerin der Gruppe, die C. Rogers 1986 in Moskau hielt. Sie war danach fünf Jahre lang in einem Ausbildungskurs bei Natalie Rogers und ist zertifiziert in „client-centered expressive art therapy" mit EAP-Zertifikat.*

*S.W. **Krivtsova** unterrichtet an der Fakultät für Psychologie der Moskauer Lomonossow-Universität, hat mehr als 10-jährige Erfahrung als Ausbildnerin, ist Autorin von mehreren Lehrbüchern für Ausbildner nach der Methode von Thomas Gordon, einem Schüler von C. Rogers*

Beide Autorinnen sind seit 1999 Teilnehmerinnen der Moskauer Ausbildung in Existenzanalyse.

Anschrift der Verfasser:
M.A. Chazanova
Ul. Festivalnaja D. 23/5
125195 Moskau
S.W.Krivtsova
krivcova@ttk.ru

[3] In dem Artikel von M. Bouen wird die Analogie angeführt: als wenn die Birne sich einbilden würde, sie sei Elektrizität und hätte sie als einen Gegenstand beschrieben, der die Form von einer Birne hat.

Empathie und Kongruenz[1]

A.B. Orlow, M.A. Chazanova

Die Begriffe Empathie und Kongruenz werden aus der Sicht von Carl Rogers beschrieben und miteinander in Beziehung gesetzt. Beide werden als Prozesse gesehen, die ihre eigene Dynamik haben und sich einmal auf den Klienten, einmal auf den Therapeuten selbst beziehen. Ihre Abgrenzung gegenüber den ähnlichen Vorgängen Identifikation und Sympathie hebt sie aus der alltäglichen Verwendung heraus und nimmt ihnen die oft kritisierte Unschärfe.

Schlüsselwörter: Empathie, Kongruenz, therapeutische Beziehung

Definition der Empathie

Unter Empathie wird *nichtbewertendes Mitfühlen* verstanden. Dabei handelt es sich um einen *Prozeß*, bei dem man sich in das reale und aktuelle Erleben eines anderen Menschen so hineinversetzt, „als ob“ man an seiner Stelle wäre und dabei darauf achtet, sich nicht in den Prozeß des Erkennens und Erlebens des Empathisierten einzumischen.

Von C. Rogers wurden *drei Besonderheiten* des empathischen Prozesses beschrieben. Die Aufdeckung und die Fixierung dieser Besonderheiten stellt unserer Meinung nach den eigentlichen Beitrag von Rogers zur Entwicklung der heutigen Vorstellung von Empathie dar.

- Da ist erstens die *Beibehaltung der eigenen Einstellung* des Empathisierenden in der Empathie. Die psychologische Distanz zwischen ihm und dem Empathisierten wird beibehalten. Es kommt in der Empathie also nicht zur Gleichsetzung des Erlebens des Empathisierenden mit jenem des Empathisierten (das unterscheidet diesen Prozeß von dem phänotypisch ähnlichen Prozeß der *Identifizierung*).
- Zweitens ist Empathie ein *aktives Mitfühlen* des Erlebens des Empathisierten und nicht einfach ein emotional positiv geladenes Verhalten (also bloß eine Sympathie des Empathisierenden zum Empathisierten).
- Drittens ist Empathie ein *dynamischer Prozeß* und kein statischer Zustand. Diese Merkmale der Empathie werden von vielen Autoren betont.

Das erste Merkmal der Empathie (das auch als die „als-ob-Voraussetzung“ bezeichnet wird) wurde von C. Rogers bereits in den 50-er Jahren beschrieben: „Die persönliche Welt des Klienten zu spüren, *als ob* sie die eigene wäre, aber ohne irgendwelchen Verlust von dieser Eigenschaft ‚als ob’ – das heißt Empathie … Wut, Angst oder die Verwirrung des Klienten zu spüren, als ob sie Ihre eigenen wären, und doch ohne Ihre eigene Wut, Angst und Verwirrung einzubringen – das ist die Voraussetzung (sc. des therapeutischen Prozesses), die wir zu beschreiben versuchen.“ (Rogers 1957, zitiert nach Kirschenbaum 1989, 226).

Auf diese Merkmale der Empathie bezieht sich Rogers in einer Reihe weiterer Definitionen indirekt immer wieder.

> **Empathie** ist nichtbewertendes Mitfühlen – So „als ob“ man der andere wäre

Als Beispiel führen wir eine der *vollständigsten Definitionen* der Empathie an, die Rogers (1980, 142) in seinem Buch „A way of being“ gibt. Dort unterstreicht Rogers noch einmal die prozeßhafte und die nicht statische Natur der Empathie: Empathie „bedeutet das Betreten der persönlichen Wahrnehmungswelt des anderen und ihr gründliches Bewohnen. Sie meint Sensitivität bezüglich der sich in diesem Menschen ständig verändernden gefühlsbezogenen Inhalte, die ineinander weich übergehen – bezüglich Angst, Wut, Zärtlichkeit oder Verwirrung oder was immer er oder sie erlebt. Empathie bedeutet zeitweiligen Aufenthalt im Leben des anderen Menschen, vorsichtige Bewegung in ihm, ohne daß man etwas bewertet; Empathie bedeutet das Spüren von Inhalten, die ihr oder ihm kaum bewußt sind, aber ohne Bestreben, die nicht bewußten Gefühle zu öffnen, weil das viel zu bedrohlich wäre … Empathie bedeutet oftmaliges Vergleichen mit dem Menschen hinsichtlich der Genauigkeit der eigenen Empfindungen und das sich von den Reaktionen leiten lassen, die man von ihm erhält. Sie sind ein zuverlässiger Begleiter des Menschen in seiner oder ihrer inneren Welt.“

Empathie ist nicht Identifikation

Die Geschichte der Unterscheidung zwischen Empathie und Identifizierung stellte einen *Prozeß* dar, der einige Zeit in Anspruch nahm. Er begann Mitte der 50-er Jahre und dauerte über zwei Jahrzehnte. Es wurde die Frage diskutiert, ob das Verstehen des Therapeuten auf einem *ähnlichen* Erleben beruht wie es der Klient hat, und ob er dieses Erleben in diesem Augenblick *aktuell* empfinden muß. Rogers schrieb 1951: „Das Erleben ist mit dem Klienten gemeinsam, ist ein Durchleben von seinen Einstellungen, aber nicht im Sinne der emotionalen Identifizierung durch den Berater, sondern eher in Form der empathischen Identifizierung, wenn der Berater die Ablehnungen, die Hoffnungen und Ängste des Klienten durch das Eintauchen in den empathischen Prozeß wahrnimmt, ohne daß er selbst als Berater diese Ablehnungen, Hoffnungen und Ängste empfindet.“ Später definiert Rogers (in Shien 1961, 304) die Empathie folgendermaßen: Empathie „bedeutet, daß er (sc. der Therapeut) unmittelbar wahrnimmt, wie sich der Klient seine persönliche Welt bewußt macht und wie er sie versteht - das bedeutet nicht nur die Aufdeckung von jenen Aspekten der Erfahrung, die der Klient bereits verbalisieren kann, sondern

[1] Gekürzte Version des Artikels von A. B. Orlow, M. A. Chazanova (1993) Fenomeni empatii i kongruetnosti. In: Baproci psichologii 4, 68-73

auch von den nichtsymbolisierten Aspekten seiner Erfahrung, die irgendwie durch feine, nichtverbale Äußerungen des Klienten mit Hilfe des sensiblen Radars des Therapeuten verstanden werden. Der gute Therapeut spürt die Welt der Klienten als ob sie seine eigene gewesen wäre, aber nie ohne dieser Eigenschaft des ‚als ob'."

Rogers (1959) meint, daß wir es mit „Identifizierung" zu tun haben, wenn diese „als-ob-Eigenschaft" in der Empathie verlorengeht. Rogers (in Watkins 1978, 85f.) hält die Differenzierung zur Identifikation weiterhin aufrecht und meint: wenn sich „die Empathie in Identifizierung verwandelt, kann der Berater den Klienten nicht mehr ganz verstehen, weil um das machen zu können, ist es notwendig, daß er seine Objektivität bewahrt".

Wenn anfangs die Psychotherapeuten, die im Rahmen des klientenzentrierten Zugangs gearbeitet haben (darunter auch N. Raskin, vgl. Rogers 1951, 29), auf dem Durchleben von Gefühlen des Klienten bestanden, um vielleicht vom medizinischen (diagnostischen und interpretierenden) Modell des therapeutischen Prozesses wegzukommen, wird in den späteren Beiträgen im Rahmen dieser Richtung ganz eindeutig die Notwendigkeit der „als-ob-Eigenschaft" der Empathie unterstrichen (Tomlinson 1970).

T. Merry (1990, 13), ein britischer Anhänger und Verbreiter des personenzentrierten Ansatzes, wies auf diese Besonderheit der Empathie direkt hin: „Die besondere Eigenschaft der Empathie, durch die sie zu einer solchen kreativen Form des Dabeiseins in der Therapie wird, besteht darin, daß sie es erlaubt, in die persönliche emotionale Welt des anderen Menschen hineinzukommen, als ob wir dieser andere Mensch wären (ohne Verlust der ‚als-ob-Eigenschaft')."

Von unserem Standpunkt aus begrenzen die oben erwähnten Merkmale ganz klar die „Zone der Unbestimmtheit", die es in Bezug auf den Inhalt des Begriffes „Empathie" gibt und geben dem Begriff eine Eindeutigkeit in seinem Verstehen, weil der Unterschied zu den phänotypisch ähnlichen kognitiv-emotionalen Prozessen markiert ist.

Struktur des emphatischen Aktes

In unseren Augen ist es kaum zu rechtfertigen, den „Akt der Empathie" in einem erweiterten Sinne als eine *interpersonale Transaktion* zu betrachten, d.h. die Rückmeldungsreaktion des Empathisierten in den eigentlichen Akt der Empathie aufzunehmen. Erstens kann der Empathisierte aus mehreren Gründen sogar auf eine adäquat und vollständig zum Ausdruck gebrachte Empathie „blind und taub" sein. Zweitens kann die Empathie mit der maximal reduzierten Verhaltenskomponente (und gerade die hervorragenden Psychotherapeuten verwenden eine solche Empathie) viel effizienter sein, als die Empathie mit einer starken „kommunikativen Komponente". Dies könnte damit zusammenhängen, daß der Empathisierte den „Akt" der Empathie weniger aus dem verbalen und nichtverbalen Verhalten des Therapeuten wahrnimmt, sondern mehr durch die (in Regelfall unbewußte) Wahrnehmung von anderen, feineren Bestandteilen aus dem ganzen semantischen Kommunikationsfeld (Menegetti 1992). Und schließlich kann eine Akzentuierung der kommunikativen (und damit verhaltensbezogenen) Komponente der Empathie, zu einer Verdünnung des eigentlichen emotionalen, primären Punktes der Empathie führen, wie u.a. die Erfahrung der Ausbildung von Berufspsychotherapeuten zeigte (Bouen 1992). Es kann dabei ein Gefühl der inneren Leere, der ‚Verkommenheit' und der Inkongruenz beim Therapeuten hervorgerufen werden, was letztendlich zum Verlust des eigentlichen empathischen Hörens führt.

Daraus folgt auch, daß man keine Empathie gegenüber nicht realen, nur vorgestellten oder phantasierten Menschen empfinden kann: mitfühlen kann man nur unter der Bedingung des realen Erlebens des anderen Menschen; Empathie unterscheidet sich von der Interpretation des Verhaltens.

Eine wesentliche Seite des empathischen Erlebens ist die Prozeßhaftigkeit, die Bewegung, die Dynamik. Erst in der Bewegung, im Prozeß kann man dem anderen „auf der Ferse" folgen, „als ob ich er wäre". Für diesen Prozeß des Folgens braucht man die Realität, im entgegengesetzten Fall kommt es zur Bewertung der emotionalen Reaktion auf etwas, was in der Einbildung entsteht, und das nähert sich der Interpretation.

Zum Verhältnis von Empathie und Kongruenz

Von unserem Standpunkt aus kann man so unterschiedliche und autonome Phänomene wie Empathie und Kongruenz nicht aufeinander beziehen. Denn im Falle der *Empathie* geht es um das Mitfühlen mit dem emotionalen Zustand des *anderen* Menschen, und im Fall der *Kongruenz* geht es um das Erleben von *eigenen* Gefühlen, um ihre Offenheit sich selbst und den anderen Menschen gegenüber. T. Merry (1990, 10) definiert Kongruenz wie folgt: „Kongruenz - das ist ein Zustand, in dem wir ganz frei und authentisch und ganz uns selbst sind und kein Bedürfnis empfinden, eine Fassade zu zeigen, sich zum Beispiel hinter der Maske oder der Rolle eines ‚Experten' zu verstecken. Kongruenz ist dann gegeben, wenn sich unsere inneren Gefühle und unser Erleben in unserem Verhalten ganz genau widerspiegeln, wenn man uns wahrnehmen und sehen kann als solche, wie wir tatsächlich sind."

> **Kongruenz** ist *nichtbewertendes Erkennen* von *eigenen* realen und aktuellen Empfindungen, von Erleben und Problemen, mit einem nachfolgenden Ausdruck in einer andere Menschen nicht verletzenden Form („als ob" der Ausdruck an einen selbst gerichtet wäre).

Wir können trotz leiser Vorbehalte einmal versuchen, folgende Kombinationen von Empathie und Kongruenz anzuschauen, bei denen der prozeßhafte Charakter und die unterschiedlichen Ausdrucksgrade von Empathie und Kon-

gruenz zur Darstellung kommen. Der Therapeut kann nämlich gleichzeitig:

- *kongruent und emphatisch* sein (das ist dann möglich, wenn im Psychotherapeuten „alles ruhig bleibt“ und ihn nichts stört, um sich auf den anderen und auf das empathische Verstehen konzentrieren zu können);
- *kongruent und relativ unemphatisch* sein (wenn das eigene Erleben des Therapeuten so intensiv und stabil ist, daß es ihn daran hindert, sich auf den Klienten und sein Erleben zu konzentrieren).
- *relativ inkongruent und empathisch* sein (oft ist gerade das Distanzieren von sich selbst, das Zurückstellen von eigenen emotionalen Inhalten, d.h. eine bestimmte Inkongruenz des Therapeuten, eine wichtige Bedingung für das aktive empathische Zuhören).

Kongruenz und Empathie - das sind nicht nur verschiedene psychologische Phänomene, sondern auch einander in der Regel abwechselnde Schritte in der beruflichen Arbeit eines echten „facilitators“ (siehe z.B. Gordon 1974 und Punkt 2 der Definition der kongruenten Empathie in Hippenraiter et al. 1993). Gerade deswegen läßt C. Rogers unserer Meinung nach deren Zusammenfügung nicht zu, sondern unterscheidet die beiden, bildet keine „konzeptualen Zentauren“ wie „kongruente Empathie“ oder „emphatische Kongruenz“. Es bringt unserer Meinung nach auch keine weitere Klarheit, den Begriff „Pseudo-Empathie“ (Hippenraiter 1993, 66f.) einzuführen, da die sogenannte Pseudo-Empathie von ihrem psychologischen Inhalt her entweder Sympathie oder Identifizierung ist.

Bis heute werden im Rahmen des personenzentrierten Ansatzes Empathie, Kongruenz und bedingungslose Akzeptanz des anderen als verschiedene Voraussetzungen des effizienten therapeutischen Kontaktes angesehen.

Literatur

Bouen M (1992) Duchownost i litschnostnozentrirovannij podchod. Boproci psichologii 3-4

Filosofskij enziklopeditscheskij slowar (1983)

Gordon Th (1974) Teacher effectiveness training. New York: Peter H. Wyden

Hippenraiter J.B., Karjagina TD, Koslowa EN (1993) Fenomen kongruentnoj empatii. Boproci psichologii 4, 61-68

Kirschenbaum H, Henderson V (1989) (Ed) The Carl Rogers reader. Boston: Houghton Mifflin

Menegetti A (1992) Psichologija schisn. Sankt-Peterburg.

Merry TA (1990) Guide to the person-centered approach. Loughton: Gale Centre Publications

Rogers CR (1951) Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin

Rogers CR (1957) The necessary and sufficient conditions of Therapeutic personality change. Journal of Consult. Psychol. 21, 2

Rogers CR (1959) A theory of therapy, personality and interpersonal ralationships as developed in client-centered framework. In: Koch. S (Ed) Psychology: A study of science. New York

Rogers CR (1980) A way of being. Boston: Houghton Mifflin

Shien JM (1961) A client-centered approach to schizophrenia. In: Burton A (Ed) Psychotherapy of the psychoses. New York: Basic Books

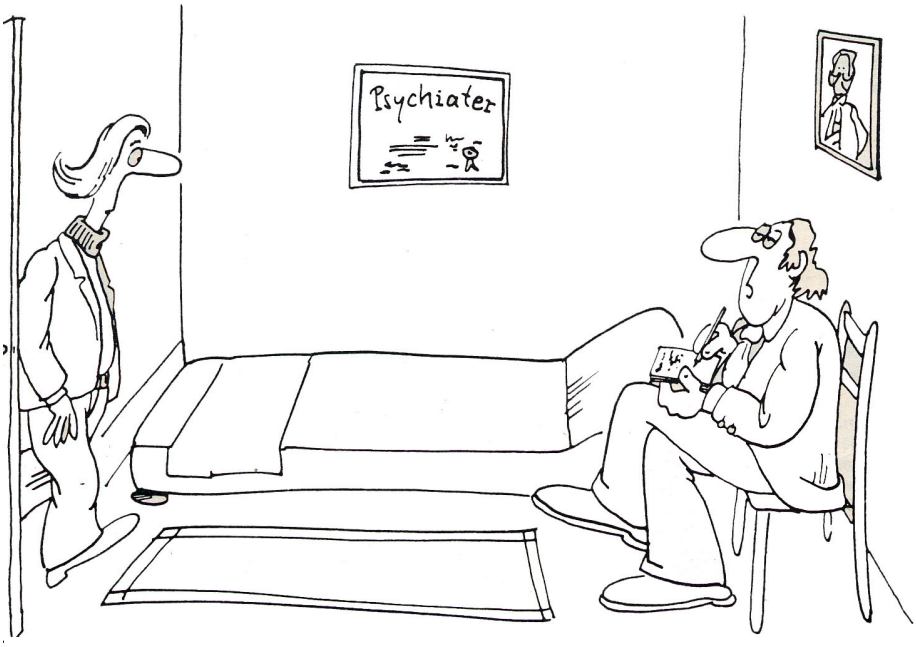
Tomlinson TM, Whitney RE (1970) Values and strategy in client-centered therapy: A means to the end. In: Hart JH, Tomlinson TM (Ed) New directions in client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin

Watkins IG (1978) The therapeutic self. New York, London: Human Sciences Press

Übersetzung: Oxana Lartschenko.
Redaktion: Alfried Längle

Anschrift der Verfasser:
Univ.-Prof. Dr. A.B. Orlow
Direktor des Instituts „Trialog“, Mokau
Psychologe, Psychotherapeut, Lehrtherapeut (klientenzentrierte Psychotherapie)
orlow@trialog.ru

M.A. Chazanova
Psychologin, Psychotherapeutin in eigener Praxis (klientenzentrierte Psychotherapie; Existenzanalyse)
Ul. Festivalnaja D. 23/5
125195 Moskau



... der fortgeschrittene Therapeut: “Sie kommen zu spät. Ich habe schon ohne Sie angefangen!”

Eine Vorablektüre der Arbeit von Fernando Lleras gab Prof. Nolberto Espinosa den Impuls, einen Kommentar zu verfassen, der kenntnisreich den philosophischen Diskurs zum Thema der Interpersonalität bereits im Idealismus Kants angesiedelt findet. Damit stellt Espinosa der aus der psychotherapeutischen Relevanz entstandenen Arbeit von Fernando Lleras eine philosophische Reflexion entgegen, die Grundsatzüberlegungen neu aufrollt und gegen seiner Meinung nach gängige Missverständnisse der Philosophie Descartes und Kants antritt, die im modernen Diskurs über Interpersonalität häufig vorkommen. Dieser Beitrag will Anstoß zur Diskussion geben.

Die Würde der Person und die Anerkennung des Anderen

Eine ergänzende und kritische Sicht zum Konzept der Interpersonalität

Nolberto Espinosa

Die Würde und der Andere

Wann immer das Thema der *Würde des Menschen* behandelt wird, wird wie selbstverständlich und geradezu pflichtgemäß auf Kant zurückgegriffen. Man zitiert ihn wörtlich oder gebraucht seine bekannten Begriffe insbesondere aus *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten.* Dies geschieht vor allem im juristischen Bereich (Menschenrechte, Verfassungsrecht). Dagegen wird Kants Denken zur Menschenwürde in der heutigen Ethik nicht so oft zitiert, obwohl sein Denken zur *Menschen-Würde* gerade dort seinen genuinen Platz hat. Der Grund für diese Vernachlässigung liegt nicht in einem Unwissen der heutigen Ethiker um die Bedeutung der Kantschen Würdelehre, sondern darin, daß die Ethik der Gegenwart anders denkt als Kant: man operiert nicht (mehr) mit dem Grundbegriff von der *Würde* des Menschen; im allgemeinen auch nicht mit dem Begriff von *Wert*, wonach eine Handlung nur dann ethisch gerechtfertigt ist, wenn die Würde – der 'absolute Wert' – eines Menschen nicht verletzt wird (bei Kant gilt das auch in Bezug auf sich selbst). Heute wird mit dem Konzept des *Anders-Seins* des Anderen operiert. Man spricht in der Ethik einfach vom *„Anderen"*. Nun gibt es in der fast unübersehbaren Literatur über die Ethik und Philosophie des Anderen bzw. über das sogenannte *Dialogische Denken* nur wenige Darstellungen, die in der derzeit gängigen Abgrenzung von Kant nicht in Gefahr laufen, der Philosophie Kants Unrecht zu tun. Man vergißt, daß die Kantsche Auffassung der Ethik eine *Metaphysik der Sitten* ist. Sie ist also *Metaphysik*. Zur Grundlegung der Metaphysik der Sitten schrieb Kant die Abhandlung *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, welcher die berühmten Worte über die Würde des Menschen entnommen sind. Doch die Ethik der Gegenwart (dies gilt für alle *Sozialwissenschaften*) denkt nicht mehr *metaphysisch*. Zu den Sozialwissenschaften gehört natürlich auch die Psychotherapie (mit all ihren Richtungen, auch die Länglesche Existenzanalyse).

Die Folgen der Vernachlässigung Kants

Dieses *Vernachlässigen des Kantschen Denkens* hat meines Erachtens drei Folgen: die *erste* ist ein Sich-Verschließen vor dem, was während der Jahrhunderte der Neuzeit Hauptanliegen des abendländischen Menschen war – nämlich als unbedingt würdevolles, und das heißt *freies* Wesen anerkannt zu werden.

Die *andere* ist, daß es uns heute ein Anliegen ist, Träger einer *Differenz*, eines *Unterschiedes* oder einer *Auszeichnung* zu sein. In einer Zeit, wo *Frei-sein* nicht mehr der Hauptwert ist und nicht mehr als vorrangiges Ziel des menschlichen Lebens gilt, steht an vorderster Stelle das Bestreben, *anders* sein zu wollen. Jeder möchte von sich sagen können: *„Ich bin anders, ich bin nicht wie die anderen, ich unterscheide mich von diesem und jenem.*…Und weil es so ist, will ich, daß die anderen mich anerkennen – nicht weil das, was mich von ihnen unterscheidet, an sich wertvoll ist, sondern weil die Differenz *meine* ist, und gerade das ist, was mich – *als anderen* – konstituiert." Man will die Anerkennung seiner Andersheit und kämpft mit allen Kräften darum.

Die *dritte* Folge ist eine *Entleerung* der alten metaphysischen Begriffe, die ihre ursprüngliche Semantik verlieren. Es bleibt – wie bei einer leeren Hülse – nur das *Wort*, die *Vokabel*. Die Rede von der *Würde der Frau*, von der *Würde des Sterbenden*, von der *Würde des Kindes*, von der *Würde aller Menschen* qua *Menschen* usw. evoziert immer noch den kategorischen Imperativ Kants. Aber, die Frauen, die sich diskriminiert fühlen, weil sie gleichviel arbeiten wie die Männer, aber nicht gleich verdienen, wissen von ihrer Würde nicht. Was sie heute von ihrer Würde wissen, stammt von diesem gewissermaßen entleerten Begriff von Würde, der sich auf das Konzept der Andersheit bezieht. Diese Würde ist entwürdigt, weil sie die Ungleichheit gegenüber den Männern auf der Entwertung der *weiblichen Gattung*, auf die *Andersheit* der Frau *als Frau* bezieht.[1]

Wenn ich nun diese Gedanken auf die Arbeit von Fernando Lleras beziehe,

[1] Es gibt zweierlei Andersheiten: die *gattungsmäßige Andersheit*: So unterscheidet sich der Mensch vom Tier, die Frau vom Mann. Die andere ist die *individuelle Andersheit:* gemäß dieser kann ein Einzelner von sich sagen: „Ich bin Peter, *dies* ist mein Name, und ich wohne in der Straße …" Kleine Kinder kämpfen um diese Andersheit gegenüber ihren Eltern, Lehrern, der Gesellschaft usw.

so könnte man den Eindruck gewinnen, daß Lleras dem Kantschen Begriff der *Würde des Menschen* den Boden entzieht, wenn er schreibt: „Für uns ist von Bedeutung Folgendes: 'Würde' bestimmt den jeweiligen Menschen als 'Unersetzbares', 'Unvergleichbares', 'absolut Besonderes'. Wo dieses 'absolut Besondere' verkannt wird, geschieht eine Verletzung der Würde des Menschen." Meine Sorge bei dieser Formulierung ist, daß der Begriff Würde damit *aus seinem genuinen Kontext genommen* wird, worin dieser Begriff seinen eigentlichen *Sinn* hat. Dies ist, das sieht auch Lleras so, der Horizont der *Freiheit*, also der *Praxis*, dessen, was mit dem menschlichen Handeln zu tun hat[2]. In dieser Formulierung könnte der Begriff seine ursprüngliche Semantik verlieren, er würde entleert, damit er einen neuen Inhalt bekommen kann. Worin besteht dieser neue Inhalt? – Der Arbeit von Lleras zufolge ist der Mensch insofern *würdig*, als er *unersetzbar*, *unvergleichlich*, *absolut besonders* ist. Dann aber hat er seine Würde nicht aus der Perspektive der Freiheit. Der Mensch wäre demzufolge nicht würdig, weil er frei ist, sondern er erhielte seine Würde aus einer anderen Perspektive, nämlich *aus der Natur, aus der physischen, für die Freiheit externen Welt*, woraus gerade nichts *Unbedingtes*, *Absolutes* zu erwarten ist (alle natürliche Phänomene nämlich sind voneinander verursacht, bedingt, begrenzt usw.).

Zur Begründung der Würde nach Kant

Die Würde ist nach Kant eine Auszeichnung der Freiheit des Menschen, des Menschen *sofern* er *frei* ist, *freier Wille* ist. '*Würdig ist (nur) ein Wesen, das frei ist*' ist ein analytischer Satz. Als solcher beinhaltet das Subjekt des Satzes dessen Prädikat. Es ist aber ein offener Widerspruch, dem Subjekt: „würdig-sein" Prädikate wie „unersetzbar", „unvergleichlich", „absolut besonders" zukommen zu lassen. Mag etwas noch so unersetzbar sein, wie es will, so unvergleichlich, daß es wie ein Unikat in der Welt existiert – *deshalb* wird es noch lange nicht zum Träger von Würde.

Würde, Selbstorganisation und Verletzung

Lleras stellt sich die Frage: „Unter welchen Bedingungen kann der jeweilige Mensch als unvergleichliches Wesen (d.h. in seiner Würde) auftauchen und sich entfalten?" Wie wäre es, wenn er anstatt: 'in seiner Würde' *„in seiner Andersheit"* geschrieben hätte? Dann müßte er sich nicht um eine mögliche *Verletzung* dieses Unvergleichbaren kümmern (warum muß etwas Unvergleichbares geschützt werden?) *Verletztwerden* können nur *Lebewesen*. Etwas wird als *verletzlich* bezeichnet, wenn man spürt, daß das Ganze, die Integrität *von außen* in Frage gestellt werden kann. Organismen – Pflanzen, Tiere, Menschen – kennen nur eine *Selbstorganisation*, sie gestalten sich aus sich selbst, also sie *bestimmen sich selbst*, sie sind nicht bloße Wirkung von äußeren Ursachen. Das bedeutet nicht, daß das Lebewesen von seiner Umwelt isoliert existiert. Im Gegenteil: es ist offen für seine Welt, aber alles, was aus der Welt kommt, *bestimmt* das Lebewesen solange nicht, als es nicht *sich selbst* daraus bestimmt. Die Bestimmung wird in den Organismus integriert, sie ist nicht Grund für *Entäußerung*, sondern für *Verinnerlichung*. Je mehr ein Organismus fähig ist, sich selbst zu gestalten, desto verletzbarer ist er. Das Quantum der möglichen Desintegration ist proportional zu seinem Organisationspotential. *Selbstbestimmung*, *aus sich selbst leben*, *sich selbst gestalten* usw. haben mit *Subjektivität* – im Sinne von *Egoität*, *Egoismus*, *Weltisolierung* usw. überhaupt nichts zu tun. *Selbstbestimmung* heißt nicht *Autosuffizienz*, *Sein ohne Welt* bzw. *Weltlosigkeit*, sondern *fähig sein, die Welt zu übersteigen, mehrsein als die ganze Welt und ihre Kausalität*. Es ist gerade die Wahrnehmung dieses *Plus am Sein*, was uns z.B. von einem großen, schon alten und gebrechlichen Mann sagen läßt: „Am langsamen, schweren Gang dieses Menschen spüren wir eine Würde, eine Souveränität … !" Die sogenannte Zweck-Formel des kategorischen Imperativs lautet: *„Handle so, daß Du die Menschheit sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden andern jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst."* (Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, 429) Den Ausdruck *Menschheit* gebraucht Kant dabei nicht als Gattungsbegriff. Er ist sein Wort für das Wesen des Menschen als praktische Vernunft.

Würde ist metaphysisch

Man kann die Würde nicht *erklären*. Deshalb ist die Würde etwas Metaphysisches. Sie kommt nicht *aus der Welt*, sondern *von oben* (nach Kant von der noumenalen Welt, vom Reich der Zwecke, der Personen). Würde ist Gegenstand des *Verstehens*, des *Schätzens*, des *Respekts*, der *Achtung*. Im strengen Sinne kann man nicht einmal sagen, daß die Würde *verletzbar* ist. Die Verletzung der Würde ist nichts anderes als deren Nicht-Anerkennung bzw. Nicht-Achtung. Warum kann nach Kant das Prädikat *würdig* aber nur von einem *freien* Subjekt ausgesagt werden? – Weil Freiheit für Kant auch ein Organismus ist, und als solcher fähig ist, sich selbst zu bestimmen. In *Reflexionen* (4229, XVII 467) sagt Kant: „Die freyheit läßt sich nicht theilen. Der Mensch ist entweder ganz oder gar nicht frey, weil er entweder aus einem thatigen *principio* handeln kann oder von Bedingungen abhängt". Und in *Kritik der praktischen Vernunft*: „Freiheit … ist eine Art von Causalität, die aber empirischen Bestimmungsgründen nicht unterworfen ist, mithin nicht als Naturcausalität (*causa efficiens*), sondern als notwendige Eigenschaft eines vernünftigen und mit einem Willen begabten Wesen, sofern es Handlungsabsichten (*causae finales*) hegt …" (67)

Person – Dialog – Interpersonalität

Zur Beantwortung der Frage, was einen Menschen als unvergleichliches Wesen (d.h. in seiner Würde) ausmacht, greift Lleras auf eine Beschreibung von Person in der Länglesche *Personalen Existenzanalyse* zurück. Dort finden wir einen Begriff von Person, der dafür geeignet sei, nämlich Person als „das in mir Sprechende". Längle denkt die Person aus dem Horizont der Sprache, gr. *Logos*. Die Sprache ist nicht *Mono-*

[2] In der Antike und im Mittelalter war dieser Horizont *religiös-theologisch*: die Würde des Menschen gründet in seinem Wesen als *Ebenbild Gottes*.

logos, sondern immer *Dia-logos*. Wir sprechen miteinander; jeder Sprechende ist immer ein Mit-Sprechender. Als ein Sprechender kann *ich mich* ohne *den anderen*, mit dem ich spreche, nicht begreifen. Diese andere Auffassung der Person als *dialogisches Wesen* stelle nach Lleras ein neues anthropologisches Paradigma dar, das sich vom neuzeitlichen Paradigma insofern unterscheide, als der Mensch bzw. die Person dabei kein *Subjekt*, keine *Monade*, kein *Ich* sei, sondern ein *Wir*. Im *Wir* sind *das Selbst* und *das andere* so eng verbunden, daß man von *Inter-personalität* und nicht einfach von *Person* oder *Subjekt* reden könne. Ausdrücklich bemerkt Lleras, daß er in diesem Aufsatz lieber von *Inter-personalität* als von *Inter-subjektivität* sprechen werde. *Subjekt* nämlich mute immer modern, neuzeitlich an.

Wir hätten in der Folge bis zum Schluß der Arbeit nichts Kritisches anzumerken, hätte Lleras die Person als *dialogisches Wesen* von der Person als einem *Subjekt* nicht so unterschieden, indem er von letzterem sagt: es sei *einsam*, *weltlos*, *a-sozial* bzw. *anti-sozial*.

Interpersonalität oder Subjektsein?

Im vorliegenden Artikel wird die Frage nach dem Beitrag der Sozialwissenschaft zur Theorie und Praxis der Psychotherapie gestellt. Lleras hat sehr schön gezeigt, was bei der Verletzung der Würde (ich würde sagen: bei einer Nicht-Anerkennung der Andersheit) des kleinen Kindes geschieht. Das ermöglicht das Verstehen dessen, was aus der *Negation* der *Sozialität* des Menschen entsteht.

Die Auffassung der Person entscheidet, wie wir die Sozialität begreifen. Aber Lleras' Ausführungen erwecken den Eindruck, als ob nur das Paradigma der *Interpersonalität* die adäquate Perspektive liefern würde, aus der das Wesen der Person zu begreifen wäre. Man könnte demzufolge meinen, daß das *Ich nicht ohne den anderen* „zu sich kommen kann". Die andere Auffassung der Person als *Subjekt* wird insofern abgewertet, als es den Anspruch habe, *einsam* und *ohne den anderen* existieren zu können. Die Sozialität hänge also vom Bedürfnis des anderen ab[3].

Das oben Gesagte sollte klar machen, daß sich das Unverständnis bzw. Mißverständnis des neuzeitlichen Denkens als Quelle vieler Irrtümer und falscher Vorstellungen erwiesen hat. Eine dieser falschen Vorstellungen ergibt sich aus dem Resultat der *Cartesischen* Meditation. Ihr zufolge ist die Gewißheit der Erkenntnis im denkenden Ego begründet. Das Mißverständnis besteht nun oft darin, daß man glaubt, bei Descartes sei das Subjekt nur mit sich selbst beschäftigt. Es sei nur an sich selbst interessiert und nicht an dem bzw. an den anderen. Also lauter Egoismus! Man verwechselt einen *ontologischen* Prozeß mit einem bloß *ontischen*. Das Ziel der philosophischen Meditation Descartes' besteht nicht in einem *Sich-Verschließen* vor den Anderen und Fremden. Der Philosoph setzt das Andere voraus, er rechnet mit ihm. Was er versucht, ist die Eliminierung des *Fremdheits*-charakters des Fremden. Dies wird erreicht, indem die denkende Vernunft *das Andere ihr gleich macht*. Dann läßt sie sich vom Anderen bestimmen. *Selbstbestimmung* heißt nicht *Selbsterzeugung*, Entfaltung allein aus sich selbst (*causa sui*), sondern *Bestimmung des Selbst durch das dem Selbst im voraus angeglichene Fremde*. Findet diese Angleichung nicht statt, dann stehen wir vor einer *Entäußerung* bzw. *Entfremdung* des Subjekts.

Subjekt – selbstbestimmt, aber nicht verschlossen

Nach dem Paradigma der *Subjektivität* wird das Subjekt nicht zu einem einsamen, weltlosen, von den Anderen isolierten *Ego*. Dies ist die *populäre* Version des Idealismus bzw. der Philosophie. Die große Tat Descartes' lag hingegen darin, ein für alle Mal den Weg gezeigt zu haben, den wir Menschen gehen müssen, um *Subjekt* sein zu können. Und das meint ein *freies Wesen* zu sein, nicht bloßes *Objekt*.

Wir wiederholen noch einmal: *Subjekt* heißt nicht ein vom anderen *getrenntes, in sich verschlossenes* Seiendes. Das *Subjekt* konstituiert sich als solches, indem es sich selbst *bestimmt*. Das Subjekt wird zu einem *Objekt*, wenn es *fremdbestimmt* ist.

Das ist gerade die Gefahr, der das Modell der *Interpersonalität* nicht so leicht entgehen kann. Wenn wir sagen: „erst durch die Anderen, dank den Anderen, mit denen ich in dialogischer Interaktion stehe, darf ich zu mir selbst kommen; ich bin ich durch den Anderen" usw., dann ist der *Grund* meiner Identität nicht mehr *ich selbst*, sondern *der Andere*. Ich bin nicht mehr in mir, bei mir, sondern im Anderen. Im Anderen lebend, bin ich mir selbst fremd. Es wird eingewendet: „Aber, der Andere muß mich in meiner Andersheit und Einzigartigkeit anerkennen!" *Anerkennung*, schreibt Lleras, heißt so viel wie *Zustimmung*. Der Andere sagt „*Ja!*" zu mir, er behauptet, *daß ich existiere, daß ich so bin wie ich bin*. Er läßt mich sein, vor ihm, bei ihm. Die Behauptung des Anderen tut mir gut, sie ermöglicht, daß ich mich innerlich behaupte. Ist das Paradigma der *Subjektivität ego-zentriert*, ist das der *Interpersonalität altero-zentriert*. Dabei bin ich auf den Anderen in doppeltem Sinne angewiesen: erstens, weil ich mich *im Anderen* erkenne – eigentlich gibt es hier keine *Selbsterkenntnis*; zweitens, weil ich der *Anerkennung* des Anderen bedarf, um ich selbst sein zu können. Es gilt die Frage: wie kann ich die *bestimmende Rolle des anderen kontrollieren*? Kleine Kinder vermögen es nicht. Und die Erwachsenen?

Die heutige Gefahr

Meines Erachtens legt die heutige Pädagogik aus Angst, in die Übertreibungen des Idealismus wieder zurückzufallen, zu viel Wert auf die Leistung der Anderen für die Begründung der Gesellschaft bei gleichzeitiger Vernachlässigung der Rolle des Selbsts. Die großen Begriffe der neuzeitlichen Kultur sind: *Subjekt*, *Subjektivität*, *Person*, *Personalität*, *Vernünftigkeit*, *Freiheit*, *Autonomie*, *Selbstbestimmung*, *Selbstentscheidung*, *Innerlichkeit*, *Liberalismus*, *Eigeninitiative*, *Verantwortlichkeit*, *sozialer Vertrag*, *Rechtsstaat*, *freier*

[3] Zur Veranschaulichung der beiden Paradigmata pflegt man die Person als Subjekt durch einen *Kreis* und die Person als dialogisches Wesen durch zwei offene, entgegenstehende *Winkel* darzustellen.

Markt, Demokratie. In bewußter Auseinandersetzung mit der neuzeitlichen Kultur privilegieren wir heute folgende Werte: *Solidarität, Affektivität, Massengesellschaft, Objekt, Äußerlichkeit, Öffentlichkeit, Dialog, Kommunikation, Liebe, Anarchismus, Sozialismus, Wohlfahrtsstaat*. Ist eine *Zwischenposition* möglich, wobei beide Extreme ins Gleichgewicht kommen könnten? Und wo ist im Vergleich mit beiden Extremen die *Existenz-Analyse* Länglescher Prägung anzusiedeln?

Ich vertrete keine Zwischenposition. Ich glaube auch nicht an eine *Wiederherstellung* des klassisch rationalistisch-idealistischen Denkens. Ich habe nur versucht, den Idealismus hier in Schutz zu nehmen angesichts der häufigen Verfälschungen und der meiner Meinung nach ungerechtfertigten Kritik an ihm … Denn in einem richtig verstandenen Subjektbegriff ist die Andersheit bereits enthalten, und der Aspekt der Freiheit geht nicht so schnell verloren.

Einige Hinweise auf die neuere Literatur zum Thema

1. Zur Kants *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* ist der einführende Kommentar von Dieter Schönecker und Allen W. Wood (2002) sehr empfehlenswert. Siehe bes. Teil 3. Zum zweiten Abschnitt: Praktische Vernunft, Imperative und ihre Formeln.

2. Zur Kants Auffassung der Würde des Menschen: Guido Löhrer, *Menschliche Würde. Wissenschaftliche Geltung und metaphorische Grenze der praktischen Philosophie Kants* (1995).

3. Zur Philosophie der Person findet sich Grundsätzliches in der Abhandlung *Philosophie der Person. Die Selbstverhältnisse von Subjektivität und Moralität* von Dieter Sturma (1997). Wir empfehlen bes. die Lektüre der Kap. IX: Der Schritt des Selbst zum Anderen: Lebensplan und Anerkennung und Kap. X: Der Schritt des Selbst zum Anderen: Selbstinteresse und Selbstachtung. [Um zu sehen, wie hartnäckig das verbreitete Bild des modernen Menschen ist, nach dem er ein *autonomes, selbstständiges* Wesen sei, also der Einzelne könne sich ohne den Anderen entfalten usw., zitieren wir eine Stelle des Kap. IX: „In dieser Passage (es geht um die berühmten Worte Kants: ‚Zwei Dinge erfüllen das Gemüht mit immer neuer und zunehmender Bewunderung und Ehrfurcht, je öfter und anhaltender sich das Nachdenken damit beschäftigt: *der bestirnte Himmel über mir, und das moralische Gesetz in mir*') drückt sich komprimiert Kants Bild des modernen Menschen aus: er ist vernünftig, moralisch, wissenschaftlich aufgeklärt und sozial vereinzelt. Die soziale Vereinzelung bildet sich in dem Sachverhalt ab, daß bei der Bestimmung von Moralverhältnissen dem sozialen Kontext *keine konstitutive Rolle* (von mir hervorg.) eingeräumt wird und aufgrund des moral-philosophischen Ansatzes auch nicht eingeräumt werden kann. Vielmehr geht es allein um die Verhältnisse zwischen den einzelnen Personen und der praktischen Vernunft." (290)

4. Im Buch *Metaphysik aus dem Anspruch des Anderen. Kant und Lévinas* von Norbert Fischer und Dieter Hattrup (1999) wird dagegen dem Kantschen Denken gerecht, indem die Verfasser die Ansicht vertreten: „In der praktischen Philosophie Kants spielt die Gegenwart des Anderen – oder der anderen vernünftigen Wesen als Zwecken an sich selbst – zunächst unmittelbar f. den Ursprung des Bewusstseins des moralischen Gesetzes und als Grund der Unbedingtheit des kategorischen Imperativs eine tragende Rolle, sodann – durch die Asymmetrie der Beziehung zu den Anderen – in der Befolgung des moralischen Gesetzes und schließlich – auf Grund der Dialektik der reinen Vernunft in der Bestimmung des Begriffs vom höchsten Gut – in einer Erweiterung der Vernunft, die ihr ‚als in ihr fremdes Angebot, das nicht auf ihrem Boden erwachsen', von anderer Seite gleichsam angetragen wird." (218) Wir meinen auch wie die Verfasser, daß „die Interpretation der praktischen Philosophie Kants eine Bestimmung des Sinnes der *Autonomie der reinen praktischen Vernunft* erfordere, der wenig mit *Selbstbestimmung* oder *Selbstverwirklichung* zu tun hat. Die Autonomie ist als *Selbstgesetzgebung der reinen praktischen Vernunft* vielmehr vornherein auf die Anderen als Zwecke an sich selbst bezogen, so daß Andere dem vernünftigen Wesen niemals bloß als Mittel der Verwirklichung seiner selbst, sondern als eigenständige Wirklichkeit gegenübertreten, die allererst die objektive Geltung des obersten praktischen Prinzips begründet. [...] Diese Interpretation des Prinzips der reinen praktischen Vernunft bietet zugleich den Hintergrund für ein angemessenes Verständnis der Bemerkung von Lévinas, der dem Autonomiegedanken Kants – offenbar mit Absicht – seine These der *Heteronomie der Ethik* entgegengesetzt hat. Lévinas erklärt, dass die Gegenwart des Anderen, die eine privilegierte Heteronomie sei, die Freiheit nicht verletze, sondern sie einsetze und ihre Investitur sei." (60) Für uns ist wichtig der folgende Satz: „Die Funktionen, die das Andere und die Anderen für die Ausarbeitung der Philosophie Kants wirklich ausüben, lassen eine Nähe zwischen dem Kantischen und Lévinasschen Denken hervortreten, die über die Grenzen der erwähnten Bemerkung von Lévinas hinauszugehen scheint." (10) Dass dies von einem – vielleicht dem wichtigsten – Vertreter der sogenannten *Philosophie des Anderen* behauptet wird, weist unmißverständlich auf das hin, was uns bei dieser Besprechung des Lleras' Aufsatzes ein Anliegen war: die Kritik an Kant, Descartes und im allgemeinen dem neuzeitlichen Idealismus, in dem Sinne, daß diese Philosophie Produkt einer von der Welt und den Mitmenschen getrennten, in sich verschlossenen Vernunft sei, ist ungerechtfertigt.

5. In der Abhandlung von Georg Römp, *Ethik des Selbstbewußtseins. Der Andere in der idealistischen Grundlegung der Philosophie* (1999) wird sehr gut nicht nur das Gemeinsame zwischen der idealistischen Ethik und extrem realistischen Positionen – wie der von Lévinas herausgehoben, nämlich die unausweichliche Rolle des Anderen bei der Konstitution des moralischen Wissens, sondern auch gezeigt, wie der Idealismus – besser als die Philosophie des Anderen – sich als wahrer Verteidiger der Ansprüche des Anderen erwiesen hat.

6. Zur Würdigung der Philosophie Descartes' sei die Lektüre des Beitrags empfohlen, den Reinhard Lauth für den Band: *Der transzendental-philosophische Zugang zur Wirklichkeit. Beiträge aus der aktuellen Fichte-Forschung* (2001)

geschrieben hat. Wir zitieren daraus: „Was entscheidend ist: der genannte Ansatz erfolgte im cogito – nicht an der cogitatio – als dem Erstprinzip aller philosophischen Besinnung. Descartes brach dadurch mit einer zweitausendjährigen Fehlauffassung und entthronte sie (damit meint Lauth die *naturalistische Philosophie* der Griechen, die sogar im Mittelalter vorherrschte, für welche das Erstprinzip der gesamten Realität die *Physis* ist, die überall im Kosmos waltet). Der Vollzug des cogito ist ineins Deduktion, Verwirklichung der Methode, sich durchführende Propädeutik und biographischer Vollzug. Es wird evident gemacht, dass all unser Wissen endliches Wissen des Unendlichen (infinitum) ist und dass in diesem existentiellen Wesensakte sich das Sein der Vernunft aus Gott und dessen rechfertigender Wahrheit ereignet. Gott ist hier nicht ein – wenn auch das hervorragendste – Weltstück, sondern höchstes transzendentales Prinzip, das die freie Aussage der Vernunft ermöglicht und fortdauerd konstelliert, ineins damit aber auch nur in einem *freien* Erkennen und Wirken zutreffend realisiert werden kann.“ (23)

7. Zum Ansatz der neueren *Ethik des Anderen* verweise ich auf das Werk von Bernhard Wandelfels und Iris Därmann *Der Anspruch des Anderen. Perspektiven phänomenologischer Ethik* (1998). Von den Gründen für das Zurücktreten der sogenannten *Wertethik* (z.B. Scheler) zugunsten des neuen Ansatzes – der *Ethik aus dem Anderen* – wird einer vor allem angeführt, nämlich das Beiseitelassen der Methode der *Intuition*: Werte sind Gegenstände emotionaler Akte, über welche wir sofern keinen *objektive* Kontrolle haben, als die Intuition gerade eine ganz *private* Angelegenheit ist. Die Ethik des Anderen breche mit dem (idealistischen) Ansatz *aus der ersten Person*, indem die *zweite Person* (den Anderen, nicht das Ego) privilegiert wird. Der Zugang zum Anderen ist nicht die Intuition, die Emotion, sondern die *Sprache*. Die Sprache ist kein privates (Wittgenstein), sondern ein *soziales* Phänomen.

8. Zuletzt: oben im Text, als wir gesagt haben, die Behauptung: „nach dem Paradigma der *Subjektivität* wird das Subjekt zu einem einsamen, weltlosen, von den anderen isolierten *Ego*“ gehöre zur *populären* Version des Idealismus bzw. der Philosophie, meinten wir mit der Bezeichnung: *populär* nicht die Idee, die das große Publikum (also Leute, die nicht Philosophie studierten) von der Philosophie hat, sondern eine bestimmte Strömung der Philosophie, die in der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts, also im Zeitalter der *Aufklärung*, entstanden ist. Dazu siehe die erste ausführliche Forschung zu dieser philosophischen Bewegung, die wir Christoph Böhr verdanken und die den Titel *Philosophie für die Welt. Die Popularphilosophie der deutschen Spätaufklärung im Zeitalter Kants* (2003) trägt. Die Popularphilosophie oder die Philosophie für die Welt – wie sie von Johann J. Engel benannt wurde – verstand sich als einen Gegenpol gegen die *Schulphilosophie*, deren wichtigster Vertreter damals Christian Wolff war. Aber Kant gehörte auch zur Schulphilosophie. „Mensch und Welt – schreibt Böhr – standen im Mittelpunkt des popularphilosophischen Interesses [...] Im Zentrum der philosophischen Betrachtung steht der Mensch mit seinen lebenspraktischen Bedürfnissen. Deshalb ist Popularphilosophie in weiten Teilen Anthropologie [...]“. Die Popularphilosophen warfen der Schulphilosophie vor, sie sei von der Welt getrennt, sie kümmere sich nicht um die alltäglichen menschlichen Probleme, sie beschäftige sich mit ihr allein usw. Im 18. Jh. stellten schon die Popularphilosophen Fragen, wollten in einer Art denken, die in vielen Hinsichten Fragen und Motive der Philosophie der Gegenwart antizipieren. Auf die Frage: ‚Wird das philosophische Denken unter dem Einfluss eines ‚Zwanges zur Öffentlichkeit’ zunehmender primitiver?’ antwortete Paul Ricoeur einmal: „Ich empfinde es gegenwärtig als sehr schwierig, Philosoph zu sein, denn es bedeutet eine doppelte Aufgabe zu erfüllen: zum einen der philosophischen Arbeit fest verwurzelt zu bleiben und zum anderen das philosophische Denken zu propagieren.“ (Ricoeur 1989). Böhr fügte hinzu: „Die Suche nach diesem Gleichgewicht zwischen der Verantwortlichkeit des philosophischen Konzepts und dem Gespräch mit einem breiten Publikum ist eine der Philosophie aufgegebene Herausforderung, die nie ein für alle Mal bewältigt sein, sondern sich immer wieder neu stellen wird.“ (283) Psychoterapeuten stehen den konkreten Menschen viel näher als die Philosophen. Bei dieser Auseinandersetzung mit Lleras sorgte ich um das Gleichgewicht zwischen dem philosophischen und dem psychotherapeutischen Geschäft.

Literatur

Böhr C (2003) Philosophie für die Welt. Die Popularphilosophie der deutschen Spätaufklärung im Zeitalter Kants. München: Frommann Holzboog

Fischer N, Hattrup D (1999) Metaphysik aus dem Anspruch des Anderern. Kant und Lévinas. Schöningh: UTB

Lauth R (2001) Der transzendental-philosophische Zugang zur Wirklichkeit. Beiträge aus der aktuellen Fichte-Forschung. München: Frommann Holzboog

Löhrer G (1995) Menschliche Würde. Wissenschaftliche Geltung und metaphorische Grenze der praktischen Philosophie Kants. Freiburg, München: Alber

Ricoeur P (1989) Der fatale Zwang zur Öffentlichkeit. Interview mit Paul Ricoeur. In: Die Welt vom 5.12.1989

Römp G (1999) Ethik des Selbstbewußtseins. Der Andere in der idealistischen Grundlegung der Philosophie. Berlin: Duncker & Humbolt

Schönecker D, Wood AW (2002) Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Schöningh: UTB

Sturma D (1997) Philosophie der Person. Die SElbstverhältnisse von Subjekt-ivität und Moralität. Schöningh: UTB

Waldenfels B, Därmann I (1998) Der Anspruch des Anderen. Perspektiven phänomenologischer Ethik. München: Wilhelm Fink

Anschrift des Verfassers:
Prof. Dr. Nolberto A. Espinosa Mendoza (Argentinien)
naespinosa@dynastar.com.ar

Gespräche mit Franz B.

Bericht über meine Arbeit mit einem hörgeschädigten jungen Mann[1]

Birgitta Mullan

Gehörlosigkeit bedeutet für einen Menschen nicht nur nichts zu hören, sondern hat zur Folge das Nichtsprechenkönnen. Die Sprache ist das Urbild des Dialogs, das Mittel der Verständigung, die Brücke vom Ich zum Du, der Weg aus der Einsamkeit in die Gemeinschaft.

Steht ein Mensch in dieser Situation und ist dabei nicht fähig, aus sich heraus das „Leben zu ergreifen", da er nicht in der Welt sein kann, die ihm Bedrohung ist, dann ist sein Leben mit Angst erfüllt und Rückzug eine Möglichkeit des Überlebens.

Franz B. ist ein junger Mann, der sich für Jahre in seine Wohnung zurückgezogen hat, um dem Leben und dem „Schmutz" der Welt zu entgehen.

Die Arbeit mit den personal-existentiellen Grundmotivationen und der Personalen Existenzanalyse (PEA) regten die personalen Kräfte an und förderten die Dialogfähigkeit. Sie ermöglichten Franz B. ein Leben außerhalb der Wohnung zu führen.

Ich arbeite seit 6 Jahren an einem Bundesinstitut für Gehörlosenbildung und führe dort eine Sonderschulklasse. Beim Wechsel von einer heilpädagogischen Einrichtung zum Gehörlosen-institut erlernte ich die Gebärdensprache und lerne während meiner Tätigkeit als Lehrerin die Problematik der gehörlosen Menschen kennen. Durch meine Arbeit in meiner Praxis als Beraterin/ Begleiterin in schwierigen psychischen Situationen habe ich viel Kontakt zu Müttern/Eltern gehörloser Kinder.

Einleitung

Franz B. ist ein junger gehörloser Mann. Er wohnt in einer eigenen Wohnung, die im Haus seiner Eltern liegt. Franz redet in Gebärdensprache, er kann auch Worte, die er kennt, von den Lippen ablesen. Über Jahre hat Franz seine Wohnung nicht verlassen. Die Fenster sind verschlossen. Er zieht keine Kleidung mehr an, mit der er auf die Strasse gehen könnte. Seine Eltern kümmern sich um ihn, d.h. sie gehen einkaufen, erledigen alle anfallenden Behördengänge.

Ich wurde von Franz' Mutter gebeten, mich um Franz zu „kümmern", da sie, die bisher die einzige Vertraute ihres Sohnes war, an dieses Problem nicht herankam.

Die Mutter wünschte sich, dass ihr Sohn wieder seine Wohnung verlassen könne, sich unter Menschen „wage" und ein „normales" Leben führe.

Franz' Lebensgeschichte

Kindheit

Franz ist das einzige Kind des Ehepaares B.. Die Mutter merkt als Einzige nach den ersten Monaten, dass Franz sich nicht normal entwickelt. Er reagiert nicht auf Geräusche. Da er ein sehr lebhaftes und willensstarkes Kind ist, erklärt sie sich, sich selber beruhigend, sein Nichthören mit Nichtwollen.

Bei allen Untersuchungen für den Mutter-Kindpass erklärt man ihr, Franz sei völlig gesund. Erst nach zwei Jahren oder sogar noch etwas später, die Mutter weiß es nicht mehr so genau, bejaht ein Arzt ihre Frage, ob Franz gehörlos sei. Woher, warum, durch welche Krankheit oder Umstände kann ihr der Arzt nicht erklären. Frau B. will es dann auch gar nicht wissen, „nützen tut das eh' nichts", meint sie.

Zuerst besucht Franz den Kindergarten im Auer-Welsbach-Park, dann wechselt er zum Kindergarten des Bundesinstitutes für Gehörlosenbildung.

Dort besucht er dann auch die erste Klasse und bleibt bis zum Ende des 9. Schuljahres an der Schule. Franz sei ein Kind gewesen, das immer in der gleichen Stimmung war, erzählt die Mutter, er war nie traurig, auch nie besonders glücklich, hat aber nie mit seinem Schicksal gehadert.

Franz geht nicht gerne in die Schule, er saß „9 Jahre in der falschen Klasse" meint die Mutter, da die Lehrerin viel zu schnell für Franz den Unterrichtsstoff durchnimmt. Es ist eine Klasse für die langsamen Schüler. Franz kommt besonders im Deutschunterricht nicht mit, die Sprache mit ihren Möglichkeiten, sich auszudrücken, erlernt er nicht. Auch lernt er wenig Gebärden, so bleibt sein Kontakt zu Klassenkameraden dadurch beschränkt.

Arbeitsverhältnisse

Er beendet die Schule und besucht anschließend die Fachschule für Lederwarenerzeugung in der Ungargasse. Dort helfen Lehrer/innen des Bundesinstitutes bei der Lehrlingsausbildung. Nach drei Jahren macht Franz den Abschluss. Er ist der Beste dieses Jahrgangs. Er wird sofort einer bekannten Lederwarenerzeugungsfirma empfohlen, die ihn auch umgehend einstellt. Anfangs ist Franz glücklich, er arbeitet fleißig und geschickt, und man ist sehr zufrieden mit ihm. Man gibt ihm den Firmenschlüssel, so dass er auch am Wochenende arbeiten kann.

Franz' Kollegen ärgern sich über seinen Eifer und seine Wochenendarbeiten, er wird gehänselt, aber er weiß nicht warum. Er fühlt sich nicht mehr wohl und wird oft krank, später dann möchte er manchmal gar nicht mehr hingehen, obwohl er doch so gern zur Arbeit geht, obwohl er die Arbeit mit dem Leder liebt. Nach drei Jahren spitzt sich die Lage so zu, dass Franz sofort einen Zettel unterschreibt, den ihm der Bürochef vorlegt. Darauf steht, dass Franz ab sofort nicht weiter in der Firma arbeiten möchte. Da erst schaltet sich die Mutter ein. Ihr wird erklärt, dass es keine Arbeit mehr gäbe – der Grund des Nichtweiterarbeitens sei doch egal. Sie kann

[1] Der Beitrag ist eine gekürzte Version der Abschlussarbeit zur existenzanalytischen Beratung mit gleichem Titel, approbiert im März 2004)

sich nicht durchsetzen mit dem Wunsch, dass Franz weiter arbeiten darf. Zuhause erklärt die Mutter Franz, dass er nun nicht mehr zur Arbeit gehen könne. Franz begreift das lange nicht, macht sich jeden Morgen fertig zur Arbeit.

Er ist völlig am Boden zerstört, enttäuscht, traurig, sitzt zuhause apathisch herum. Alles, was mit Leder zu tun hat, alles, was er aus Leder hergestellt hat, schmeißt er weg. Man darf nicht mit ihm über diese Arbeit sprechen, er will nichts mehr hören, er macht vollkommen zu. Er ist nur Abwehr in dieser Zeit, sagt die Mutter.

Rückzug

Die Eltern richten ihm eine eigene zwei Zimmerwohnung im Wohnhaus der Eltern ein. Der Vater tapeziert und streicht mit ihm die Wände, verlegt Fußböden und baut Schränke zusammen. Dabei ist Franz glücklich. Als alles fertig ist, macht er einen entspannten Eindruck, erinnert sich die Mutter. Ab dem Zeitpunkt verlässt Franz für zweieinhalb Jahre nicht die Wohnung. Die Mutter bringt ihm Essen und regelt auch sonst alles. Auch der Vater hilft.

Nach zweieinhalb Jahren sucht Frau B. Hilfe bei den Barmherzigen Brüdern. Dort erfährt sie von mir und meiner Tätigkeit am Bundesinstitut und bittet mich telefonisch, mich um Franz zu kümmern, da ihr sein Zustand Kummer bereite.

Ich beginne mit ihm Gespräche zu führen. Nach eineinhalb Jahren wagt Franz sich wieder hinaus, geht einkaufen, besucht die Mutter im Gartenhaus, geht auch mal schwimmen. Die meiste Zeit verbringt er aber zuhause, sieht fern, liest die Bibel. Die Eltern regeln nach wie vor alle wichtigen Ämtergänge. Da Franz zu 80 % behindert ist, bekommt er eine Behindertenpension.

Die Hörbehinderung
Was bedeutet Gehörlosigkeit?

Wenn man hört, dass jemand gehörlos ist, denkt man meistens sofort an „taub“ und „taubstumm“. Diese beiden Begriffe, die in den letzten Jahren weitgehend aus dem Sprachgebrauch verschwunden sind, signalisieren aber weit deutlicher das wahre Gebrechen als das Wort „gehörlos“. Der Begriff – taubstumm – verdeutlicht, dass neben dem nicht Hörenkönnen noch ein anderes Gebrechen vorliegt, das der Stummheit, die eine natürliche Folge der Taubheit ist. Das Nichthörenkönnen bewirkt das Nichtsprechenkönnen.

Der am häufigsten verwendete Begriff ist „hörgeschädigt“ (in der Umgangssprache: gehörlos) und bezeichnet damit verschiedene Gruppen von Behinderungsformen. Charakteristische Merkmale jeder Hörschädigung sind neben Art und Umfang des akustischen Sinnesschadens die als Folge in Erscheinung tretenden Beeinträchtigungen der Sprache und des Sprechenkönnens. Bei jedem Hörgeschädigten zeigt sich die Auswirkung und auch die Art dieses Sinnenschadens anders.

Der von Geburt an gehörlose Mensch ist außerstande, akustische Eindrücke, ob sprachlicher oder nichtsprachlicher Art, wahrzunehmen. Die Lautsprache kann nicht auf natürliche Weise erworben werden. Der Mensch ist also auf das Absehen der Sprache vom Mund (Lippenbewegungen) des Sprechenden angewiesen. Der gehörlose Mensch mit Restgehör kann ebenfalls nicht auf natürliche Weise die Lautsprache erlernen, bei ihm ist es möglich, mit Hilfe von elektroakustischen Verstärkern akustische Erlebnisse und Vorstellungen zu erreichen. Auch er ist auf das Ablesen angewiesen. Der schwerhörige Mensch ist im Unterschied zu den tauben Menschen grundsätzlich „hörend“. Er kann sich auf dem auditiven Wege verständigen. Er ist imstande, Sprache, wenn auch in verminderter Form, auf dem Wege über das Ohr wahrzunehmen. Das Gehör ist jedoch soweit beeinträchtigt, dass er auf normale Entfernung nicht hört, somit ist das Sprachverständnis stark vermindert und das Sprechen weitgehend beeinträchtigt. Bei einem „ertaubten“ Menschen ist der Hörverlust erst nach dem Spracherwerb eingetreten. Wegen der fehlenden Kontrolle durch das Ohr bildet sich die bereits vorhanden gewesene Sprache wieder zurück.

Wie oben bereits erwähnt, bewirkt das Nichthörenkönnen das Nichtsprechenkönnen. Das wird einsichtig, wenn wir die natürlichen Zusammenhänge zwischen Gehör und Sprache, bzw. Sprachverständnis bedenken.

Wie lernen wir sprechen?

Von den ersten Lebenstagen an werden dem Kind in Verbindung mit bestimmten Gegenständen, Personen und Situationen jeweils bestimmte Lautklangbilder vorgesagt, die nach und nach zum Symbolträger werden, zum inhaltvollen Wort, zum Bauelement für die Sprache. So lernt das Kind durch Hören, in Verbindung mit Schauen und Erleben, die Sprache seiner Umgebung mit all ihren Inhalten und ihrem Formenreichtum verstehen. Das Kind lernt durch Hören und Nachahmen Laute und Wörter bilden und aussprechen: artikulieren. Wir alle haben diesen Lernprozess beim Erlernen der Muttersprache unbewusst durchlaufen.

Der gleiche Vorgang der Sprachanbietung, des Vorsprechens, geht auch bei einem hörgeschädigten Kind vor sich. Der Hörschaden ist in 99 % aller Fälle in diesem Alter noch nicht bekannt. All dieses Vorsprechen aber bleibt für das gehörlose Kind tonlose Bewegung der Lippen. Es kann weder die Sprachinhalte verstehen noch den Klang der menschlichen Stimme wahrnehmen. Deshalb kommt es bei ihm zu keinem Spracherwerb und auch zu keiner normalen Artikulation. Um diesen Zustand der Sprachlosigkeit in seiner ganzen Tragweite zu verstehen, um den oft angezweifelten Satz zu begreifen, dass das Leiden der „Taubstummheit“ weit über das Leiden der Blindheit hinausgeht, muss man sich überlegen und vor Augen führen, was Sprache für den Menschen bedeutet:

1) Sprache ist den Menschen primär gegeben als Mittel der Verständigung, als Kommunikationsmittel, als Brücke vom Ich zum Du, als Mittel des Weges aus der Einsamkeit, aus der Isolation in die Gemeinschaft. Wenn jemand keine Sprache hat, bedeutet das zugleich, dass er kein Verständi-gungsmittel zur Umwelt hat. Dass er aus deren Gemeinschaft ausge-schlossen ist. Sehen wir die Sprache als Urbild des Dialoges – auch ich sage etwas dazu – wird klar, dass kein Dialog möglich ist.

2) Das Nichthörenkönnen verbunden mit der Sprachlosigkeit hat ungeheure

Folgeerscheinungen. Die Fähigkeit, etwas abstrakt benennen zu können, bedeutet auch eine Distanz zu dieser Sache herzustellen. Man stelle sich vor, ein Kind kann sich durch Sprache nicht die Welt erobern, sich nicht von ihr distanzieren und Dinge nicht bezeichnen. Gefühlsmäßig entsteht dadurch ein Ausgeliefertsein. Sprache ist ein Mittel zum Schutz und zur Distanzierung von Dingen, je genauer ich Dinge benennen kann, desto genauer kann ich mich distanzieren. Dinge und Situationen können durch das Aussprechen und Ansprechen an Macht verlieren, man beschränkt sie als etwas bestimmtes.

3) Wie soll sich ein Mensch emotional normal entwickeln können, der nie den Bach rauschen, die Vögel zwitschern und nie eine Melodie gehört hat, der keinen Reim kennt, niemals ein Kinderlied sang … und niemals die Stimme seiner Mutter hört? Der Ausfall des emotionalen Erlebens zeigt sich oft im Verhalten.

4) Man sagt „der Ton mache die Musik“. Er ist es, der einem Satz Farbe gibt und oft erst den richtigen Inhalt. Liebe, Hass, Ärger, Freude, Trauer … all das legt die Sprechmelodie in unsere Aussprache. Für den gehörlosen Menschen bleibt alles Gesprochene – gleich welchen Inhalts – tonlose und daher unendlich wirkungsarme Bewegung der Lippen. Das Gemüt wird jedoch in hohem Maße durch die Sprache und den Ton gebildet.

5) Neben diesen Schädigungen in psychischen Bereichen gibt es auch in noch folgewirksameren Maßen die Ausfälle im geistigen Bereich. Wo die Sprachentwicklung nicht regelrecht verläuft, entwickelt sich auch das Denken in gesonderten Bahnen.

6) Das hörende Kind hat bis zum vierten Lebensjahr viel Lebenserfahrungen aufgenommen und entsprechend verarbeitet. Die Kinder wissen um fast alle Vorgänge des täglichen Lebens, die um sie herum abrollen, Bescheid. Sie haben alle diese Vorgänge immer und immer wieder sprachlich aufbereitet dargeboten bekommen. Demgegenüber steht das gehörlose Kind all diesen Vorgängen ohne Verständnis gegenüber. Es ist oft auf die eigenen Interpretationen der sichtbaren Hand-lungsabläufe angewiesen, die ihm in ihren Zusammenhängen nicht einsichtig sind. Die Hintergründe all dieser Ereignisse bleiben verunsichernd, die seelische Motivation wird nicht erfasst. Interpretationen können nicht abgesichert werden durch Rückfragen. Demzufolge bleibt der Gehörlose auch falschen Schlüssen und falschen Gedanken-gängen immer wieder ausgeliefert. Er bleibt konkret und dem anschaulich Gegebenen verhaftet. Die höhere, der Sprachgemeinschaft gemeinsame geistige Welt, bleibt dem Betroffenen weitgehend verborgen. Der Sprachschatz ist gering. Er lernt, dass jedes Ding einen Namen hat, dass jede Tätigkeit und jede Eigenschaft durch ein Wort ausgedrückt werden kann. Es kann in der Schulzeit aus der ungeheuren Fülle nur das Wesentlichste, sozusagen das Lebensnotwendige an Bauelementen für die Sprache erarbeitet werden. Es sind dies vor allem konkrete Dinge, also Wörter, die mit fest umrissenen bestimmten Inhalten besetzt sind, wo keine Erklärung zum Verständnis notwendig ist – Erklärungen, die doch wieder nur aus Sprache bestehen könnten, die eben fehlt.

Ein Beispiel zeigt die großen Schwierigkeiten auf:

Ich FASSE das Kind AN.
Die Polizei ERFASST den Täter.
Die Schüler BEFASSEN sich mit dem Problem.
Die Mutter war sehr GEFASST.
Sie FASSTE neuen Mut.
Haben Sie die Schwierigkeit ERFASST?

Die meisten Gehörlosen werden über den konkret erfassbaren Begriff des „Anfassens“ nicht hinauskommen, alle Abstrakta bleiben – schwer erklärbar – schwer erfassbar.

Die Wichtigkeit des Sehens

Da die Gehörlosen überall im Umgang mit Hörenden angesprochen werden, müssen sie das Gesprochene vom Mund ablesen. Das Auge übernimmt die Funktion des Ohres! Die visuelle Beobachtungskraft erscheint verstärkt, ist aber vorwiegend oder ausschließlich objekt- und raumgebunden. Eine große Leistung, die hier von dem Gehörlosen verlangt wird und die er oft erstaunlich gut erfüllt. Wie schwer es ist, vom Munde Sprache abzulesen, kann man leicht überprüfen, wenn man z.B. beim Nachrichtensehen im Fernsehen den Ton wegdreht. Selbst bei guter Kenntnis des angebotenen Wortgutes, z.B. beim Wetterbericht, werden wir nicht verstehen oder eventuell einiges raten können. Noch größer wäre die Schwierigkeit, will man auf diese Art eine fremdsprachige Sendung verfolgen, auch wenn wir versucht haben, diese Sprache zu lernen. Solch einer „Sendung ohne Ton“ steht der Gehörlose bei jedem Gespräch gegenüber.

„Ablesen“ von den Lippen und verstehen kann man also nur Wörter und Sätze der Sprache, die man kennt. Das „Ablesen“ unbekannter Wörter ist unmöglich. Das bedeutet, dass die Erlernung des „Ablesens“ eng mit dem Artikulationsunterricht (der Gehörlose lernt die Lippenbewegungen nachzuahmen; ebenso wird er geschult, Bewegungsempfindungen an den Artikulationsorganen und die Vibrationen an Brust - Kehlkopf, Nase und Wange, sowie die Veränderungen des Atemdrucks und der Stimme optisch und taktil wahrzunehmen) und Sprachunterricht verbunden sein muss. Will der Gehörlose aus den wenigen Merkmalen einer Ablesungs-Gestalt auf ein bestimmtes Wort schließen, sind Ergänzungs- und Kombinationsleistungen erforderlich. Er sucht einen sinnvollen Zusammenhang, der sich ergeben kann aus der äußeren Situation: Gesprächsthemen z.B. bei der Begrüßung im Geschäft, bei der Arbeit etc. engen die Deutungsmöglichkeiten sehr ein. Oder es ergibt sich aus der sprachlichen Situation: Jedes Gespräch bezieht sich auf ein bestimmtes Thema. Aus diesem Grund bereitet ein plötzlicher Themenwechsel dem Gehörlosen große Schwierigkeiten. Da zeigt sich auch seine mangelnde Wendigkeit in Gesprächsführung.

Gebärdensprache

Eine große Problematik in der Gehörlosenpädagogik ist das Einsetzen der Gebärdensprache. Gebärde nennen wir jene Zeichensprache, mit der sich die Gehörlosen untereinander unterhalten. Hier werden telegrammartig Wörter flexionslos aneinandergereiht und die große Mehrdeutigkeit der einzelnen Zeichen,

die oft schon von Schule zu Schule verschieden sind, führt häufig zu Missverständnissen. Die Meinungen darüber, ob die Gebärdesprache hemmend oder unterstützend wirkt, gehen weit auseinander.

Gespräche mit Franz

a) Schwierigkeit mit der Gebärde:

Anfangs möchte ich mit ein paar Worten erklären, wie Gespräche mit Franz und mir möglich gewesen sind.

Ich musste mich ihm offen zuwenden und beim Sprechen und Zuhören seine Augen und besonders die Hände im Auge haben. Franz´ Gebärden sind „unsauber“, so, als ob jemand schnell und undeutlich spricht.

Jede Handbewegung bedeutet etwas anderes. Für verschiedene Begriffe gibt es die fast gleiche Gebärde, nur sind sie anders am Körper platziert. Z.B. das Wort „Depression“ und das Wort „Hunger“ haben die gleiche Gebärde, es ist die kreisende offene Faust. Auf den oberen Teil der Brust gehalten, bedeutet es „Depression“ auf den unteren Teil der Brust gehalten bedeutet es „Hunger“.

Das bedeutet, dass aus dem Sinn des Gespräches die richtige Bedeutung der Gebärde erfasst werden muss. Analog ist es mit anderen Begriffen.

Es war nötig, Franz’ Sprachschatz zu erforschen. Mit abstrakten Begriffen wie Vertrauen, Sinn, Wert, Glück, Zufriedenheit, Seele usw. konnte Franz nichts anfangen. Das war mir anfangs nicht klar. Diese Begriffe müssen von mir „umschrieben“ werden. Wenn ich sagen möchte: du kannst mir vertrauen, gebärde ich: du musst nicht Angst haben, ich bin gut. Ich war dadurch aufgefordert immer einfachere Worte und Ausdrücke zu finden, die annähernd das aussagten, was ich meinte. Das hat mich sehr angestrengt, es war aber auch kreatives Tun. Doch oft war ich auch verzweifelt, da „Vertrauen haben“ und „nicht Angst haben“ eben nicht das gleiche ist. Franz kennt nur schwarz - weiß, brav - schlimm, gut - schlecht. Das erschwert das Beschreiben von Zuständen.

b) Unser Start war folgendermaßen:

Die Wohnung liegt im zweiten Stock, und gleich nach meinem Klingeln wird der Summer betätigt. Frau B. öffnet die Tür, dahinter steht Franz. Sie stellt uns vor und Franz bittet mich sehr höflich in sein Wohnzimmer. Frau B. bleibt die meiste Zeit (während der ersten Gespräche) in Rufweite und öffnet immer wieder die Tür um nachzusehen, ob alles in Ordnung ist. Auf dem Fußboden liegt ein Plastikläufer bis hin zum Esstisch. Franz weist mich darauf hin, dass ich bitte auf dem Läufer zu gehen habe. Auf dem Esstisch steht für mich ein schon eingeschenktes Glas Saft auf einem Untersetzer. Immer, wenn ich einen Schluck trinke, verbessert Franz die Stellung des Glases auf dem Untersetzer. Alle Fenster sind entweder mit Rollos oder dicken Gardinen verhangen. Man kann nicht hinausblicken. Ich darf mich die ganze Zeit über nur auf den Plastikläufern bewegen und nichts anfassen. Alles ist sehr sauber, aufgeräumt, fast steril. Man merkt nicht, dass hier jemand lebt.

Wir reden in Gebärdensprache. Wenn wir beide nicht weiterwissen, weil wir andere Gebärden kennen, schreiben wir das gesuchte Wort auf ein Blatt Papier, wenn es gar nicht geht, zeichne ich den gesuchten Begriff.

Auffallend ist sein Blick. Er wirkt traurig, ängstlich, resigniert, zeitweise sehr unruhig. Er schaut mich nicht direkt an. Er sitzt mit verschränkten Armen mir gegenüber und hat mich und meine Bewegungen genau im Blick. Ein wenig lauernd.

Viele Stunden verbringen wir gemeinsam in seinem Wohnzimmer. Er erzählt mir von seinem „Leben“ in der Wohnung, wie er saubermacht, wie er seine Schränke immer wieder aufräumt und erzählt von Fernsehsendungen. Ich erwähne nicht sein Leben in der Wohnung, beurteile es nicht, lasse es so wie es ist.

Oft spricht er über Schmutz, über Schmutz in der Welt und in unseren Seelen.

Einmal dann sagt er mir gleich am Anfang der Stunde, dass er tot sein möchte.

Ich: Wie stellst du dir das vor, wenn du tot bist?
Franz: Im Himmel ist es am besten.
Ich: Woher weißt du das?
Franz: Gelesen im Heft (zeigt mir ein Heft von den Zeugen Jehovas)
Ich: Und was ist so schön im Himmel?
Franz: Da ist es für immer sauber.
Ich: Du hast mir gesagt hier in deiner Wohnung sei es auch sauber.
Franz: Aber nicht für immer, muss staubsaugen. Im Himmel ist’s am besten.
Ich: Und wenn du hier nicht staubsaugst?
Franz: Dann legt der Staub sich hier hin (zeigt auf seine Brust).
Ich: Und dann?
Franz: Dann kann ich nicht in den Himmel.

Dann zeigt er mir den „Wachtturm“ und weist auf eine Stelle, in der geschrieben steht, dass nur der in den Himmel kommt, wer geistig, seelisch und auch körperlich rein ist.

Ich erzähle ihm, was es für mich bedeutet geistig, seelisch und körperlich rein zu sein. Franz hört zu, oft weiß ich nicht, ob er versteht, was ich sage, denn, wenn ich ihn dann um seine Meinung dazu bitte, weiß er nichts zu sagen. Ich weiß aber auch, dass sein Wortschatz gering ist, und er mehr versteht als er ausdrücken kann.

Ich erzähle immer wieder von mir, versuche ihn dadurch an meinem Leben teilnehmen zu lassen, berichte von Vorkommnissen in der Schule, die er ja kennt und versuche damit eine gute Vertrauensbasis zu bilden. Ich zeige ihm Mitgefühl mit seiner Situation, gebe ihm zu verstehen, dass ich seine Problematik verstehe. Ich spüre seine Angst vor Menschen, vor dem Verletztwerden, vor dem Ausgeliefertsein in für ihn undurchschaubaren Situationen. Uns verbindet unsere gemeinsame Sprache. Nach einiger Zeit erzählt Franz ein wenig von sich, merkt er aber meine Aufmerksamkeit, blockt er ab. Immer wieder kommt: Ich kann nicht. Ich kann nicht hören, nicht sprechen, nicht arbeiten, nicht mit Menschen (umgehen). „Hier bei mir ist es schön“, sagt Franz, „hier bin ich sicher“. (Gebärde: hier ist es gut, keiner böse.)

Angst

Franz hat viel zu oft erlebt, dass er etwas nicht kann. Er hat viel zu oft erlebt, dass er nicht verstanden wurde und

dass er nicht verstand. Jetzt hält ihn die Angst zurück etwas zu können, ja überhaupt zu wollen. Es kommt gar nicht dazu, dass er einen Wunsch äußert, etwas machen möchte. Er möchte gar nichts mehr. Er hat oft genug schlechte Erfahrungen gemacht. Franz wird nicht aggressiv dadurch, sondern zieht sich zurück, wird traurig, traut sich überhaupt nichts mehr zu. Es geht ihm der Keim seiner Vitalität und Lebendigkeit verloren, er findet keinen Zugang zur Kraft seines Lebens, kein Vertrauen zu Leben, das sich in ihm regt. Er wird depressiv.

Franz´ Angst entsteht dadurch, dass er sich auf Menschen bezieht, die etwas von ihm wollen und dass er diese und damit zusammenhängende Situationen nicht verstehen kann. Aber Franz ist auch ein „angstbereiter" Mensch, er ist unsicher aufgrund seiner Lebenssituation (1. Grundmotivation: ich kann nicht! – er fühlt sich der Welt und den Menschen nicht gewachsen), weil er nichts versteht und weil er keine eigenen Lebenserfahrungen hat machen dürfen, auf die er sich verlassen könnte. Das hätte ihm Sicherheit und Vertrauen zu sich selbst gegeben – Vertrauen dazu, dass er eine Situation meistern kann bzw. sich selbst vertreten kann.

Zwanghaftes Verhalten

Auf dem Boden dieser Angstbereitschaft breitet sich eine Erwartungsangst aus. Er erwartet von sich, dass er versagt, das kennt er gut, kann nur nicht reflektieren, warum es so gekommen ist. In ängstlicher Erwartung des Versagens wird die Angst noch mehr verstärkt und das wiederum bestärkt ihn in seiner Befürchtung. Er kommt aus diesem Teufelskreis nicht heraus, er zieht sich zurück, bleibt nur noch zuhause, baut sich seine eigene Welt – seine saubere Welt –, in die kein Schmutz, besonders kein Schmutz von Menschen, herein darf. Pedantisch, liebevoll und fanatisch sorgt er für Ordnung in seiner Welt. Und hier „muss" er saubermachen, räumt prophylaktisch auf, bevor die Angst vor dem Saubermachenmüssen kommt. Er fühlt sich gezwungen, immer öfter und gründlicher sauber zu machen, er hat immer seltener das Gefühl, dass er es schafft.

In der Therapie muss es um die Frage gehen: Wo *kann* ich sein? Das wird anhand der Aufarbeitung der biografischen und der aktuellen Situation, in der der Patient lebt, geschehen.

Durch die Personale Existenzanlyse (PEA) werden personale Kräfte mobilisiert, um die grundsätzliche Dialogfähigkeit des Menschen zu fördern.

Hier geht es im ersten Schritt (PEA 1) darum, den subjektiven emotionalen *Eindruck* des Erlebten der Situation zu bergen, was zur persönlichen *Stellungnahme* führt (PEA 2), zur Gegenwart, zur Auseinandersetzung: ich – selbst, und schließt dann im dritten Schritt (PEA 3) mit der „Verwirklichung" der Person ab, die fähig ist, sich in die Welt zu bringen. Das Innere wird im Antworten zum *Ausdruck* gebracht.

Auf Grund seiner Gehörlosigkeit, aber auch auf Grund seiner schwachen Emotionsfähigkeit und Desinteresse am Lebendigen und überhaupt zur Welt, ist die Fähigkeit zum Eindruck eingeschränkt. Durch seine Sprachlosigkeit kann die „Schicht des Erlebens" nicht durchgesprochen und können somit leidvolle Erfahrungen nicht genügend geklärt werden.

Hier muss ich immer wieder ansetzen, ihn erstens offen für die Welt zu machen und zweitens immer neue Worte, Umschreibungen und Gebärden suchen, die seine inneren Vorgänge verdeutlichen.

Der Weg zur Stellungnahme kann im Moment noch nicht beschritten werden. Ein Selbstverständnis, ein Situationsverständnis, ein tiefes Spüren im Innersten (s.o.) ist nicht möglich. Auch die Möglichkeit des Ausdruckes bleibt für ihn erschwert.

Mit Hilfe der personal-existentiellen Grundmotivation arbeiten wir am Seinsgrund, um zur Welt „Ja" sagen zu können.

Dann einmal klingle ich an der Tür, bleibe draußen stehen und sage zu Franz: Komm, wir wollen mal auf der Straße schauen, ob wir solche Gesichter, die wir das letzte mal gemacht haben (wir haben fröhliche, böse, traurige Gesichtsausdrücke „geübt") auch auf der Straße treffen können. Franz zögert. Ich drehe mich um und tue, als ob es ganz normal wäre, dass Franz jetzt aus der Tür tritt, und Franz kommt.

Die folgenden „Therapiestunden" fanden auf der Straße statt, wir gingen in Parks spazieren, einkaufen oder etwas erledigen. Ich war nicht ganz glücklich mit diesem „Erfolg", denn nun hatte ich die Rolle seiner Mutter übernommen, die einst ihm ihre schützende Hand entzog, als er das erste Mal allein auf sich gestellt war. Nun war ich die Vermittlerin zur Welt geworden, bei mir und mit mir fühlte Franz sich sicher, auch weil wir die gleiche Sprache sprechen. Dadurch erfährt Franz Halt. Wie wird es aber sein, wenn er allein ist? Nach vielen Gesprächen, in denen es um das Verhalten von Menschen zueinander ging, fängt Franz an, allein auszugehen, zuerst im kleinen Umkreis, dann geht er immer weiter von Zuhause weg.

Ein paar mal besuchte ich Franz noch und dabei überlegten wir, was er machen könne, ich gab ihm kleine Aufgaben, die er erledigen musste. Ganz natürlich verlässt er jetzt seine Wohnung und begibt sich unter Menschen, ist aber auch viel zuhause. Seither treffen wir uns ungefähr zwei Mal im Jahr zu einem Gespräch.

Anschrift der Verfasserin:
Birgitta Mullan
Hauptstraße 99
A-2384 Breitenfurt

Last call for Papers

Themenheft der EXISTENZANALYSE 1/2005: Supervision

Wer noch nicht daran gedacht und sich doch noch melden will.

Bitte reichen Sie Ihren Artikel bis Ende Juli ein:
An die Themenredakteurin Dr. Lilo Tutsch: gle-oe@existenzanalyse.org
Einwanggasse 23/11, 1140 Wien

Therapiestation Carina

Stiftung Maria Ebene – Zentrum für Suchterkrankungen
Zusammenfassung des Therapiekonzepts

Johannes Rauch

Die **Therapiestation Carina** ist eine ausgelagerte Abteilung des Fachkrankenhauses Maria Ebene unter der chefärztlichen Leitung von Prim. Prof. Dr. Reinhard Haller.

Die **Stiftung Maria Ebene** ist ein privater Rechtsträger und als gemeinnützige Institution anerkannt. Die Hauptstifter sind das Land Vorarlberg, die Caritas der Diözese Feldkirch, die Arbeiterkammer Vorarlberg, die Vorarlberger Gebietskrankenkasse und andere. Die Stiftung Maria Ebene ist das Vorarlberger Zentrum für alle Fragen der Vorbeugung, Beratung und Behandlung von Suchtkrankheiten. Die Institution ist in mehrere Stellen gegliedert, die den vielfältigen Zielsetzungen und den regionalen als auch den überregionalen Gegebenheiten Rechnung tragen.

Die Therapiestation Carina liegt auf einer Anhöhe in unmittelbarer Nähe des Landeskrankenhauses in Feldkirch/Tisis. Das Haus war früher die Sommerresidenz des Jesuitenkollegs Stella Matutina. Die Einrichtung ist für 15 – 18 Patienten[1] ausgelegt.

Die Therapiestation versteht sich als Einrichtung zur langfristigen, stationären Entwöhnungsbehandlung und Rehabilitation von substanzabhängigen Frauen und Männern ab dem 16. Lebensjahr, die komorbid eine Persönlichkeits- bzw. Persönlichkeitsentwicklungsstörung, Essstörung (Anorexie, Bulimie, Adipositas) und andere psychische Primärstörungen, wie Angst- oder affektive Störungen, aufweisen. Als unbedingte Voraussetzung für die Aufnahme in die Therapiestation gilt ein abgeschlossener, medizinisch überwachter Körperentzug und eine nachgewiesene Suchtgiftabstinenz zum Zeitpunkt der Aufnahme. Die Therapiedauer ist an den individuellen Rehabilitationsprozess angepasst und beträgt bei einem Großteil der Patienten zwischen 4 und 8 Monaten.

Als Grundsäulen der stationären Rehabilitationsbehandlung sind verankert:

- Soziotherapie und Sozialarbeit,
- Psychotherapie (Existenzanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie) in Einzel- und Gruppenarbeit,
- Mal-, Tanz-, Bewegungstherapie in Einzel- und Gruppenarbeit sowie Reittherapie
- Lauf- und Bewegungsgruppen,
- Medizinische Betreuung und Versorgung.

Der gesamttherapeutische Prozess setzt sich aus der Eingewöhnungszeit und drei Therapieabschnitten zusammen:

Eingewöhnungszeit

Vorrangiges Ziel der Eingewöhnungszeit ist es, den Patienten einen näheren Einblick in die Therapie zu geben. Die Patienten nehmen an allen therapeutischen Gruppen teil und übernehmen ihnen zugeteilte Aufgaben in verschiedenen Arbeitsbereichen (Küche, Hausreinigung, Waschküche, Werkstätte, Stall und Garten). So wird es ihnen möglich, sich ein persönliches Bild über die verschiedenen Inhalte und individuellen Anforderungen der Therapie zu machen. Der Schwerpunkt der Eingewöhnungszeit liegt zum einen in einer Abklärung der vorhandenen Eigenmotivation zur Therapie und zum anderen in einer kontinuierlichen therapeutischen Begleitung zur Stärkung und Stabilisierung einer unsicheren bzw. schwankenden Motivationslage der Patienten. Jedem Patienten werden ein Psychotherapeut und ein Soziotherapeut als „therapeutische Bezugspersonen“ zugewiesen. Der Entwicklung einer tragfähigen, vertrauensvollen und kooperativen therapeutischen Beziehung wird oberste Priorität eingeräumt. Die Beschränkung von Kontakten im Rahmen der Eingewöhnungszeit zum bislang gewohnten sozialen Lebensumfeld, mit Ausnahme von abklärenden Gesprächen mit nahen Angehörigen und engen Bezugspersonen, ermöglicht es den Patienten, ihre gesamte Aufmerksamkeit auf sich („Innere Achtsamkeit“) und den

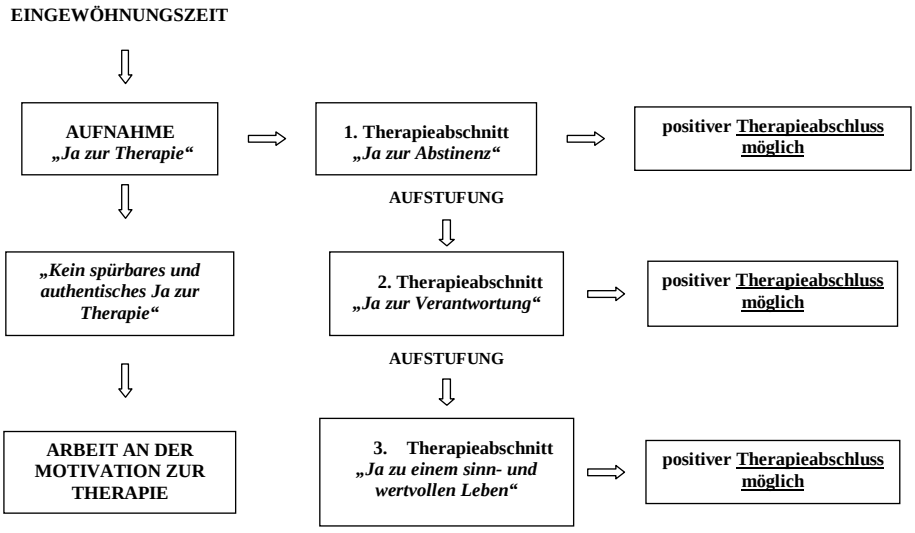


Abbildung 1: Schematische Darstellung des Therapieprozesses

[1] Im gesamten Text wird die männliche Form verwendet. Ausdrücklich beziehen sich alle Formulierungen auch auf Frauen. Wir bitten um Verständnis!

notwendig werdenden Entscheidungsprozess zu richten. Die Aufnahme in den 1. Therapieabschnitt und damit in die stationäre Langzeittherapie setzt ein spürbares und glaubwürdiges ***„Ja zur Therapie“*** voraus und ist frühestens drei Wochen nach Beginn der Eingewöhnungszeit möglich.

Erster Therapieabschnitt

Zentrale Bedeutung in der *psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelarbeit* kommt dem biographischen Arbeiten und damit dem Thema des „Geworden-Seins“ zu. In einer kritischen und aufrichtigen Auseinandersetzung mit dem eigenen Weg in die Sucht und dem Leben in der Abhängigkeit kann der bisherige Lebensweg verstanden und angenommen werden. Primäre Zielsetzung des ersten Therapieabschnittes ist das bewusste und spürbare ***„Ja zur umfassenden Abstinenz“.*** Jeder Patient hat dabei einen existentiellen Wertekonflikt zu lösen: Entscheidung für ein Leben in Sucht und Abhängigkeit oder bewusste Entscheidung für ein *sinn-* und *wert-volles* Leben durch die Einsicht, dass eine stimmige und nachhaltige Lebensqualität erst durch diese Abstinenz möglich wird. Ziel ist damit der „*sinn-volle* Verzicht“, d.h. die bewusste Entscheidung für ein suchtfreies Leben, mit Verzicht auf die kurzfristigen Vorteile eines süchtigen Lebens. In therapeutischer Begleitung erstellen die Patienten einen kurzen und prägnanten Lebenslauf. Darin sollen sie als Person unmittelbar spürbar werden. Bevor ein Patient in den zweiten Abschnitt der Therapie treten kann, muss die persönliche Perspektive einer erfüllenden und wertvollen persönlichen Zukunft eindeutig erlebbar sein – im alltäglichen Handeln, Denken und im Ausdruck von Gefühlen.

In der soziotherapeutischen Arbeit geht es darum, dem ausweichenden (süchtigen) Verhalten mittels klarer, einsichtiger Strukturen, speziell in den verschiedenen Arbeitsbereichen, zu begegnen. Alle zur Selbsterhaltung notwendigen Arbeiten werden von den Patienten in Eigenverantwortung durchgeführt. Die nachhaltige Arbeit in den Arbeitsbereichen bedeutet für die Patienten eine oftmals neuartige Auseinandersetzung mit dem eigenen Wissen und Können: Wissen ist erwerbbar und Können erlernbar – aus diesem Erleben heraus entstehen Eigenmotivation und Eigenwert. Die Arbeit zum Zwecke der Selbsterhaltung und existentiellen Absicherung wird so auch als Ort der persönlichen Entwicklung und Reifung erfahrbar. In regelmäßig stattfindenden Gruppen werden für jeden Patienten die Themen „Ordnung“, „Verlässlichkeit in Vereinbarungen“, „Wertschätzung“ und „Mut zur Aufrichtigkeit“ offen hinterfragt. Dem Patienten wird sein soziales Verhalten gespiegelt und gemeinsam werden sinnvolle Veränderungsmöglichkeiten und notwendige Konsequenzen formuliert.

Das Erlernen der Aufnahme und des Erhalts von vertrauensvollen und tragfähigen Beziehungen ist Ziel der „Hausgemeinschafts- bzw. Konfrontationsgruppe“. Dabei stellen einerseits der offene und wertschätzende Ausdruck von Gefühlen einer anderen Person gegenüber („Was mich beschäftigt“ – „Wie es mir {mit dir} geht“ und „Was ich mir von dir wünsche.“) und andererseits die offene und wertschätzende Annahme solcher Konfrontationen der eigenen Person gegenüber („Was den anderen beschäftigt“ – Wie es ihm {mit mir} geht“ und was er sich von mir wünscht“) notwendige Grundlagen dar. Für den Konfrontierenden geht es darum, den Mut zur Selbstöffnung durch seine Stellungnahme in einem geschützten Rahmen zu finden. Für den konfrontierten Patienten steht zuerst das besonnene Annehmen dessen, was der Andere zu sagen hat, im Mittelpunkt. In einem weiteren Schritt gilt es zu überprüfen, was die empfangene Stellungnahme des Gegenübers mit ihm selbst zu tun hat. Eine eigene innere Stellungnahme ist das Resultat. Die unmittelbare Rückmeldung dieser inneren Stellungnahme ist während der Gruppe untersagt. Immer muss das Konfrontieren aus einer sorgenden Haltung für sich, den Anderen und die Beziehung zueinander geführt werden.

In einer „Zielegruppe“ werden, gemeinsam mit dem Patienten und unterstützt durch die Patientengemeinschaft, aus psycho- und soziotherapeutischer Sicht sinnvolle Ziele erarbeitet. Grundlegende Dimensionen stellen „mangelnde Solidarität und Impuls-kontrolle“, „Geringe Frustrationstoleranz“, „Tendenz zur Spaltung/Polarisierung“ und „globale Abwertungsstrategien“ dar. Daraus entwickelte Ziele werden konkret ausformuliert, verbindlich vereinbart, schriftlich fixiert und sind damit im alltäglichen Handeln umsetzbar. Die durch die Sucht eingeschränkte Autonomie soll gestärkt und gefördert werden. Ziele lenken hin zu einer aktiven Handlungsorientierung und Lebensgestaltung. Die Zielerreichung stärkt wiederum den individuellen Eigenwert und die Eigenmotivation.

In der Vorbereitung zur Aufstufung stehen die Patienten vor der Aufgabe, ein Buch zu wählen und im Rahmen einer „Buchvorstellung“ zu präsentieren. Diese Buchvorstellung soll einerseits den persönlichen Bezug zum Gelesenen, also die eigene Betroffenheit und das eigene Gefühl und individuelle Urteil möglich machen, andererseits soll sie zur Auseinandersetzung mit der Welt des Autors und dessen Wert-, Sinn- und Lebensvorstellungen anregen.

Zum Abschluss des ersten Therapieabschnittes wird das „Ja zur Therapie“ um das nachhaltige ***„Ja zu einem abstinenten Leben“*** ergänzt - als grundlegende Voraussetzung für die Aufstufung in den zweiten Therapieabschnitt.

Zweiter Therapieabschnitt

Der Aufbau und die Stabilisierung der eigenen Identität stehen im Mittelpunkt der *psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelarbeit* des zweiten Therapieabschnittes. Es geht um eine Beantwortung der Fragestellung *„Wer bin Ich?“* als Ausdruck des Suchens und Findens der eigenen Person. Als Voraussetzungen für die Aufstufung in den nachfolgenden dritten Abschnitt sind aus psychotherapeutischer Perspektive die spürbare und im therapeutischen Alltag erlebbare Festigung der eigenen Persönlichkeit, der sichtbare Ausdruck inneren Halts und innerer Stabilität, formulierbar. Die Überzeugung der Selbstwirksamkeit und die nachhaltig verfügbaren Bewältigungskompetenzen bei Risiko-

rückfallsituationen müssen erprobt und belegbar sein.

In der soziotherapeutischen Arbeit wird in den einzelnen Arbeitsbereichen die Übernahme und Umsetzung von Verantwortung zu und für etwas, durch die eigenverantwortliche Leitung eines Arbeitsbereiches, für die Patienten unmittelbar spürbar und erlebbar. Die Patienten müssen ihre Konflikt-, Konfrontations- und Beziehungsfähigkeit im Leben innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft unter Beweis stellen – gleichermaßen die Fähigkeit, Verantwortung für die eigene Person, den Umgang mit den Hausregeln und in den Beziehungen zu den Mitpatienten übernehmen zu können. Diese Verantwortung füreinander findet gerade auch im Beziehungsentwurf zwischen weiblichen und männlichen Patienten ihren Ausdruck. Häufig beobachtbaren Gefühlen der Verliebtheit und gewünschten Intimität steht die eigenverantwortliche und sinnvolle Abstinenz von gelebter, vom eigenen Rehabilitationsprozess ablenkender, partnerschaftlicher Nähe und Sexualität während der stationären Therapie gegenüber. Ein begründetes und klares Verbot zur Paarbildung ist deshalb fester Bestandteil der Hausordnung. Vorsätzliche und wiederholte Verstöße haben Therapieausschluss bzw. vorzeitige Entlassung zur Konsequenz.

Am Endes des zweiten Therapieabschnittes steht das erlebte und bewusste ***„Ja zur Verantwortung“.*** Der Patient hat über das Verstehen und Annehmen von Verantwortung für sich selbst, für Andere und die Therapiegemeinschaft gelernt, dass die Übernahme von Verantwortung eine zentrale Grundbedingung des sozialen Zusammenhalts darstellt und die eigene Person dazu einen wertvollen und auch für sich selbst sinnvollen Beitrag liefern kann. Die Erstellung einer schriftlichen Lebensplanung für ein Jahr, in der die zukünftige Gestaltung der wichtigsten Lebensbereiche (Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte und Beziehungen, Nachbetreuung, Zeitbewältigung) beschrieben werden, stellt eine weitere Voraussetzung für die Aufstufung in den dritten Therapieabschnitt dar. Die Aufstufung in den Dritten Abschnitt selbst stellt einen Akt des offenen und ehrlichen Sich-Zeigens und des Sich-Aussetzens vor der Patientengruppe und dem therapeutischen Team dar. Der Patient präsentiert kreativ und frei seine Persönlichkeit mit ihren Stärken, Besonderheiten sowie Bedingtheiten und stellt sich den Rückmeldungen der Gemeinschaft.

Dritter Therapieabschnitt

In der psychotherapeutischen Arbeit wird geklärt, inwieweit das „Ja zur Abstinenz und Verantwortung“ zu einem ***„Ja zu einem sinn- und wertvollen Leben“*** werden kann, das spürbar und glaubhaft bekräftigt wird. Aus psychothera-peutischer Sicht geht es um die Entwicklung von Werten, Visionen und klaren persönlichen Prioritäten, nach denen sich der Lebensentwurf künftig richten kann. Die Patienten sind dabei aufgefordert, weg von einer Wunschhaltung und von Illusionen in eine Willenshaltung zu finden, in der sie sich auf erfüllbare Werte beziehen und sich ihrem ganz persönlichen Lebensszenario stellen – einem Leben, das einerseits mannigfachen Beschränkungen und Bedingtheiten unterworfen ist und darin auch angenommen werden muss, andererseits aber auch vielfältige Möglichkeiten der individuellen Veränderung und Entwicklung in sich trägt. Dies bedeutet im Konkreten auch die Beantwortung der Fragen, wie in einem Leben ohne Suchtmittel der Umgang mit Frustration, Ängsten, Versagensgefühlen, Scham, Schuld, Trauer und Schmerz bewältigt und gestaltet werden kann.

Die soziotherapeutische Arbeit begleitet diesen Prozess durch eine verstärkte Orientierung nach Außen, hin zum sozialen und gesellschaftlichen Umfeld, weg vom geschützten Rahmen der Therapiestation. Die Patienten werden angehalten, ihre zukünftige Lebensplanung nun aktiv-bewältigend zu gestalten, indem sie in eine Phase konkreter Planung und Vorbereitung zentraler Lebensbereiche eintreten (Wohnen, Beruf, Sozialkontakte, Freizeitgestaltung).

Dabei kommt es zwangsläufig zu einer Konfrontation mit einem oftmals ablehnenden, vorurteilenden und beschränkenden gesellschaftlichen Umfeld. Mit therapeutischer Unterstützung gilt es sozialen Rückzug und eine passive Opferhaltung zu vermeiden und den Patienten zu einer inneren Haltung zu verhelfen, sich als „angefragt durch das Leben“ zu begreifen, dem sie in konstruktiver Auseinandersetzung eine Antwort geben müssen.

Das therapeutische Team der Therapiestation Carina umfasst gesamt 1.275 Stellenprozente, wobei 100% einer vollen Beschäftigung (40 Stunden) entsprechen. Im Team arbeiten 17 Personen (12 in Teilzeit) in folgenden Berufsgruppen:

- **Leitung** 100% (davon 50% existenzanalytische Patientenarbeit, Mag. J. Rauch)
- **Psychotherapie** 250% (davon 150% Existenzanalyse Mag. E. Kohler, Mag. A. Burtscher, 100% systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie)
- **Soziotherapie** 550% (Psychologen, Pädagogen, Sozialar-beiter)
- **Nachtdienst** 280% (psychiatrisch diplomiertes Pflege-personal)
- **Verwaltung** 60%
- **Facharzt** 20% (externer Dienst durch die Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene)

Die Teamsitzungen umfassen 3 ½ Stunden pro Woche. Weiters trifft sich das Team zur Fallarbeit 1 Stunde pro Woche. Teamsupervision findet monatlich jeweils 3 Stunden statt.

Deskriptive Ergebnisdarstellung und Evaluierung der Entwöhnungsbehandlung in der Therapiestation Carina 2000 bis 2003

Oliver Bachmann

Die deskriptive Darstellung und Evaluierung der Ergebnisse ermöglicht einen Überblick über allgemeine und spezifische Quantitäts- und Qualitätskriterien der stationären Langzeitbehandlung von Suchterkrankungen und komorbiden psychischen Störungen für die Jahre 2000 bis 2003 in der Therapiestation Carina, Krankenhaus Maria Ebene. Dabei finden folgende Parameter Berücksichtigung:

- Gesamtanzahl der im Berichtszeitraum behandelten Patienten (S1) und Anzahl jener Patienten, die ihre Therapie im Berichtszeitraum beendet, d.h. regulär abgeschlossen oder abgebrochen haben (S2), sowie Anzahl getrennt für weibliche (SW2) und männliche Patienten (SM2)
- Patientenverteilung gesamt (S) und getrennt für weibliche (W) und männliche (M) Patienten bzgl. der Hauptdiagnosen Abhängigkeits- und Persönlichkeitsstörungen
- Haltequote gesamt (S) und getrennt für weibliche (W) und männliche (M) Patienten
- Abbruchquote gesamt (S) und getrennt für weibliche (W) und männliche (M) Patienten
- Durchschnittliche Therapiedauer (S) gesamt und getrennt für weibliche (W) und männliche (M) Patienten mit regulären Therapieabschluss.

Die sogenannte **Haltequote,** bzw. negativ formuliert-, die **Abbruchquote**, kann als relatives Erfolgskriterium einer stationären Einrichtung für Abhängigkeitserkrankungen gewertet werden (vgl. Küfner 1995, 62ff.). Insgesamt gelten Haltequoten von 70-80% als Qualitätsmerkmal erfolgreicher stationärer Einrichtungen (Küfner 1995, 66f.). Dies vor jenem Hintergrund, dass nur über einen kontinuierlichen Therapieprozess auch effektive und effiziente therapeutische Arbeit mit Suchtklientel möglich ist. Die Haltequote korreliert allgemein positiv mit Maßnahmen, die die Identifikation, Zugehörigkeit und Bindung an die Einrichtung, die Patientengemeinschaft bzw. das therapeutische Team betreffen, und negativ mit jenen, die Ausdruck von strenger Kontrolle, Sanktionen und starren therapeutischen Strukturen darstellen. Die Hoffnung auf ein erfülltes, drogenfreies Leben in selbstbestimmter Autonomie verringert die Abbruchquote und erhöht ebenfalls die Haltequote. Hoffnungslosigkeits- und Sinnlosigkeitsgefühle erhöhten sowohl Abbruch- als auch Rückfallquote. Therapieabbrüche, eventuell ohne die Möglichkeit der Wiederaufnahme eines Patienten, stellen dabei den schlechtesten Therapieausgang dar, da jene Patienten zu einem sehr hohen Anteil ihre Suchtkarriere fortsetzen (vgl. Körkel, Schindler 2003, 22ff.). Mögliche Rückfälle während und auch nach der Therapie werden als „natürliche“ Elemente eines längerfristigen therapeutischen Prozesses und nicht als Versagen bzw. Misslingen der Therapie gewertet (vgl. Lindenmeyer 1999, 77ff.). Die „Arbeit mit dem Rückfall“ stellt somit eine sinnvolle therapeutische Strategie dar – unter bestimmten Voraussetzungen. Wesentliche Bedeutung erlangt dabei eine klare und flexible Regelung bezüglich jener Bedingungen, unter denen ein rückfälliger Patient weiterbehandelt werden kann bzw. entlassen oder überstellt werden muss. Hier sind in erster Linie medizinische und therapeutische Gesichtspunkte (z.B.: körperlicher Entzug, akute Suizidalität) sowie grundlegende Behandlungsrichtlinien (z.B.: nachgewiesene Suchtgiftabstinenz als Voraussetzung für eine Aufnahme) zu beachten.

Ergebnisdarstellung

Berichts-zeitraum	Klientenanzahl			Haltequote			Abbruchquote			Ø Therapiedauer in Tagen		
	S_1/S_2	S_{W2}	S_{M2}	S_{W+M}	W	M	S_{W+M}	W	M	S_{W+M}	W	M
2000	60/44	18	26	21	9	12	23	9	14	221,9	259,4	211,4
2001	78/65	28	37	44	19	25	21	9	12	157,4	186,3	135,4
2002	63/45	21	24	32	11	21	13	10	3	160,3	164,5	158,1
2003	60/43	16	27	31	12	19	12	4	8	205,7	238,4	185,1

Tabelle 1: Tabellarische Darstellung der *absoluten* Halte- und Abbruchquoten sowie der durchschnittlichen *absoluten* Therapiedauer in Tagen.

Berichts-zeitraum	Klientenanzahl			Haltequote			Abbruchquote			Ø Therapiedauer in Tagen + %-Abweichung		
	S_1/S_2	$S_2W\%$	$S_2M\%$	$S_{w+m}\%$	W%	M%	$S_{w+m}\%$	W%	M%	S_{w+m}	W%	M%
2000	60/44	40,9	59,1	**47,7**	50	44	**52,3**	50	56	221,9	+16,9	-4,7
2001	78/65	43,1	56,9	**67,7**	67,8	67,6	**32,3**	32,2	32,4	157,4	+18,4	-14
2002	63/45	46,7	53,3	**71,1**	52,4	87,5	**28,9**	47,6	12,5	160,3	+2,6	-1,4
2003	60/43	37,2	62,8	**72,1**	75	70,4	**27,9**	25	29,6	205,7	+15,9	-10

Tabelle 2: Tabellarische Darstellung der *prozentuellen* Halte- und Abbruchquoten sowie der *prozentuellen* Abweichung von der durchschnittlichen Therapiedauer in Tagen

Für die **Therapiestation Carina** zeigt sich im Berichtszeitraum 2000 bis 2003 ein deutlicher Anstieg der Haltequote von 47,7% (2000) auf 72,1% (2003), in direkter negativer Korrelation mit Verringerung der Abbruchquote von 52,3% (2000) auf 27,9% (2003). Mit Ausnahme des Jahres 2002, wo die Haltequote für männliche Patienten beachtliche 87,5% erreichte und jene für weibliche Patienten 52,4% betrug (Differenz: über 35%), zeigen sich keine signifikanten Differenzen in der Haltequote bzw. Abbruchquote im Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Patienten.

Sehr wohl lassen sich für das Merkmal der durchschnittlichen Therapiedauer große Differenzen im direkten Vergleich der einzelnen Berichtszeiträume, sowie auffällige Geschlechtsunterschiede erkennen. Zwischen dem Jahr 2000 mit der höchsten durchschnittlichen Therapiedauer von 221,9 Tagen bzw. 7,3 Monaten und dem Jahr 2001 mit der niedrigsten durchschnittlichen Therapiedauer von 157,4 Tagen bzw. 5,2 Monaten ergibt sich somit eine Differenz von 64,5 Tagen bzw. 2,1 Monaten. Insgesamt ist hier kein einheitlicher Trend zu einer höheren bzw. niedrigeren durchschnittlichen Therapiedauer festzustellen. Eine deutliche Tendenz zu einer durchschnittlich höheren Therapiedauer für weibliche Patienten ist hingegen bei allen Jahren im Berichtszeitraum, mit Ausnahme des Jahres 2002, evident. Weibliche Patienten waren durchschnittlich zwischen 6,4 Tagen (2002) und 53,3 Tagen (2003) länger in stationärer Behandlung als männliche Patienten.

Evaluierung

Der **Therapiestation Carina** ist es gelungen, die Haltequote, d.h. jene Anzahl von Patienten, die ihre Entwöhnungsbehandlung erfolgreich regulär abschließen, im Berichtszeitraum 2000 bis 2003 wesentlich zu erhöhen. In den Jahren 2002 und 2003 haben damit jeweils umgerechnet 7 von 10 Patienten ihre Therapie positiv beendet. Entsprechend der vorliegenden Forschungsergebnisse kann die Therapiestation Carina damit bezüglich dieses Qualitätsparameters als **„sehr erfolgreich“** in der stationären Langzeitbehandlung von Suchterkrankungen eingestuft werden.

Die deutliche Tendenz zu einer längeren durchschnittlichen Therapiedauer für weibliche Patienten folgt den anamnestisch belegbaren, wesentlich häufiger und schwerwiegenderen Traumatisierungen und Missbrauchserfahrungen weiblicher Patienten. Ein sehr sorgfältiges und sensibles therapeutisches Vorgehen zu deren Aufarbeitung und Bewältigung findet somit seinen Niederschlag in einer längeren durchschnittlichen Therapiedauer von Frauen.

Dieses Ergebnis ist gerade deshalb von besonderer Bedeutung, da in der Therapiestation Carina Patienten behandelt werden, die komorbid eine Persönlichkeits- bzw. Persönlichkeitsent-wicklungsstörung aufweisen. Persön-lichkeitsstörungen können als komplexe Störungen des zwischenmenschlichen Interaktions- und Beziehungsverhalten verstanden werden. Sie zeigen sich zumeist als ich-syntone Störungen, bei denen der Patient sein Erleben und Verhalten selbst nicht „psychisch krank“ bzw. „gestört“ begreift, sondern als manifesten Bestandteil seiner Person und seines Menschseins (vgl. Fiedler 2001, 7ff., 419). Für eine erfolgreiche Behandlung von Persönlichkeitsstörungen und in weiterer Folge von Substanzabhängigkeiten, stellt die „Arbeit an und mit der Beziehung“ eine fundamentale Grundlage therapeutischer Professionalität dar. Auf der Basis dieser Überzeugung wird der Entwicklung einer tragfähigen, vertrauensvollen und kooperativen therapeutischen Beziehung in der Therapiestation Carina oberste Priorität eingeräumt. Kontinuität und Nachhaltigkeit in der Beziehungsarbeit stellen unerlässliche Voraussetzungen dafür dar. Der Behandlungsfokus verschiebt sich von der Festschreibung eines problematischen Interaktions- und Beziehungsverhaltens als behandlungsbedürftige Persönlichkeitsstörung hin zur gemeinsamen Arbeit von Therapeut und Patient an ihrer Beziehung, wodurch dem Patienten mit therapeutischer Unterstützung eine schrittweise Veränderung seiner Muster der Beziehungsgestaltung möglich werden kann.

Die erzielte Erhöhung und Stabilisierung der Haltequote kann als unmittelbare Auswirkung und **erfolgreiche Umsetzung** dieser elementaren therapeutischen Grundhaltung, der „Arbeit an und mit der Beziehung“, interpretiert werden, die in weiterer Folge für einen Großteil der Patienten einen erfolgreichen Therapieabschluss erst möglich gemacht hat.

In der Hauptdiagnosekategorie der Abhängigkeitserkrankungen zeigt sich mit einem Anteil von 63% ein deutliches Überwiegen von politoxikomanen, d.h. multiplen Abhängigkeiten (ICD-10: F19). Singuläre Substanzabhängigkeiten sind 2003 wesentlich seltener diagnostiziert worden, was dem langjährigen Erfahrungswert entspricht. Dabei ist die Alkohol-

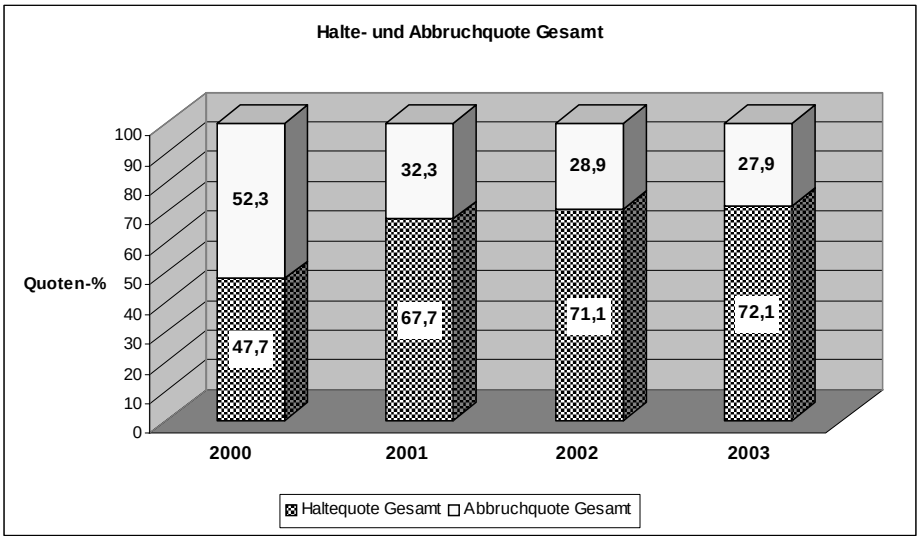


Abbildung 2: Grafische Darstellung der prozentuellen Halte- und Abbruchquoten Gesamt

abhängigkeit (F10) mit 17% vor der Opioidabhängigkeit (F11) mit 10% und Essstörungen (F50) mit 7% anzuführen. Reine Cannabisabhängigkeiten (F12) spielen mit einem Anteil von 3% eine untergeordnete Rolle.

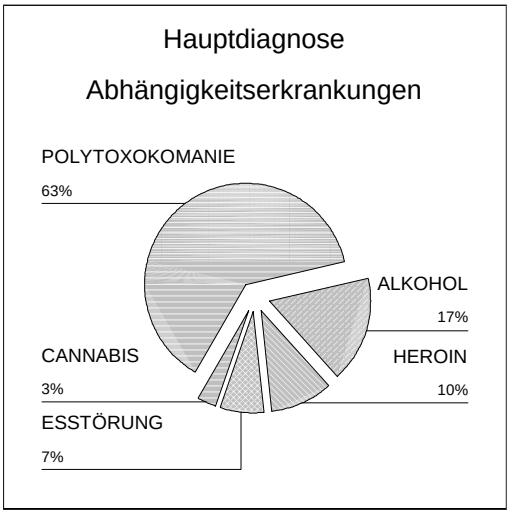


Abbildung 3: Hauptdiagnose Abhängigkeitserkrankungen für den Berichtszeitraum 2003

In der Hauptdiagnosekategorie der Persönlichkeitsstörungen überwiegen narzisstische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60.8), gefolgt von emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen (F60.3) vom Impulsiven und Borderline Typus, sowie histrionischen (F60.4) und abhängigen Persönlichkeitsstörungen (F.60.7). Bei Männern wurde die Diagnose einer narzisstischen und bei Frauen die einer histrionischen Persönlichkeitsstörung wesentlich häufiger als gegengeschlechtlich gestellt. Die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung wurden mit einer Ausnahme ausschließlich an Männer vergeben. Bei der Diagnose einer abhängigen Persönlichkeitsstörung zeigten sich keine auffälligen Geschlechterdifferenzen.

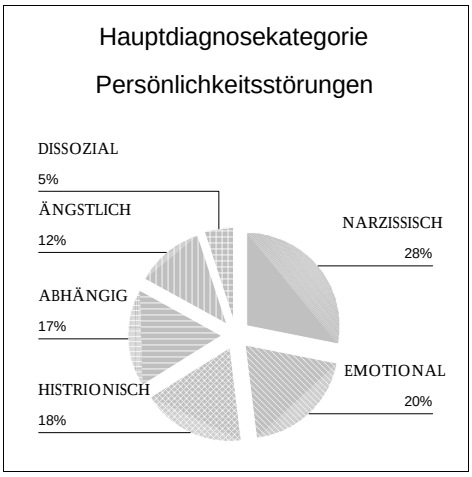


Abbildung 4: Hauptdiagnose Persönlichkeitsstörungen für den Berichtszeitraum 2003

Literatur

Fiedler P (2001). Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz, 5°

Körkel J, Schindler C (2003) Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen. Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R. Berlin: Springer

Küfner H (1995) Behandlungsmerkmale und Therapieabbruch bei der stationären Behandlung von Drogenabhängigen: Zwischen Pädagogik und Psychotherapie. In: Qualitätsmerkmale in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker – Praxisorientierte Beiträge. Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht. Geesthach: Neuland Verlag, 62-82

Lindenmeyer J (1999) Alkoholabhängigkeit. Reihe Fortschritte in der Psychotherapie. Band 6. Göttingen: Hogrefe

Anschrift der Verfasser:
Johannes Rauch
Torkelweg 7
A-6824 Schlins
johannes.rauch@existenzanalyse.org

Oliver Bachmann
Porzens 8/22
A-6142 Mieders
o.bachmann@utanet.at

Einfluss der Partnerbeziehung während der Schwangerschaft auf Selbstwert und Lebensqualität

Zusammenfassung der Diplomarbeit

Sylvia Prandl

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Selbstwert und der Lebensqualität schwangerer Frauen und dem Einfluss der Partnerschaft darauf. Für die Untersuchung der Fragestellung wurden insgesamt 129 schwangere Frauen im letzten Schwangerschaftsdrittel befragt. Die Stichprobe setzt sich aus 58 Frauen mit Partner und subjektiv erlebter hoher Beziehungsqualität, 52 Frauen mit niedriger Beziehungsqualität zum Partner und 19 alleinstehend Schwangeren, die sich während der Schwangerschaft vom Partner getrennt haben, zusammen.

Zur Erfassung der Thematik wurden neben Fragen zu soziodemographischen Daten und einigen spezifischen Einschätzungsfragen zum Thema Schwangerschaft (bspw. Ist Ihre Schwangerschaft geplant oder ungeplant?, Haben Sie körperliche Beschwerden im Zusammenhang mit der Schwangerschaft?, Haben Sie vor, ihr Kind, wenn möglich, zu stillen? u.a.), verschiedene – bis auf eine Ausnahme – evaluierte Messinstrumente vorgegeben: die *Selbstwertskala* von Hladschik (1999), der *Fragebogen zur Existentiellen Lebensqualität* von Görtz (2003), die „Geburtsangstskala“ aus dem Fragebogen *Schwangerschaft, Sexualität und Geburt* von Lukesch & Lukesch (1976), die Skalen „Finanzielle Lage“ und „Freunde, Bekannte, Verwandte“ aus dem *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit* von Fahrenberg, Myrtek, Schumacher & Brähler (2000), der Fragebogen *Allgemeine Selbstwirksamkeit* von Jerusalem und Schwarzer (1981, 1999), die Skala „Erfüllung in der Partnerschaft“ aus dem *Fra-*

gebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung von Spanier (1976), sowie der „Partnerschaftsfragebogen“ aus dem Fragebogen *Partnerschaftsdiagnostik* von Hahlweg (1996).

Der Arbeit liegt einerseits die Theorie der *Selbstziele* von Greenwald bezüglich der Untersuchung des Selbstwerts und andererseits die Betrachtungsweise der Existenzanalyse bezüglich der Untersuchung der Lebensqualität zugrunde.

Auf Grund der Ergebnisse zeigt sich, dass die Partnerschaft insgesamt keinen oder nur sehr geringen Einfluss auf den Selbstwert während der Schwangerschaft hat. Die alleinstehend Schwangere neigt, womöglich quasi als Ausgleich, eher zur hedonistischen Befriedigung ihrer Bedürfnisse. Andererseits zeigen die Ergebnisse dennoch die stark internalisierten gesellschaftlichen Standards („Vater, Mutter, Kind“), sodass die Schwangere mitunter auch das Gefühl hat, den gesellschaftlichen Rollenanforderungen nicht gerecht zu werden. Dies wird durch die Ergebnisse in der Selbstwertskala von Hladschik (in der Dimension „Kollektives Selbst“) deutlich. Im Allgemeinen kann auf Basis der Theorie Greenwalds jedoch kein Selbstwertunterschied zwischen Frauen mit und ohne Partner festgestellt werden.

Für den Bereich der Lebensqualität wurde das Modell der „existentiellen Lebensqualität“ herangezogen. Ausgehend von Überlegungen, die auf den existentiellen Grundmotivationen nach Längle basieren, bilden die Ergebnisse im Fragebogen zur Existentiellen Lebensqualität (ELQ) die Situation schwangerer Frauen in den Bereichen „onotologisches Wohlbefinden“ (1. GM), „emotionales Wohlbefinden“ (2. GM), „soziales Wohlbefinden“ (3. GM), „personales Wohlbefinden“ (3. GM) und „existentielles Wohlbefinden“ (4. GM) ab und geben wichtige Interpretationshinweise über Bewältigungsprozesse zur Verbesserung der Lebensqualität in einem existenzanalytischen Sinn (vgl. auch Artikel von Görtz in diesem Heft S 4)

Es kann gezeigt werden, dass eine positive, harmonische, vertrauensvolle und bejahende Bindung zum Partner positiven Einfluss auf die Schwangere und ihre Zufriedenheit in verschiedensten Lebensbereichen hat. Generell haben Frauen mit hoher Beziehungsqualität die höchste Lebensqualität und die höchste Zufriedenheit, während diese Werte bei Frauen mit niedriger Beziehungsqualität deutlich geringer sind. Sowohl die niedrigste Lebensqualität als auch die geringste Zufriedenheit haben alleinstehend Schwangere.

Die Skala **Vertrauen** zeigt anhand der Ergebnisse, dass ein Partner, der die Schwangere im Stich lässt, schlechter ist als gar kein Partner. In dieser Dimension des existentiellen Wohlbefindens will man Halt erfahren und sich darauf verlassen können. Schwangere mit niedriger Beziehungsqualität empfinden wenig Vertrauen, was darauf schließen lässt, dass ein unsicherer Halt negativer ist als gar kein Rückhalt durch einen Partner – denn Schwangere ohne Partner unterscheiden sich nicht von denen mit hoher Beziehungsqualität. Ist die Schwangere allein und auf sich gestellt, sucht sie sich vermutlich Rückhalt von anderer, sicherer Seite, oder sie kompensiert möglicherweise mit Gedanken wie „Ich schaffe das schon“, um sich Mut zu machen. In unglücklichen Beziehungen ist die Gefahr der Vereinsamung offenbar höher. Die Umwelt nimmt dann möglicherweise nur die Scheinrealität wahr, nicht jedoch die wirklichen Bedürfnisse der Schwangeren; da sie in einer Partnerschaft lebt, wird sie als „versorgt“ betrachtet.

In der Skala **Lebensgefühl** zählt mehr der Umstand, einen Partner zu haben, als die Qualität dieser Partnerschaft. Basalere Bedürfnisse wie ein Sich-eingebunden-Fühlen ins Leben werden durch das Vorhandensein eines Partners erfüllt. Es überrascht also nicht, dass die Partnerlosen hier am schlechtesten abschneiden. Die Frauen mit Partner unterscheiden sich hier nicht eindeutig nachweisbar nach der Qualität der Beziehung, was sich aus der existenzanalytischen Perspektive so begründen lässt, dass das Thema „Beziehungsqualität“ eher dem Selbstwert, also der 3. Grundmotivation (Beziehungserleben) zuzuordnen ist, während es hier um den Grundwert, also die 2. Grundmotivation, geht: das Sich-eingebunden-Fühlen ins Leben, die Nähe zu anderen auf einer ganz grundlegenden (nicht partnerschaftlichen) Ebene, aber auch Aspekte des körperlichen Wohlbefindens.

In der Skala **Depressivität** entsprechen die Ergebnisse den Erwartungen. Eine quantitative Abstufung ist erkennbar. Die alleinstehend Schwangeren sind am depressivsten, gefolgt von den Schwangeren mit niedriger Beziehungsqualität. In dieser negativen Skala ist das alleinige Vorhandensein eines Partners nicht ausreichend, um einen positiven Ausgleich zu schaffen, wie es offenbar den Schwangeren mit hoher Beziehungsqualität gelingt.

Wenn man positive und negative Skala auf dieser Ebene gemeinsam betrachtet, lässt sich sagen: Die Nähe eines anderen Menschen wird zwar auch im Fall einer schlechten Beziehung grundsätzlich als wohltuend erlebt (besseres Lebensgefühl), reicht aber nicht aus, um depressive Gefühle zu lindern und echte emotionale Entlastung zu schaffen.

In der Skala **Beziehungserleben** zeigt sich ein weiteres interessantes Ergebnis: denn obwohl, wie vorhin erläutert, angenommen wird, dass sich hier die unterschiedlich erlebte Beziehungsqualität der Probandinnen abbildet, gibt es keinen statistisch signifikanten Unterschied hinsichtlich der Dimension Beziehungserleben zwischen schwangeren Frauen mit hoher bzw. niedriger Beziehungsqualität. Das Erleben einer positiven Identität und eines stabilen Selbstwerts scheint ebenfalls kaum aus dem Erleben der Partnerbeziehung zu resultieren.

Also wirkt sich eine schlechte Beziehung nicht nur nicht auf das Lebensgefühl aus, sondern nicht einmal auf das Beziehungserleben!? Dies wiederum verleitet zu einer gewagten Hypothese: Der Selbstwert ist durch die Schwangerschaft an sich geschützt! Dieser Trend zeigt sich aber wieder nur in der positiven Skala.

Schwangere ohne Partner empfinden neben der fehlenden emotionalen Entlastung auch stärker **soziales Scheitern** als Schwangere mit Partner; sie sind mit Enttäuschung auf Grund von Zurückweisung und dem ganz realen Verlust ihrer Beziehung beschäftigt. Der Einfluss der Partnerschaft auf die Lebensqualität wird in der negativen Skala soziales Scheitern deutlich abgebildet. Ähnlich wie im Fall der Depressivität ist auch hier eine deutliche Verschlechterung je nach Lebenssituation zu beobachten: Frauen mit niedriger Beziehungsqualität erfahren geringere Stärkung des Selbstwerts und empfinden vermutlich auch mehr Furcht vor einem drohenden Beziehungsverlust als jene in

guten Beziehungen.

Auf die **personale Passivität**, also das Erleben von Leere und Sinnlosigkeit, scheint die Partnerschaft Einfluss zu haben, denn Schwangere mit niedriger Beziehungsqualität sind davon stärker betroffen als solche mit hoher Beziehungsqualität. Alleinstehend Schwangere leiden noch stärker unter dieser Leere, denn ihre Situation bedeutet eine derart massive Veränderung des Lebens, dass eine Sinnkrise auftritt. Auch hier zeigt sich also wieder eine lineare Verschlechterung abhängig von der Lebenssituation.

Die Ergebnisse in der positiven Skala **personale Aktivität** zeigen jedoch ein unerwartetes Muster auf: Schwangere ohne Partner erreichen hier die höchsten Werte! Bedenkt man, dass sie gleichzeitig die schlechtesten Werte in der personalen Passivität aufweisen, kann man hier eine Kompensationsstrategie erkennen. Sie befinden sich in einem akuten inneren Konflikt: Offenbar mobilisieren diese Personen ihre personalen Kräfte, um die Situation in den Griff zu bekommen. Schwierigkeiten werden aktiv bewältigt, und eigene Ideen werden kreativ umgesetzt, die „Selbstwirksamkeit" ist groß. Weiters sind die Schwangeren mit niedriger Beziehungsqualität tendenziell aktiver als jene mit hoher Beziehungsqualität, was auch in dieser Gruppe darauf hinweist, dass ein Sinnlosigkeits- bzw. Leeregefühl personal aktiv bekämpft wird.

Würde man auf dieser Ebene ausschließlich die negative Skala betrachten, würde man die Lebensqualität der alleinstehend Schwangeren sowie jener in unglücklichen Beziehungen deutlich unterschätzen. Möglicherweise zwingt die schwierige Lebenssituation diese Personen in besonderer Weise dazu, aktiv zu werden und Bewältigungskompetenzen zu entwickeln.

Existentielle Erfüllung hängt mit der Erfahrung von Glück zusammen. Diese trägt den Charakter eines ozeanischen Gefühls, der Leichtigkeit, des Durchblicks. Sie kann auch als Ganzheitserleben beschrieben werden. Die Tatsache, dass sich Schwangere mit hoher und niedriger Beziehungsqualität in dieser Dimension nur tendenziell unterscheiden, lässt darauf schließen, dass der Partner, wenn überhaupt, nur einen geringen Einfluss auf das Gefühl der existentiellen Erfüllung hat. Hierfür scheint der Partner nicht von zentraler Bedeutung zu sein. Das Glück, das empfunden wird, scheint sich mehr auf das Kind selbst, die Schwangerschaft oder auch das Frausein an sich zu beziehen. Schwangere *ohne* Partner haben jedoch deutlich weniger Glücksgefühle während der Schwangerschaft; hier überlagert die negative Lebensqualität die möglichen positiven Erfahrungen.

Die alleinstehende Mutter ist nachweislich stärker vom Erleben **existentieller Leere** betroffen, also von krisenhafter Ohnmachtserfahrung, Verzweiflung und Verlust des Bodens. Die intensivere Krisenerfahrung der alleinstehend Schwangeren überrascht nicht, wenn bedacht wird, dass in der Erfahrung existentieller Leere, der sie ja verstärkt ausgesetzt ist, schützende psychische Faktoren wegfallen und es zu einem „Katastrophengefühl" kommen kann. Der Partner scheint einen wesentlichen Einfluss auf die Verhinderung von Gefühlen der Verzweiflung und Bodenlosigkeit zu haben. Eine gute Partnerschaft schützt hier am stärksten, denn sowohl das bloße Vorhandensein eines Partner wie auch auch die Beziehungsqualität haben hier einen messbaren protektiven Einfluss.

So scheint insgesamt auf dieser Ebene der Partner zwar wenig Einfluss auf das Erleben von Glück und Erfüllung einer schwangeren Frau zu haben – dies scheint die Frau aus der natürlichen Erfahrung der Schwangerschaft, aus den Gefühlen zu ihrem Ungeborenen und aus ihre veränderten körperlichen Empfindungen zu beziehen –, jedoch hat er Einfluss auf die Verhinderung bzw. Linderung von Gefühlen des Unglücks und der Verzweiflung, die in der Schwangerschaft empfunden werden können.

Zusammenfassend lässt sich zur existentiellen Lebensqualität von Schwangeren sagen: Werden ausschließlich klinische Skalen betrachtet (Depressivität, soziales Scheitern, existentielle Leere), werden Fähigkeiten und Ressourcen von Schwangeren, die offenbar *in der Schwangerschaft selbst* liegen, unterschätzt, wie sich aus den Ergebnissen der Schwangeren in unglücklichen Beziehungen erkennen lässt. Glücksgefühle, Identitätserfahrungen und psycho-physisches Wohlbefinden könnten aus dem Erleben der Schwangerschaft selbst resultieren. Nimmt man diese Interpretation ernst und zieht weitere Schlussfolgerungen aus einer tiefenpsychologischen Betrachtungsweise, so wäre zu beachten, dass, wenn das Ungeborene die Hauptressource für die Schwangere darstellt, dieses auch stärker belastet sein könnte!

Die Ergebnisse im Bereich der existentiellen Lebendsqualität finden teilweise Bestätigung in anderen, in dieser Untersuchung eingesetzten theoretischen Konzepten: Die subjektive Meinung über die individuellen Fähigkeiten während der Schwangerschaft, also die „Selbstwirksamkeitserwartung" der werdenden Mutter (erfasst mit dem Fragebogen *Allgemeine Selbstwirksamkeit*) unterliegt keinem Einfluss durch den Partner. Dies steht in Einklang mit den Ergebnissen zur personalen Aktivität bzw. personalen Passivität.

Unbestätigt bleibt die anfangs bestehende Vermutung, dass alleinstehend Schwangere häufiger aus nicht-traditionellen Familienverhältnissen stammen. Das hohe Bildungsniveau der alleinerziehenden Mütter zeugt eher von dem Umstand, dass sich ein Funktionswandel von Partnerschaften abzeichnet. Die Theorie, dass Frauen heute das Alleinerziehen ganz bewusst planen und so einen alternativen Lebensentwurf realisieren wollen, ist anhand der vorliegenden Ergebnisse jedoch nicht zu bestätigen. Die Frauen der Studie haben ihr Alleinsein nicht als bewusstes Handlungsziel definiert und sind im allgemeinen keine Partnerschaftsgegnerinnen.

Literatur

Arnold E (1999) Familiengründung ohne Partner: eine empirische Studie mit alleinstehenden und nicht alleinstehenden Frauen zur Wahrnehmung von Anforderungen und zum Einsatz von Be-wältigungsstrategien vor und nach der Geburt des ersten Kindes. Berlin: Waxmann

Görtz A (2002) Fragebogen zur Existentiellen Lebensqualität: Handanweisung. (im Druck)

Greenwald AG, Pratakanis AR (1984) The self. In: Wyer RS, Srull TK (Hg) Handbook of Social cognition. Band 3. Erlbaum: Hillsdale

Fahrenberg J, Myrtek M, Schumacher J, Brähler E (2000) Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Göttingen: Hogrefe

Hahlweg K (1996) Fragebogen zur

Partnerschaftsdiagnostik. Göttingen: Hogrefe
Häsing H, Janus L (1994) Ungewollte Kinder: Annäherungen, Beispiele, Hilfen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
Herkner W (1991) Sozialpsychologie. Bern: Hans Huber
Hladschik B (1999) Konstruktion eines vierdimensionalen Selbstwertfragebogens nach den Gesichtspunkten der klassischen und probabilistischen Testtheorie. Wien: Dissertation
Hollweg WH, Rätz B (1993) Pränatale und perinatale Wahrnehmungen und ihre Folgen für gesunde und pathologische Entwicklung des Kindes. The International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine 5, 527-551
Jerusalem M, Schwarzer R (1999) http://www.fu-berlin.de/gesund/skalen/Allgemeine_Selbstwirksamkeit.htm, Juni 2002
Längle A (2001) Lehrbuch der Existenzanalyse (Logotherapie). 1. Teil: Grundlagen. Wien: GLE-Verlag
Lukesch H, Lukesch M (1976) Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt. Göttingen: Hogrefe
Nave-Herz R (1992) Ledige Mutterschaft: Eine alternative Lebensform? Zeitschrift für Sozialisationsforschung und Erziehungssoziologie 12, 219-232
Spanier GB (1976) Fragebogen zur Beurteilung einer Zweierbeziehung - Dyadic Adjustment Scale. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. Journal of Marriage and the Family 38, 15-28

Anschrift der Verfasserin:
Mag. Sylvia Prandl
Alleegasse 30
A-2542 Kottingbrunn
sylvia.prandl@aon.at

Wie wir besser miteinander leben können

Bericht zu Partnerseminaren unter besonderer Berücksichtigung des langsamen Erblindens eines Partners

Karin Steinert

„Wie wir besser miteinander leben können“ nennt Manfred Knoke seine Abschlussarbeit für die Ausbildung in Logotherapie und existenzanalytischer Beratung und Begleitung und beschreibt darin „Partnerseminare unter besonderer Berücksichtigung des langsamen Erblindens eines Partners“. Er bietet diese Seminare an für Menschen, die langsam erblinden gemeinsam mit ihren Lebenspartnern. Die Partnerseminare finden im Rahmen der „Pro Retina Deutschland“ statt, einer Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Netzhautdegenerationen, die außerdem eng mit der Forschung zusammenarbeitet und in die weltweiten Entwicklungen auf diesem Gebiet eingebunden ist.

Manfred Knoke weiß, wovon er bei dieser Arbeit spricht, ist er doch selbst ein Betroffener, bei dem 1984 Retinopatia pigmentosa (eine genetische Erkrankung, bei der die Stäbchen und Zapfen auf der Netzhaut absterben) diagnostiziert wurde und der als Folge dieser Krankheit seit 1994 vollständig erblindet ist. In diesem Jahr 1994, in dem auch sein „Tunnelblick“ endgültig erlöscht ist, entschließt er sich, eine Beraterausbildung am Norddeutschen Institut für Existenzanalyse und Logotherapie zu beginnen.

Auf dieser zweifachen Grundlage - der eigenen Betroffenheit einerseits und dem professionellen Blick durch die Beraterausbildung andererseits - baut er die Partnerseminare auf, die er gemeinsam mit seiner Ehefrau anbietet. Beide haben in ihrer eigenen Paarbeziehung die Auswirkungen des Erblindungsprozesses kennen gelernt und gemeinsam durchgestanden. Durch diese Erfahrung wissen sie, wie wichtig es ist, dass nicht nur die Betroffenen selbst Hilfsangebote bekommen, sondern dass auch die Partner als Mitbetroffene einbezogen werden. Durch die Abhaltung der Partnerseminare gemeinsam mit seiner Ehefrau, können sich sowohl direkt vom Erblinden Betroffene als auch deren Partner sehr schnell angesprochen und verstanden fühlen.

In den Seminaren geht es Manfred Knoke darum, Impulse zu setzen, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit nach Hause genommen werden können und für die sie dann etwas wachsamer sind. Daneben ist es aber wichtig, dass sich die Betroffenen und ihre Angehörigen auch außerhalb dieser Seminare immer wieder professionellen Rat, Ermutigung und Begleitung holen können. Themen, die in den Partnerseminaren angesprochen werden sind u.a. „Leben mit einer langsam fortschreitenden Netzhautdegeneration in Partnerschaft und Familie“, „Trauer - Loslassen - Akzeptanz - Sinnfindung“, „Ängste, die durch den Prozess der Erblindung entstehen und deren Coping“, „Partnerschaft zwischen Freiheit und Verantwortung“, „Wege zum existentiellen Leben“.

Manfred Knoke schreibt in seiner Abschlussarbeit: „In den Partnerseminaren wird deutlich, dass ein großes Bedürfnis besteht, endlich einmal über diese persönliche Lebenssituation ganz offen sprechen zu können. Hinzu kommt, dass ich als Betroffener und meine Frau als Mitbetroffene die professionelle Hilfe aus unserem personalen Erleben heraus anbieten können. Das schafft sofort eine Atmosphäre des gegenseitigen Vertrauens und öffnet den Weg zur personalen Begegnung.“ Und weiter: „... dass die Existenzanalyse und Logotherapie in hervorragender Weise geeignet ist, Menschen zu helfen, die sich durch den schleichenden Prozess der Erblindung ständig von liebgewordenen Sinnmöglichkeiten verabschieden und neu orientieren müssen.“ (38f.)

Es besteht eine sehr große Nachfrage nach diesen Partnerseminaren, Manfred Knoke und seine Frau sind schon bis zum Ende des Jahres 2004 ausgebucht, und wir wünschen Ihnen weiterhin alles Gute für ihre Arbeit.

Anschrift der Verfasserin:
Mag. Karin Steinert
Eduard Sueß - Gasse 10
A-1150 Wien
karin.steinert@existenzanalyse.org

Spiel und Spielzeug fördern die Entwicklung des Grundwertes

Svetlana Krivtsova, Albina Loktionova, Vladimir Schljapnikov

Im Rahmen einer Initiative der Russischen Regierung zur psychologischen Begutachtung von Produkten und Marktartikeln für Kinder kam man zu dem Ergebnis, dass gesunde Menschen beim Kauf von Kinderspielzeug eine unbewusste Auswahl entsprechend der eigenen psychologischen Dynamik treffen (Krivtsova, Loktionova 2003). Dabei werden von Erwachsenen häufig gerade die Funktionen des Spielzeugs vernachlässigt, die für die kindliche Entwicklung besonders wichtig sind. Oft kann man sogar von "missbräuchlichen Funktionen" eines Spielzeuges sprechen, wenn diese lediglich der Stimulierung des Konsums dienen.

Unsere Untersuchung erforschte die Bevorzugung von Spielzeug durch gesunde Erwachsene. Zur Untersuchung der Grundlagen dieses Entscheidungsprozesses bei Spielzeugen wurde die Methode der minimalen Kontexte (Bannister 1977) verwendet und die Ergebnisse anschließend mit der Methode der Repertoire-Gitter von Kelly (Bannister 1977) bearbeitet. Gleichzeitig wurde eine phänomenologische Beschreibung aller Spielzeuge durch phänomenologisch geübte Personen vorgenommen. Die Spielmaterialien wurden auf Grundlage ihrer Wirkung auf zwanzig Kindertherapeutinnen beschrieben. In einem weiteren Schritt haben wir diese Erlebensstrukturen anhand der Existenzanalyse und anderer Ansätze interpretiert. Die existenzanalytische Sichtweise hat dabei neue Erkenntnisse gebracht. Als eine grundlegende Funktion von Spiel und Spielzeug haben wir auf phänomenologischem Weg jenes Erleben gefunden, das in der Existenzanalyse als *Grundwert* beschrieben ist. Spiel und Spielzeuge dienen somit letztlich der Aufgabe, das Grundwerterleben ("es ist gut, dass ich lebe") zu stärken und dadurch ein positives Lebensgefühl zu fördern.

In der Literatur zur Beschreibung des Spielzeugs haben wir bestätigt gefunden, was vor uns schon beschrieben wurde und von fast allen Forschern zur Definition des Spielens gebraucht wird (Garvey 1977, zit. nach Mussen 1977, Conger, Kagan, Huston 1995). Wesentliche Elemente dabei sind:

1. Spielen ist angenehm und macht Spaß.
2. Spielen hat kein äußeres Ziel. Die Motivation des Kindes ist rein "intrinsisch".
3. Spielen ist spontan, freiwillig und selbst gewählt.
4. Zum Spielen gehört das aktive Engagement des Spielenden.

Auf diese mehr phänomenologischen und daher "wesensbezogenen" Charakteristika des Spieles haben zwar alle Autoren hingewiesen, diese wurden jedoch nie in eine wissenschaftliche Definition aufgenommen. Man hat übersehen, dass es sich bei diesen Merkmalen des Kinderspiels und des Kinderspielzeugs um zentrale und grundlegende Entwicklungsfunktionen handelt. Bislang hat man diese Merkmale des Spiels zuwenig deutlich in ihrer Verbindung zu psychischen Funktionen gesehen.

Bisher wurden folgende Funktionen beschrieben: Elkonin (1978; 1989) definiert das Spiel als *Schule des willkürlichen Handelns*. Darin bilden sich die Fähigkeiten zur Selbstregulation des eigenen Verhaltens durch die Übernahme von Rollen im Rollenspiel. Das Spielzeug ist ein Vermittlungsobjekt und Objekt der Manipulation. Leontjew (1981), der einem handlungsorientierten Zugang verpflichtet ist, hat das Spiel als *Schule der Moral in Aktion* bezeichnet. Die Psychoanalyse wiederum betrachtet Spielzeuge als Übergangsobjekte bzw. als unterschiedliche Objekte zur Abfuhr von Aggression und Spannung (Winnicott 1971). Die kognitive Verhaltenstherapie schenkt die Aufmerksamkeit der Lernfunktion des Spielzeugs. Das Spielzeug wird als Vermittlungs- und Moderationsobjekt zwischen dem Kind und seiner sozialen Welt betrachtet.

Wir fanden als wichtigste Funktion des Kinderspielzeugs und des Kinderspiels das unmittelbare, geschützte Hervorrufen des Erlebens von Nähe zum Leben, von Vitalität, aber auch die Funktion der Gestaltung eines Basiserlebens der Persönlichkeit, nämlich der *Gefühle des Grundwertes und der positiven Grundbeziehung zum Leben*.

Eine solche Funktion des Kinderspiels wurde bisher noch nie beschrieben. Unsere statistischen Ergebnisse bestätigen nun die Annahmen. Die Konstrukte, die wir aus den Spielzeugbewertungen der Eltern ableiten konnten, weisen in auffallender Weise gerade diese Funktion auf. In einer Faktorenanalyse von unipolaren Konstrukten fand sich als stärkster Faktor für die Differenzierung von Spielzeug durch Erwachsene die spezifische "Vitalität", die das Spielzeug ausstrahlt.

Wir haben den Versuch weitergeführt und auf dieser Grundlage eine Gruppe von Spielzeugen ausgewählt, die diese Vitalität nicht hat oder nur vortäuscht (wir nannten sie "Ersatzprodukte"). Es zeigte sich wiederum, dass eine phänomenologische Beschreibung des Spielzeugs durch eine phänomenologisch geschulte Gruppe von Studenten mit der Wahrnehmung der Kinder statistisch signifikant übereinstimmt. Außerdem ergab sich eine Bestätigung des bereits erwähnten Ergebnisses, dass sich die Gruppe *neurotischer Kinder* in der Auswahl von Spielzeug von den gesunden durch den Faktor *Vitalität* unterscheidet, also durch den positiven Bezug zum Lebenswert. Neurotisch gestörte Kinder bevorzugen oft jene Spielzeuge, die wir als Ersatzprodukte bezeichnet haben.

Literatur

Bannister D (ed.) (1977) New perspectives in personal construct theory. New York: Academic Press
Elkonin D B (1978) Psichologija igry (Psychologie der Spiele). Moskau: Pedagogika
Elkonin D B (1989) Priroda detctva i ego periodisacia (Natur der Kindschaft und seiner Periodisation). In: Elkonin D.B. Ausgewählte wissenschaftliche Werke, 1. Band. Moskau: Pedagogika
Kelly G A (1955) The Psychology of personal constructs. New York: Academic Press
Krivtsova S, Loktionova A (2003) Bericht zum Föderalen Programm (Teil 7) zur Schaffung von psychologischen Gutachten über Produkte und Erzeugnisse für Kinder und Erarbeitung der Organisatorischen Maßnahmen für Gutachten. www.tolerance.ru
Leontjev A N (1981) Problemi razwitija psichiki. Moskau: Universitäts-Verlag
Mussen P H, Conger J J, Kagan J, Huston A C (1995) Lehrbuch der Kinderpsychologie. Stuttgart: Klett-Cotta
Winnicott D W (1971) Playing and reality. New York: Basic Books

Anschrift der Verfasser:
Krivtsova Svetlana Vasilevna
Krivcova@ttk.ru
Loktionova Albina Victorovna
albina@rusteko.ru
alboks2001@mail.ru
Schliapnikov Vladimir Nikolaevich
not_all_so_bad@mtu-net.ru

Existenzanalyse, existentiell-humanistische Psychotherapie, Gestalttherapie und klientenzentrierter Ansatz

Ein Vergleich mit persönlichen Erfahrungen aus Moskau

***Svetlana Krivtsova*[1]**

1. EA und die amerikanische, existentiell-humanistische Psychotherapie

Ich ziehe die amerikanische, existentiell-humanistische Psychotherapie deshalb für einen Vergleich mit der Existenzanalyse heran, weil sie eine Therapierichtung ist, die in Rußland bereits Ausbildungsprogramme unterhält. Außerdem werden wir Existenzanalytiker manchmal mit dieser Richtung verwechselt.

Sicher wäre es ganz spannend, die theoretischen und methodischen Grundlagen dieser zwei ähnlich klingenden Richtungen zu vergleichen. Aber diese Aufgabe würde den Rahmen des vorliegenden Artikels sprengen. Ich beschränke mich daher auf den Vergleich der Inhalte der beiden Ausbildungsprojekte.

Aus dem (emotionsgeladenen) Bericht von Sergej Bratschenko (Bratschenko 2001) und aus Gesprächen mit Teilnehmern der Ausbildung des existentiell-humanistischen Zuganges von James Bugenthal habe ich erfahren, daß diese Richtung erst 1992 nach Rußland gekommen ist. Sie ist durch Bücher von James Bugenthal und Irvin Yalom populär geworden.

In Rußland hat zuerst Deborah Rehailli im Rahmen einer internationalen Konferenz einige Seminare nach der Methode ihres Lehrers J. Bugenthal durchgeführt. Zwischen 1993-1995 gab es eine Reihe von Trainingsseminaren mit ihr. 1997 fuhren einige Psychologen aus Moskau und aus St. Petersburg zur russisch-amerikanischen Konferenz für existentiell-humanistische Psychotherapie nach San Francisco. Dort hatten sie während zweier Wochen Gelegenheit, nicht nur mit Schülern von Bugenthal, sondern auch mit dem Meister persönlich - einem der bedeutendsten Psychotherapeuten der Gegenwart - in Kontakt zu treten.

Bald danach startete bereits ein langfristiges Ausbildungsprogramm für existentiell-humanistische Psychotherapie (EHP) in Moskau. Es dauerte zwei Jahre und bestand aus zwei viertägigen Seminaren pro Jahr. Diese wurden von Marble Harry, einer Bugenthalianerin, geleitet. Der Inhalt des Ausbildungsprogramms war auf dem im Buch „Kunst des Psychotherapeuten“ (1987) von J. Bugenthal angeführten System von Meta-Fertigkeiten der Beratung und der Psychotherapie aufgebaut. Dieses System entstand aus der Erfahrung mit Supervisionen, die J. Bugenthal in den 80er Jahren regelmäßig mit Psychotherapeuten der Westküste durchgeführt hatte. Es handelt sich bei dem Buch um eine Ansammlung von Meta-Fertigkeiten, die von ihrer Art her als universell und theorie-neutral angesehen werden können. Daneben werden auch die eigentlichen existentiell-humanistischen Ansätze von J. Bugenthal gelehrt, die auf das Erlangen einer maximalen „Subjektivität“ im Beratungs-prozeß gerichtet sind. In einem Gespräch mit W. Zapkin, einem Redaktionsmitglied der „Moskauer psychotherapeutischen Zeitschrift“, habe ich mit Interesse erfahren, daß das System der Meta-Fertigkeiten der Psychotherapie auf der Grundlage von Erfahrungen von Vertretern ganz verschiedener psychotherapeutischer Zugänge geschaffen wurde. So sind also „Fertigkeiten der Psychotherapie“ eine Metatherapie ohne Bezug zur existentiellen Theorie.

An der Entwicklung dieser Theorie arbeiten in Moskau zur Zeit die Teilnehmer und Anhänger der EHP. Elena Mazur ergänzt die Theorie des Psychodramas, Dmitry Leontjew die Psychologie des Sinns und der Konzeption der Lebensgestaltung, Sergej Bratschenko nimmt in sein Seminarprogramm für Psycho-

[1] Die Autorin ist Assistentin an der psychologischen Fakultät der Lomonossow-Universität in Moskau und hat auf Einladung der Moskauer Psychotherapeutischen Zeitschrift einen Artikel über das Ausbildungsprojekt der Existenzanalyse in Rußland verfaßt. Sie stellte uns dankenswerterweise diesen Artikel zur Verfügung, aus dem wir einige Kapitel abdrucken (Red.).

logie der Tiefenbeziehung einige existentielle Inhalte auf: die Themen Werte, Entscheidung, Verantwortung, Gegebenheiten des Seins nach Yalom (Tod, Einsamkeit, Sinnlosigkeit und Unfreiheit). Man kann aber kaum von einer Bugenthal Schule oder von einer fertigen Theorie mit eigenen Methoden reden.

Was das Ausbildungsprogramm anbelangt, so ist in diesem Zugang die Haltung bezüglich der Persönlichkeitsentwicklung des Psychotherapeuten ziemlich klar: „Beratung muß sich auf seine eigene Lebenserfahrung stützen. Das bedeutet, daß erst ein erfahrener, reifer Mensch ein richtiger ‚Facilitator' (Psychotherapeut als ‚Katalysator' der psychisch-geistigen Prozesse im Patienten) werden kann. Selbstverständlich geht es dabei nicht um das Alter, also nicht um die Anzahl der gelebten Jahre, und auch nicht um die Erfahrung als solche. Entscheidend sind die Qualität und die Tiefe des Erlebens, des Begreifens und der Erschließung seiner Lebenserfahrung." (Bratschenko 2001, 140) Mehrere Haltungen bezüglich eines guten „Kandidaten" für die Rolle des Psychotherapeuten stehen der EA nahe: Ein tiefes Gefühl der Verantwortung, Mitgefühl, ausgewogener Respekt gegenüber den Kenntnissen (aber ohne daß man davon abhängig ist), Fähigkeiten zum Erkennen und Verwenden von Intuition, die Bereitschaft, am eigenen Wachstum zu arbeiten (Bugenthal zitiert nach Bratschenko 2001, 269 f). Gleichzeitig sind in diesem Ausbildungsprojekt keine Forderungen enthalten, daß diese Eigenschaften im Rahmen der Eigenanalyse geschult werden müssen. Möglicherweise deswegen, weil diese Haltungen und Fertigkeiten im Laufe der beruflichen Tätigkeit sich erst von innen her entwickeln. Das System von Meta-Fertigkeiten wurde auch für die praktizierenden Psychotherapeuten geschaffen und kann meiner Meinung nach nicht den Schwerpunkt der psychotherapeutischen Ausbildung bilden. Dieses System kann kaum den langen Entwicklungsweg des persönlichen Stils ersetzen. Eigentlich ist dieser Stil „Du selbst" plus „Dein feines Verstehen von der psychotherapeutischen Realität, mit der gearbeitet wird". J. Bugenthal warnt: „Sämtliche ‚Kommunikationstonleiter' zu studieren ist genauso wichtig wie sie zu vergessen, indem man auf Intuition, Improvisation und Schaffen umsteigt." (Bratschenko 2001)

Das Existenzanalyse-Ausbildungsprojekt unterscheidet sich vom Projekt der existentiell-humanistischen Psychotherapie an zwei Punkten:

1. es gibt eine methodologisch gut fundierte *Theorie*, für deren Erarbeitung viele Stunden vorgesehen sind;

2. es besteht ein anderer *Zugang* zum Erwerb der professionellen, psychotherapeutischen *Fertigkeiten* – die Vorgangsweise in existenzanalytischer Therapie und Beratung verlangt ein persönliches Training der Berater und Therapeuten. Sie sind der letzte Baustein des Gebäudes der beruflichen Erfahrung. Ihr zugrunde liegt das Durchleben von eigenen Prozessen, die durch die praktische Tätigkeit mit den Klienten aufgeworfen werden. Alle Gruppenteilnehmer wußten schon vor der abschließenden Reflexion der Fertigkeiten über alle Feinheiten des personalen, dialogischen Zusammenwirkens Bescheid. Dies deshalb, weil die vierjährige Grundausbildung selbst in dieser Form abgelaufen ist.

Nun noch ein paar Worte über die *Theorie*. Die theoretische Durcharbeitung der EA war mit dem Zugang von A. Längle sehr beeindruckend. Ohne auf die strukturellen Zusammenhänge einzugehen, kann man beispielsweise folgende Bereiche des Grundkurses benennen:

- Vertrauen als Entscheidung,
- Lehre über zwei Arten von Gefühlen,
- Wertelehre,
- Konzeption des Ichs und Selbstwert,
- das Selbst und seine Entwicklung,
- Authentizität,
- Konzeption des Gewissens,
- der Wille,
- der Sinn.

Jedes dieser Themen basiert auf einem exakten theoretischen Wissen, welches wir mittels phänomenologischer Methodik erworben haben.

Unterstützend im Umgang mit der sehr komplizierten Realität der inneren Welt der Persönlichkeit waren beispielsweise folgende Methoden bzw. Techniken: „Wie wird das Gewissen angefragt", „Willensstärkungsmethode", „Reue, Bedauern - personale Verarbeitung der Nichtauthentizität (der Selbstentfremdung)", „Begleitung der Trauer" etc. Von mir persönlich kann ich hinzufügen, daß ich mich im Laufe des Ausbildungsprozesses – als akademische Psychologin – als ein Mensch gefühlt habe, der einen Schatz entdeckt hat. Auf genau solche Fragen wollte ich vor sechsundzwanzig Jahren, als ich mich an der Psychologischen Fakultät der Lomonossow-Universität in Moskau immatrikuliert hatte, aber auch danach, als ich bereits verschiedene Kenntnisse im Bereich Psychologie erworben und mich mit verschiedenen Systemen der Psychotherapie beschäftigt hatte, Antworten finden. Ein Neidgefühl auf sich selbst – ist das nicht ein Luxus, den man nicht oft antrifft? Die Antworten, die ich in der Existenzanalyse auf die meisten Fragen gibt, sind für mich ausreichend.

Existenzanalyse (EA) und Gestalttherapie

Die Grundlage der EA bildet die Existenzphilosophie. In letzter Zeit kann man hören und lesen, daß Gestalttherapie eine Methode ist, die der existentiellen Psychotherapie fehlt (Papusch 1999). Es scheint mir wichtig zu sein, zwischen der existentiellen Problematik, mit der jede tiefergehende Psychotherapie zu tun hat, und der konkreten Richtung der Psychotherapie mit ihrer Geschichte, Methodologie, Methode und Inhalt zu unterscheiden. Was die Abgrenzung der EA als psychotherapeutischer Zugang von der Gestalttherapie (die selbst auch sehr vielfältig ist) anbelangt, kann man zwei Punkte beschreiben:

Da die Gestalttherapie von ihrem Modell her eine organismische Theorie ist, hat sie von ihrem Wesen her wenig Möglichkeiten für die Arbeit mit dem Personalen: Man kann sich nur sehr schlecht eine echte Begegnung von zwei Organismen vorstellen. Auch eine Begegnung mit sich selbst ist laut theoretischen Vorstellungen von F. Perls kaum möglich: in der „alles auffressenden" Metapher des Kontaktes kann der Mensch „sich selbst nicht fressen". In dieser Theorie gibt es keine Möglichkeiten für eine Entwicklung von Inhalten, aber die Gestalttherapie stellt auch kei-

ne Ansprüche bezüglich der Arbeit mit Inhalten. Sie bekundet Interesse ausschließlich für die Qualität des Kontaktes. Man unterscheidet nicht die geistige oder personale Dimension von der psychischen, sondern man meint, die Nähe zu sich selbst wird auch im organismischen Modell der awareness entwickelt. Das Erlangen der eigenen Authentizität wird viel höher geschätzt als die Empathie in der Beziehung und ein Respekt gegenüber dem Widerstand des Patienten.

Beiden Zugängen gemeinsam ist die Phänomenologie als methodische Grundlage. Ich glaube, daß es hier ein Mißverständnis gibt. Die meisten Gestalttherapeuten glauben, daß diese ihre eigene Methode ist. Ich muß hier darauf hinweisen, daß in der Gestalttherapieausbildung keine theoretischen „Ausgrabungen“ vorgesehen sind und die Ausbildungskandidaten die Phänomenologie als ein Produkt von Fritz Perls ansehen. Sie wird auch als Basis für jede psychotherapeutische Tiefenarbeit aufgefaßt. Edmund Husserl, der diese Methode beschrieben und ihr den Namen gegeben hat, übte einen großen Einfluß auf die gesamte Psychologie der 20-30er Jahre des 20. Jahrhunderts aus, darunter auch auf die Gestaltpsychologen K. Koffka und M. Wertheimer und dadurch auch auf die Psychologie von F. Perls. Ohne Zweifel besteht ein Verdienst der Gestalttherapie darin, daß sie eine Vielfalt an Methoden und Übungen bezogen auf die Einübung der phänomenologischen Wahrnehmung hervorgebracht hat. Ein neuer Blick, tiefes Eindringen in das Wesen der Erscheinung, Nähe zu sich selbst, Auffinden von eigenen Vorurteilen und Projektionen, das Erspüren der Nähe und des Dialoges in der Beziehung mit der ganzen Welt, das ständige Sich-wundern-Können - das alles sind typische Ergebnisse des Einübens der phänomenologischen Wahrnehmung. All jene, die an einem Gestalttherapie-Ausbildungsprojekt in Rußland mitgemacht haben, können sich gut daran erinnern. Damit jedoch auch das notwendige Vertrauen in das eigene Gespür entsteht, dafür braucht es noch den Prozeß der Selbsterfahrung. Gelingt dies nicht, wird das Ausklammern von eigenen Inhalten (Epochè) immer schwieriger.

Man kann zusammenfassend sagen, daß die EA und die Gestalttherapie mit den gleichen Methoden zu den subjektiven Eindrücken des Patienten hinkommen, daß sie sich aber in der Struktur und im Verstehen des Wesens unterscheiden.

Albina Loktionowa, ausgebildete Gestalttherapeutin: „Ich kann mich gut an die inspirierenden Übungen zur phänomenologischen Wahrnehmung erinnern. Wir haben uns oft darin geübt. Wir haben die Augen mit unseren Händen zugedeckt, und als wir dann unsere Hände für einen Augenblick wegzogen, bekamen wir eine Momentaufnahme der Wirklichkeit. Wir haben durch den Spalt im Zaun geschaut, haben auf die Welt durch ein Loch in einem Blatt geschaut und auf vieles andere mehr, das uns einen neuen, intensiven Eindruck vom Hier-und-Jetzt gab. Wir haben hartnäckig nach echten Bedürfnissen gesucht: „Was wünscht du dir jetzt? Und noch tiefer? Noch näher zu dir selbst?“ Wir fragten solange, bis wir zu etwas sehr Echtem, Authentischem kamen. Jetzt, nachdem ich durch meine Ausbildung eine existenzanalytische Perspektive bekommen habe, kann ich aus dem Vergleich heraus sagen, daß die Gestalttherapie die Probleme gröber angeht. Jetzt habe ich begriffen, welch ein Reichtum von Inhalten dadurch verloren gehen kann. Und doch hat mir die Gestalttherapie, so wie die erste Liebe, viel gegeben. Die Existenzanalyse jedoch ist wie die reife Liebe – viel anspruchsvoller und gründlicher.“

Existenzanalyse und klientenzentrierte Therapie nach Carl Rogers

Ich möchte diesen Ausführungen meinen Eindruck voranstellen, daß die Existenzanalyse dieser Richtung am ähnlichsten ist. Der personale Dialog, die Authentizität (Kongruenz) des Therapeuten, tiefes Erleben der Persönlichkeit als Thematik des psychotherapeutischen Gesprächs, der Klient und seine Problematik als zentrales Thema der Gespräche - dies alles sind gemeinsame Züge in der Arbeit von beiden Therapieschulen. Im Rahmen unserer Ausbildung sind oft Diskussionen darüber entstanden, welches wohl die Unterschiede seien. Zusammenfassend könnte man sagen: Es bestehen ganz klare Unterschiede in der Theorie: das humanistische Modell mit dem einen Pol, durch den die ganze Aufmerksamkeit auf das persönliche Wachstum konzentriert ist; und das existenzanalytische Modell mit zwei Polen, wo der Dialog zwischen Innenwelt und Außenwelt das Zentrale darstellt. Eine grundsätzliche Verwandtschaft besteht darin, daß beide Zugänge personal sind. Die Einführung der Theorie der Person - der tiefen geistigen Quelle des Freien im Menschen - in die theoretischen Inhalte der modernen russischen Psychologie der Persönlichkeit sowie der Psychotherapie ist meines Erachtens ein sehr wesentliches Ereignis. Das Geistige (das Personale) ist das, worauf die Fragen gerichtet sind. Durch das Personale wird der Dialog möglich. Der Begriff der Person ist nicht ident mit dem Begriff der Persönlichkeit. Deswegen ist, wie wir mit Erstaunen bemerkt haben, die Übersetzung des Rogerschen Ansatzes als „persönlich*keit*szentriert“ nicht korrekt. Eine exakte Definition wäre „personzentrierte“ Psychotherapie, wie es im Deutschen heißt. Ähnlich kann man auch die existenzanalytische Therapie charakterisieren. Es gibt aber einige Unterschiede. Die Existenzanalyse ist für den Patienten weniger bequem; Beachtung hat in der Existenzanalyse den Stellenwert von Empathie (Empathie ist eine Art der phänomenologische Methode); manchmal gibt es in der Existenzanalyse „unbequeme“ Fragen, und die Gespräche sind nicht immer angenehm. Längle meinte z.B. einmal: „Wir kommen dem Klienten in maximal personaler Offenheit und damit auch Anfechtbarkeit entgegen – diese Offenheit ist das Hauptinstrument in unserer Arbeit. In dieser Tiefe des Vertrauens und des Verstehens können wir uns alle dazugehörigen Fragen erlauben.“

Marina Chazanowa hat eine Ausbildung in der klientenzentrierten Psychotherapie unter der Leitung von Natalie Rogers absolviert. Sie schildert ihren Eindruck der Existenzanalyse im Vergleich mit der klientenzentrierten Ausbildung so:

„Vergleiche ich die beiden Zugänge, so kann ich sagen, daß beide Wege zum selben Ergebnis führen.

In der *Existenzanalyse* liegt der Schwerpunkt darin, daß der Mensch sich selbst akzeptiert und sich selbst gerecht bewertet. Im Zugang von *Rogers* geht es um äußere Bedingungen der Therapie, in denen sich der Klient bedingungslos angenommen und verstanden fühlen kann. So wie Frankl und Längle an den Willen zum Sinn und an das Personale im Menschen glauben, glaubt Rogers an die absolute Weisheit des Organismus.

Carl Rogers hat seinen Zugang als Opposition zu jener traditionellen Psychotherapie entwickelt, in welcher der Psychotherapeut besser als der Klient gewußt hat, was für den Klienten richtig sei. Er selbst hat die von außen vorgegebenen Bedingungen und Strukturen als Rahmen gesehen, in welchem die Entwicklung des Dialoges stattfinden und das Personale zum Ausdruck kommen kann.

Bei Carl Rogers dauerte die Therapie so lange, bis der Klient aufgehört hat, sich am Äußeren zu orientieren und sein eigenes, wertbezogenes Fühlen an Kraft gewann. Bei Längle gibt es eine andere Annäherung zum gleichen Ergebnis: er schafft eine unikale therapeutische Erfahrung auf der Basis einer ganz feinen inhaltlichen Struktur. Seine Theorie ist wie ein anatomischer Atlas von dem, was es alles in der inneren Welt des Menschen gibt. Und diese Struktur ähnelt einem feinen Gewebe, das einem Meisterwerk (z.B. einem Teppich oder einer Stickerei) zugrunde liegt. Es ist etwas, das in einem emotional tiefen und authentischen therapeutischen Dialog entsteht.

Die Erinnerungen an meine Arbeiten mit Carl Rogers persönlich sind immer noch stark präsent. In erster Linie ist mir das Gefühl der Akzeptanz, des bedingungslosen Rechtes sich selbst zu sein und ein riesiges, unfaßbares Gefühl der Freiheit präsent. Im scharfen Kontrast zur Auffassung der damaligen Gesellschaft in Rußland (1991) sind sie mir zu einem sehr wichtigen Bestandteil meiner eigenen Biographie geworden.

Wenn heute A. Längle mit mir arbeitet, fühle ich die Ernsthaftigkeit und Tiefe seiner Aufmerksamkeit. Ich bekomme das Gefühl der Klärung meines inneren Erlebens. Mein Wille wird gestärkt und meine eigenen Werte kommen mir näher ...“.

Literatur

Bratschenko SL (2001) Existenzielle Psychologie der Tiefenbeziehung: Unterrichte von James Bugental. Moskau: Smysl, 197

Längle A (2002) Bedeutung der Selbsterfahrung in der Existenzanalyse und Logotherapie: Vergleich von Zugängen. Moskowskij Psichoter-pewticheskij Journal 4, 150-168

Längle A(2003) Sinnvoll leben. Moskau: Genesis, 128

Längle A (2001) Existenzanalyse – ja zum Leben sagen. Moskowskij Psicho-terpewticheskij Journal 1, 5-23

Anschrift der Verfasserin:
Svetlana Krivtsova
krivcova@ttk.ru

AUDIOKASSETTEN

Vorträge des Herbstsymposiums der GLE-International

Im Schatten des Lebens - Existenzanalyse der Depression

- Von Schwarzgalligkeit, sündigem Überdruss und Depression (Brigitte Heitger) und
  Wert-los: Selbst- uhnd Welterleben in der Depression (Lilo Tutsch)
- Beschämte Scham bei depressiven und suizidalen Menschen (Daniel Hell) und
  Die Macht der Nacht? (Elke Dominik)
- Körper - Seele, was wir über biologische Zusammenhänge wissen (Markus Kosel)
- Existenzanalyse der Depression: Verständnis und Therapie (Alfried Längle)
- Suizid: Krankheit oder zielorientierte Handlung? (Konrad Michel)
- Eine literarische Falldarstellung aus dem Emmental (Rodolphe Leuenberger)

Kosten: alle 7 Kassetten um Euro 40,-
Einzelvortrag Euro 10,-
zu bestellen bei der GLE-Intern.:
Tel.: 01/985 95 66 gle@existenzanalyse.org

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-International (GLE-Int.)
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-Österreich (GLE-Ö)
GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE in Deutschland e. V. (GLE-D)
INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE SCHWEIZ (IGEAP-CH)

Chefredaktion: Dr. S. Längle
Stellvertretung: Mag. K. Steinert
Redaktion: C. Klun, Dr. F. Lleras, Dr. Astrid Görtz, G. v. Kirchbach (engl. Übers.)
Landesredakteure: Ö – Mag. U. Reischer; D – Mag. G. Bonnaker-Prinz; CH – Lic. Phil. B. Heitger
Redaktion: Eduard-Sueß-Gasse 10; A - 1150 Wien, Tel.: 01/9859566 Fax 01/9824845
e-mail: gle@existenzanalyse.org
Layout und Satz: Sabine Wutschek
Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

„EXISTENZANALYSE“ ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.) und erscheint 2x jährlich.
Die GLE ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart, der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin, der Martin-Heidegger Gesellschaft e.V. und des Verbandes der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGÖ).
Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz, der Schweizer Charta, der Berner Gesundheitsdirektion, der tschechischen und rumänischen Gesundheitsbehörden als Ausbildungsinstitution zum Psychotherapeuten anerkannt.
Veröffentlichte, namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder.
© by Intern. Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.

IRVIN D. YALOM

Der Panama-Hut

oder Was einen guten Therapeuten ausmacht

München: Goldmann Verlag, 2002, 3. Auflage, 284 Seiten

Diese Buchbesprechung ist eine Kurzfassung der gleichnamigen Abschlussarbeit.

Die Rezension fiel in manchen Punkten überraschend emotional aus, aber gerade die Rückwirkung des Buches auf meine eigene Emotionalität gab mir den Zugang dazu, wo meine kritische Haltung einsetzt.

Schon die äußere Aufmachung und der Titel des Buches bewirken eine gewisse Gespaltenheit in der Erwartung. Der rote Umschlag mit einer roten Couch darauf und der Titel „Der Panama-Hut“ lassen zunächst ein belletristisches Werk vermuten, in der Art von „Die Liebe und ihr Henker“ oder „Die Reise mit Paula“ etwa.

Der Untertitel „oder Was einen guten Therapeuten ausmacht“ erweckt aber eher den Eindruck, daß es sich hier um eine praktische Anleitung handeln könnte....

In dieser Spannung läßt sich der Leser auf den Text ein. - Sehr schnell zeigt sich, daß das Buch recht gefällig zu lesen ist, und daß Yalom es hervorragend versteht, seine Leser in eine positive Stimmung zu versetzen und sie geradezu verführt, in einem schwebenden Zustand zu bleiben und zunächst keine tiefergehenden Fragen zu stellen. Er ist ein Meister des Formulierens, was ich aus seinen Romanen bereits kenne, und er schafft es, von ganz banalen Dingen elegant zu Themen wie Endlichkeit und Todesleugnung überzugehen. – Erstaunlicherweise bin ich geneigt, diesen Sprung gerne mitzumachen, obwohl ich noch nicht ganz verstanden habe, warum! Doch schon bald melden sich kritische Stimmen in mir …

Yalom erzählt folgenden Traum eines Patienten (S.5):

Es ist dunkel. Ich betrete die Praxis, kann Sie dort jedoch nirgends finden. Die Praxis ist leer. Ich sehe mich um. Das Einzige, was ich entdecke, ist Ihr Panama-Hut. Und der ist voller Spinnweben.

Yalom deutet den Traum dahingehend, daß es hier um sein (Yaloms) Altern gehe.

Er schreibt: *Und so wird mir mit Schrecken klar, daß ich in eine Spätphase meines Lebens eintrete* (er nähert sich den Siebzig). Es sei das Stadium der Generativität (Erik Erikson), eine postnarzißtische Phase, in der die Fürsorge und das Interesse den nachfolgenden Generationen gelte. Aus diesem Grund wolle er nun weitergeben, was er gelernt habe.

Interessant, wie Yalom sich in diesem Traum seines Patienten sieht, und vor allem, daß er die Traumbedeutung so auf **sich** bezieht! Warum sieht er gerade sich selbst als Traumaussage?

Nun ist der Traum natürlich aus dem Kontext gerissen, und wir wissen nicht, was er mit dem Leben dieses Patienten zu tun hat.Er hinterläßt aber bei mir ein Gefühl der Einsamkeit, der Leere. Es ist dunkel dort, niemand da, nur Yaloms Hut, und der ist voller Spinnweben. - War da überhaupt einmal jemand da? (Zumindest schon sehr lange nicht!) – Diese Frage stellt sich mir spontan. Und diese Frage steht noch immer im Raum, nachdem ich das Buch zuende gelesen habe.

Yalom widmet in seinem Buch einen großen Raum Themen, die ich unter dem Titel „Techniken und Methoden“ zusammenfassen würde. Es fällt auf, daß er selbst diese Themen unter dem Titel „... über das Wesen der Beziehung zwischen Therapeut und Patient ...“ zusammenfaßt.

Hier scheint er in seinem Element zu sein. Er bringt unzählige anschauliche, wenn auch fragmentarische Beispiele, in denen er gekonnte Lösungen aufzeigt, wie man Patienten konfrontiert, ohne einen Widerstand aufzubauen, er bezieht sich immer wieder auf das Hier und Jetzt und holt von seinen Patienten in jeder Stunde eine Rückmeldung ein, „wie es ihnen denn miteinander gehe“.

Und trotzdem bleibt etwas offen:

1) Ich erlebe ihn eigentlich nicht als dem Patienten zugewandt. Er ist zwar in gutem Kontakt mit seinem Gegenüber, er sieht viel, deckt auf, leitet an – er ist gespürig, aber ist er in einer Form der Beziehung, in der er auf den Patienten zugeht, die dialogisch ist?

In vielen geschilderten Therapiesituationen fühlte ich mich an der Stelle des Patienten isoliert, allein gelassen mit meinen Gefühlen. Meine Gefühle erreichten den Therapeuten nicht als Menschen, d.h. den Therapeuten in einer phänomenologischen Haltung, die notwendigerweise eine Öffnung in der Erwartung einer Begegnung mit Werthaftem ist. Meine eigene Betroffenheit käme dort nicht an. Was von ihm wahrgenommen wird, läßt sich reduzieren auf einen „Affekt“, der, wie es scheint, dazu da ist, um analysiert zu werden. Die Technik scheint wichtiger als die Begegnung. – Wie soll aber eine fruchtbare Beziehung entstehen, wenn die Technik Begegnung verhindert?

Yaloms Credo ist eigentlich: das Heilende ist die therapeutische Beziehung.

Leider wird das Wärmende, das Bewegende, das Lebendige einer Beziehung nicht spürbar. Was ich vermisse, ist ein emotionales Mitschwingen des Therapeuten, ein Berührtsein, ja auch eine Betroffenheit von all dem Leid, dem Ringen seiner Patienten.

Sogar in Kapitel 55 (S.177) „Wenn Ihr Patient weint“ (das einzige, das der Emotionalität gewidmet ist) hält sich der Autor auf Distanz. Eine Distanz, die aus meiner Sicht über den professionellen Abstand hinausgeht – sie fühlt sich sehr kühl an.

Yalom begegnet den Tränen seines Patienten wie jedem anderen beliebigen Phänomen im therapeutischen Prozeß:

2) Er geht vom *Affekt-Ausdruck* sofort zur *Affekt-Analyse* über: Sein Patient weint ...

Ther.: „Versuchen Sie nicht, da rauszukommen. Bleiben Sie dran. Bitte reden Sie mit mir: versuchen Sie Ihre Gefühle in Worte zu fassen“.

Oder „Wenn Ihre Tränen Worte hätten, was würden Sie sagen?“ –

Einerseits eine gute Intervention um in die Mitteilung zu kommen, die konstitutionell für die Beziehungsgestaltung ist.

Doch wo bleibt der Raum, das eigene Bewegtsein in Empfang zu nehmen z.B. für das Weinen an sich, wo der Raum vom Therapeuten in Empfang genommen zu werden z. B. durch die Betroffenheit des Therapeuten über den Schmerz des Patienten, wo eine empathische Verstärkung durch den Therapeuten als Person?

Mit einem Wort: Wo ist die Zuwendung? Wo ein Rückhalt im Aushalten des Schweren?

Ich erlebe den Therapeuten hier als Techniker, als jemanden, der fast ausschließlich in seiner Funktion da ist, weniger als Person.

Nun höre ich beim Lesen natürlich nicht Yaloms Stimme, kann keine Schwingungen wahrnehmen, sehe auch nicht seine Körperhaltung, seinen Blick – und dennoch entsteht auch beim Lesen eine Art „Dazwischen", der Raum zwischen mir und dem Autor, und dieser Raum fühlt sich nicht warm an. Der Autor scheint auch mir als Leser nicht wirklich zugewandt.

Daher (im Rückgriff auf die Metapher seiner Einleitung): Wo ist Yalom? Es ist nur sein Panama-Hut da ...

Yalom ist existentieller Psychotherapeut.

Die **existentielle Ausrichtung** seiner Therapieform umschreibt er so:

Die Existentielle Psychotherapie ist ein dynamisches therapeutisches Verfahren, das sich auf Belange konzentriert, die in der Existenz wurzeln. (S. 8)

„Dynamisch" meint, daß widersprüchliche Kräfte innerhalb des Individuums dessen Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen bestimmen (Freuds Modell der psychischen Funktionen), und daß diese widersprüchlichen Kräfte auf wechselnden Ebenen des Bewußtseins existieren. Manche sind sogar völlig unbewußt.

Von psychoanalytischen Theorien unterscheide sich der existentielle psychotherapeutische Ansatz folgendermaßen (S. 9): *Der existentielle psychotherapeutische Ansatz geht davon aus, daß der innere Konflikt, der uns peinigt, nicht nur auf unseren Kampf mit unterdrückten triebhaften Bestrebungen oder internalisierten signifikanten Vorbildern oder mit Bruchstücken von vergessenen traumatischen Erinnerungen zurückzuführen ist, sondern auch auf unsere Konfrontation mit den „Gegebenheiten" der Existenz.*

Die „Gegebenheiten" der Existenz (die sogenannten „letzten Belange") sind nach Yalom: Tod, Einsamkeit, Sinn des Lebens und Freiheit.

Er schreibt aber gleichzeitig, würde man seine Therapiesitzungen beobachten, suchte man oft vergeblich nach ausführlichen, expliziten Diskussionen über die genannten existentiellen Themen. Solche Inhalte seien nur für einige Patienten in manchen Therapiestadien ausschlaggebend. Der effiziente Therapeut dürfe die Erörterung bestimmter Inhalte nicht erzwingen. Eine *erhöhte Sensibilität für existentielle Fragen* beeinflusse aber das Wesen der Beziehung zwischen Therapeut und Patient enorm und wirke sich auf jede therapeutische Sitzung aus.

Wie es aber zu dieser *erhöhten Sensibilität für existentielle Themen* kommt, beschreibt er nicht und wird auch nicht in seinen Fallbeispielen deutlich.

Yaloms Verständnis von Existenz fußt im französischen Existentialismus. Er schließt sich der Sichtweise von Camus und Sartre an, die er wiederholt zitiert, z.B. in seinem Buch „**Existentielle Psychotherapie**" (Edition Humanistische Psychologie, Köln 1989, 508):

Sowohl für Camus als auch Sartre ist es wichtig, daß menschliche Wesen erkennen, daß man seinen eigenen Sinn erfinden muß (statt den Sinn Gottes oder der Natur zu entdecken), und daß man sich völlig darauf einlassen muß, diesen Sinn zu erfüllen ...

... Sartres Ethik erfordert einen Sprung in die Verpflichtung. In dieser Hinsicht stimmen die meisten westlichen theologischen und ästhetischen existentiellen Systeme überein: Es ist gut und richtig, in den Strom des Lebens einzutauchen.

Auf S. 499 (ebd.) schreibt er:

Das Problem ist also in seiner schlichtesten Form: Wie findet ein Wesen, das Sinn braucht, Sinn in einem Universum, das keinen Sinn hat?

Es existiert also kein Sinn. Der Mensch muß sich erst einen erfinden, sich in eine Verpflichtung einlassen, um ein Ziel zu haben oder wenigstens eine Art von Nützlichkeit zu erleben.

Yaloms therapeutisches Vorgehen basiert auf keiner personalen Motivationslehre bzw. Anthropologie wie in der Existenzanalyse, sondern einem psychodynamischen Verständnis psychischer Prozeße. Wichtig sind ihm pragmatische Aspekte im therapeutischen Prozeß, um eine Verhaltensänderung zu ermöglichen. Es sind bloß Hindernisse aus dem Weg zu räumen: Hier findet der Einfluß von Karen Horney (Neo-Freudianerin) seinen Niederschlag mit ihrem Konzept, daß der Mensch einen angeborenen Hang zur Selbstverwirklichung hat. Das veränderte Yaloms Therapeutischen Ansatz nach eigenen Worten „für alle Zeiten":

S.15: *Ich hatte eine neue Vision von meiner Arbeit: Es war meine Aufgabe, Hindernisse zu beseitigen, die den Weg meines Patienten blockieren. Mir oblag nicht alles; ich mußte den Patienten nicht zu dem Wunsch inspirieren zu wachsen, und auch nicht zur Neugier, zum Wollen, zu Lebensfreude, Fürsorglichkeit, Loyalität oder irgendeiner anderen der tausend Eigenschaften, die uns erst wahrhaft menschlich machen. Nein, ich mußte die Hindernisse identifizieren und aus dem Weg räumen. Der Rest würde, angetrieben von den Selbstverwirklichungskräften des Patienten, automatisch folgen.*

Weiteres zu seiner Vorgangsweise:

S.64: *Einer der ersten Schritte in einer Therapie ist der, die Hier-und-Jetzt-Entsprechungen für die zwischenmenschlichen Probleme Ihres Patienten zu identifizieren ...*

Sie müssen ein empfindsames Hier-und-Jetzt-Gehör entwickeln. Die alltäglichen Vorkommnisse jeder Therapiestunde liefern Ihnen reichlich Material: Achten Sie darauf, wie

Patienten Sie begrüßen, Platz nehmen, ihre Umgebung inspizieren oder auch nicht, die Sitzung beginnen und beenden, ihre Lebensgeschichte erzählen und sich Ihnen gegenüber verhalten ...

S.55: ... *Welches ist das wertvollste Instrument des Therapeuten? Antwort (und um die kommt keiner herum): sein eigenes Selbst ...*

Lassen Sie mich mit der einfachen Aussage beginnen, daß Therapeuten ihren Patienten den Weg weisen müssen, indem sie persönliches Vorbild sind. Wir müssen unsere Bereitschaft demonstrieren, in eine intime Beziehung mit dem Patienten zu treten – ein Prozeß, der von uns verlangt, daß wir Experten darin sind, die beste Quelle verläßlicher Daten über unsere Patienten auszuschöpfen: unsere eigenen Gefühle.

Der maßgebliche **Wirkfaktor** in Yaloms Therapie ist die therapeutische Beziehung, indem sie *vermittelt und einen Wert an sich als wirkliche Beziehung* hat. Sie ist das Agens, das heilt.

Über die „ideale Therapeut-Patient-Beziehung" schreibt er in **„Existentielle Psychotherapie"** (S. 484):

Zusammengefaßt heißt das, daß sich der Therapeut auf den Patienten in einer ursprünglich sorgenden Weise bezieht und sich bemüht, Augenblicke authentischer Beziehung herbeizuführen. Der Therapeut sollte selbstlos in seinem Bemühen sein – das heißt, besorgt um das Wachstum des Patienten und nicht um seine oder ihre persönlichen Bedürfnisse. Die Sorge des Therapeuten sollte unzerstörbar sein und nicht abhängig von der gegenseitigen Fürsorge durch den Patienten. Der Therapeut sollte in der Lage sein, sowohl er selbst als auch bei dem Patienten zu sein, und sollte daher in seiner Sorge in die Welt des Patienten eintreten und sie so erfahren können, wie der Patient sie erfährt. Dies erfordert, daß der Therapeut sich dem Patienten ohne Vorurteile zuwendet, daß er sich darauf konzentriert, Anteil an der Erfahrung des Patienten zu haben, ohne mit seinen Urteilen dazwischenzufahren oder dem Patienten Klischees aufzudrücken.

Beziehung ist explizit das Zentrum, worauf Yalom die Therapie anlegt. Er versucht, eine wache Beziehung zu haben, beobachtet viel im Hier und Jetzt, denn Probleme finden sich seiner Meinung nach überwiegend im Beziehungsgeschehen (S. 61, 63). Er hat eine exakte Vorstellung von einer idealen Beziehung, jedoch scheint ihm die Öffnung auf Person hin nicht wichtig zu sein.

Wodurch unterscheiden sich die Existentielle Psychotherapie und die Existenzanalyse (EA) in ihrer Vorgangsweise?

Die wesentlichen Unterschiede zwischen beiden Vorgangsweisen:

1. Eine existentielle Psychotherapie

Yalom beschreibt seinen Ansatz als existentiell, da er in einem „existentiellen Bezugsrahmen" operiere, wenn er von der Annahme ausgehe: „... dass die Patienten als Ergebnis einer Konfrontation mit den harten Tatsachen des Menschseins – den „Gegebenheiten" der Existenz – am Leben verzweifeln." (S. 8) Diese „Gegebenheiten" der Existenz sind nach Yalom vier „letzte Belange": Tod, Einsamkeit, Sinn des Lebens und Freiheit.

In der Existenzanalyse wird unter „existentiell" nicht der thematische Bezug, also inhaltliche Fragen, sondern die Art des Umgangs verstanden: Der Mensch ist im Kern niemals festgelegt (weder evolutionsbedingt, noch mechanistisch oder organismisch), sondern gestaltet „entscheidend" sich selbst. In diesem Kontext ist es der Hintergrund der Existenzphilosophie, der für die Psychotherapie wirksam geworden ist.

2. Die phänomenologische Haltung

Yalom betont, die Phänomenologie sei „die angemessene Methode, die innere Welt eines anderen Individuums zu verstehen" (Exist. Psychotherapie S. 38) und dass, was mit „ Empathie, Präsenz, genuinem Zuhören, nicht bewertender Akzeptanz … gemeint ist" (ebd.), ebendiese phänomenologische Methode beschreibe. Für Yalom bedeutet es: „Solch ein Zugang zum Wissen über eine andere Person ist außerordentlich günstig in der Psychotherapie." (ebd.)

Seine Vorgangsweise zeigt sich vielfach als interpretierend, da er auf der Suche nach Fakten, nach Wissen über das Verhalten des Patienten erscheint.

Da Yaloms Therapeutenhaltung im französischen Existentialismus (vgl. S.10-11) wurzelt, kann Phänomenologie als Wesensschau hier nicht verwirklicht werden, da es nicht um die Begegnung mit Wesenhaftem geht, sondern um das Erkennen von gesetzten Ziele.

In der EA ist die phänomenologische Haltung das tragende Element im Prozeß des Verstehens und ist Ausdruck der dialogischen Grundverfassung der Person. In der Existenzanalyse ist das Anliegen der phänomenologischen Haltung das Ansichtigwerden des Patienten von ihm selbst her.

3. Der Ansatzpunkt

Yalom setzt am Verhalten (am Ausdruck) des Patienten an, das er mittels seiner Gegenübertragung (die Gefühle des Therapeuten) und des darauf folgenden Feedback, in dem auch schon eine (seine) Interpretation enthalten ist, thematisiert und anfragt. Das heißt, letztlich wird der Patient vom Therapeuten in Frage gestellt.

Die EA setzt am Erleben (am Eindruck) des Patienten an und begleitet ihn über seine Stellungnahme bis zu seinem Ausdrucksfinden. Der Patient stellt sich selbst in Frage, bis er sich selbst verstanden hat.

4. Die Rolle des Therapeuten

Yalom *muß* die *dysfunktionalen Elemente* der Kommunikation *identifizieren* und die *Hindernisse aus dem Weg räumen*. Das heißt eigentlich, er übernimmt die „Korrektur" der mißlungenen Interaktion.

Der existenzanalytische Therapeut leitet den Patienten durch existenzanalytische Fragen an, sich selbst auf die Spur zu kommen, mit sich selbst und der Welt in Dialog zu treten und dann seine eigene Antwort zu finden.

5. Die heilende Wirkung

In der Existentiellen Psychotherapie ist das Hier und Jetzt oder der Prozeß (das Wesen der Therapeut-Patient-Beziehung) die Hauptquelle der therapeutischen Wirkung, die auf noch *undefinierbare Weise* zur Veränderung beiträgt.

In der EA wird durch die Stellungnahme eine Heilung induziert. Die Stellungnahme zur inneren als auch zur äußeren Realität *gibt die personale Freiheit wieder und führt zur Authentizität und Gewissenhaftigkeit.*

Das Handeln (die personale Entscheidung) führt weiter zur *Verwirklichung der Verantwortung und zum sinnvollen Wirken in der Welt.*

Zusammenfassung

Abschließend darf ich noch einen kurzen Blick auf meine einleitenden Worte zurückwerfen. Nämlich auf die divergierenden Erwartungen beim ersten Betrachten des Buches: Was erwartet mich hier? Eine heitere Anekdotensammlung oder ein Lehrbuch?

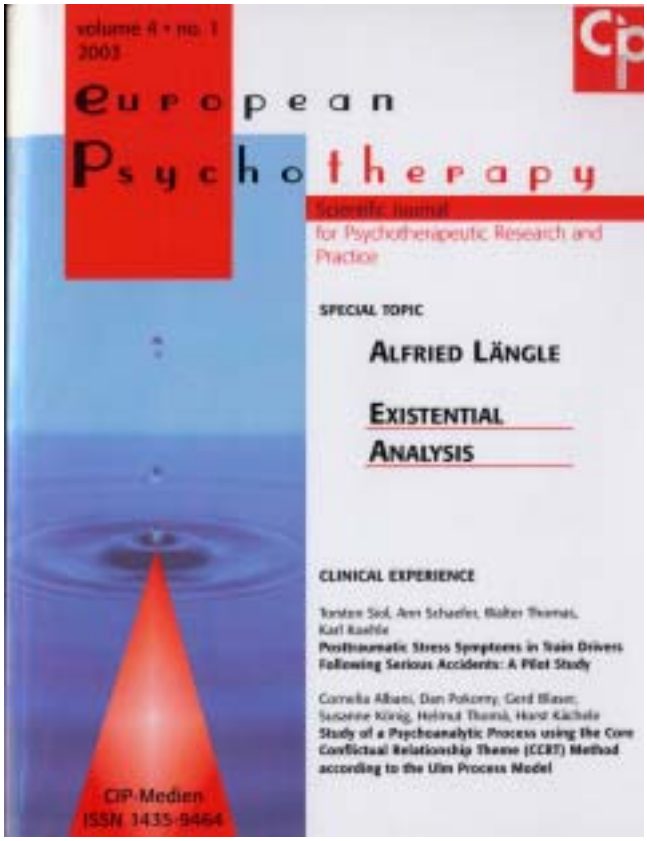
Ich möchte sagen: weder, noch. Diese beiden Pole scheinen nicht miteinander zu harmonieren. Das eine stört das Andere, sodaß keines wirklich zur Geltung kommt.

Yaloms Intention war es ursprünglich, mit diesem Buch *Anleitung und Inspiration* für Ausbildungskandidaten und interessierte Patienten zu geben.

Voraussetzung dafür, daß die Anleitung und Inspiration auf fruchtbaren Boden fällt, ist aus meiner Sicht ein sehr fortgeschrittenes Ausbildungsstadium und vor allem eine sehr lange und tiefgreifende Selbsterfahrung und daraus resultierend ein kritischer Blick. Andernfalls könnte vieles in diesem Buch mißverstanden werden oder sogar zum Schaden für den Patienten angewendet werden. Auch sollten Studenten bereits mit grundlegender Literatur vertraut sein. Aber das ist durchaus im Sinne Yaloms, der sich sein Buch als *Ergänzung zu einer umfassenden Ausbildung* denkt.

Schließlich möchte ich nochmals darauf hinweisen, daß dieser Text aus Platzgründen sehr gestrafft ist. In der gleichnamigen Abschlußarbeit finden sich einige Fallbeispiele mehr, die auf Beziehung, Schamgrenze, Personalität und Therapeutenhaltung hin analysiert werden.

Anita Hofen-Altenburger



Editors: Rainer Krause, Serge Sulz

European Psychotherapy

Scientific Journal for Psychotherapeutic Research and Practice

CIP-Medien
ISSN 1435-9464

Special Topic at Vol 4 • no 1 • 2003

Alfried Längle
EXISTENTIAL ANALYSIS
with contributions by C. Furnica, G. v. Kirchbach, M. Kundi, S. Längle, A. Nindl, C. Orgler, J. Sauer, L. Tutsch, C. Wurm, E. Wurst

to order at GLE-Int.: gle@existenzanalyse.org
or direct at: www.cip-medien.com

RACKER HEINRICH

Übertragung und Gegenübertragung

Studien zur psychoanalytischen Technik

München, Basel: E. Reinhardt Verlag, 2002, 6. Auflage, 221 Seiten

Heinrich Racker (1910-1961) brachte dieses Buch bereits 1959 in Argentinien in spanischer Sprache heraus. Der Autor ist einer der ersten Psychoanalytiker, der sich ausführlich mit dem Thema der Gegenübertragung auseinandersetzt. Bis in die späten 40er Jahre hinein gibt es kaum psychoanalytische Literatur zu diesem Thema. Das vorliegende Buch besteht aus IX unterschiedlich langen Studien, die von 1948 bis 1958 verfasst worden sind. Die erste Übersetzung ins Deutsche wurde erst 1976 fertiggestellt, nun liegt das Buch in der 6. Auflage vor.

Studie I behandelt als *Einführung* in die Thematik kurz und prägnant die historische Entwicklung des psychoanalytischen Verfahrens und erklärt dabei einige der wichtigsten Grundbegriffe der Psychoanalyse (Abwehrmechanismen, freies Assoziieren, freischwebende Aufmerksamkeit, Übertragung, Gegenübertragung etc.).

Studie II hat die *klassische und gegenwärtige Technik* in der Psychoanalyse zum Thema, wobei zu Anfang auf die *Grundhaltung des Analytikers* gegenüber dem Patienten eingegangen wird. Racker betont, dass „der analytische Umwandlungsprozeß (...) zum guten Teil von der Fülle und der Art der liebenden Zuwendung (Eros) abhängt, die der Analytiker für seinen Patienten aufbringen kann.“ (41) Daran anschließend wird die Technik der *Deutung* thematisiert, die für die Psychoanalyse deshalb sehr wichtig ist, weil davon ausgegangen wird, dass „nur die Deutung das Unbewußte bewußtmachen kann“ (47). Besprochen wird, wieviel, was und wann in der therapeutischen Situation gedeutet werden soll. Vor allem diese psychoanalytische Technik der Deutung (und Interpretation) ist es, die für eine(n) ExistenzanalytikerIn relativ schwer nachvollziehbar ist, der (die) es gewohnt ist, mit einer phänomenologischen und möglichst offenen Haltung den Patienten gegenüber zu treten. In den nächsten Abschnitten dieser II. Studie wird erstmals auf die Rolle und auf die Dynamik von *Übertragung* und *Gegenübertragung* im psychoanalytischen Setting eingegangen.

Studie III widmet sich dann ausführlicher der *Theorie der Übertragung*, wobei der Autor vor allem auf die Dynamik der Übertragung und auf die Beziehung zwischen Übertragung und Widerstand eingeht.

In Studie IV geht es weiterführend um die *Analyse der Übertragung auf Grund der Beziehung des Patienten zur Deutung*, die ihm der Therapeut vermittelt, wobei die psychoanalytische Vorgehensweise anhand einer Reihe von Fallbeispielen illustriert wird.

Studie V hat die *Gegenübertragungsneurose* zum Thema. Heinrich Racker definiert als Gegenübertragung „die Gesamtheit der Imagines, Gefühle und Impulse des Analytikers gegenüber dem Analysanden, soweit sie durch seine Vergangenheit bestimmt werden.“ (123) Sobald diese Gegenübertragung Pathologisches ausdrückt, kann man von Gegenübertragungsneurose sprechen. Da „die Gegenübertragungsneurose auf den Ödipus-Komplex ausgerichtet“ ist (125), setzt sich der Autor im weiteren Verlauf dieser V. Studie dann ausschließlich mit der Gegenübertragung des männlichen Analytikers auseinander, zur Gegenübertragungsneurose weiblicher Analytikerinnen bezieht er keine Stellung.

In der nächsten und umfangreichsten Studie VI geht es um die *Bedeutung der Gegenübertragung*. Dabei bezieht sich Heinrich Racker auf die unterschiedlichen Sichtweisen verschiedener Psychoanalytiker und bringt eine Reihe von Fallbeispielen zum Thema der Gegenübertragung. Es werden außerdem unterschiedliche Gegenübertragungsreaktionen beschrieben (wie z.B. Angst, Aggression, Schuldgefühl, Schläfrigkeit etc.).

Studie VII behandelt als weitere Ausführung zur Gegenübertragung auf wenigen Seiten den *unbewussten Masochismus*, Studie VIII die *unbewusste Manie* des Analytikers. Die letzte kurze Studie IX nennt sich schließlich *Gegenwiderstand und Deutung* und behandelt Widerstände, die sich beim Psychoanalytiker seinem Patienten gegenüber einstellen können.

Da es sich bei den IX vorliegenden Studien um voneinander unabhängig entstandene Studien handelt, die in diesem Buch zusammengefasst werden, kommt es immer wieder zu Wiederholungen und redundanten Passagen.

Für eine(n) ExistenzanalytikerIn sind vor allem die ersten beiden Studien interessant zu lesen, weil sie eine gute und basale Einführung in die psychoanalytische Vorgehensweise bieten und gleichzeitig die Vielfältigkeit verschiedener Strömungen innerhalb der Psychoanalyse andeuten. In späteren Teilen des Buches werden die Ausführungen dann allerdings sehr detailliert dargestellt und sind für einen Nicht-Analytiker in ihrer Spezifität nur schwer nachvollziehbar. Heinrich Racker weist in seinem Vorwort auch darauf hin, dass ein Großteil der Studien für Ausbildungskandidaten und für Analytiker bestimmt ist und ein gewisses Vorwissen verlangt.

Karin Steinert

SCHARFETTER CHRISTIAN

Allgemeine Psychopathologie.

Eine Einführung

Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 2002, 5. neu bearbeitete Auflage, 363 Seiten

In der fünften, neu bearbeiteten Auflage liegt das kleine, ansprechende Taschenbuch vor, das eine umfassende Einführung in die allgemeine Psychopathologie bietet. 1976 entstand die erste Auflage, mittlerweile gibt es auch zahlreiche Übersetzungen in andere Sprachen. Nicht nur durch die äußerst handliche Form, sondern auch durch die inhaltliche Fülle lädt das Buch dazu ein, in die Tasche gesteckt und zum Nachblättern und Nachlesen herumgetragen zu werden.

Christian Scharfetter orientiert sich an der „Allgemeinen Psychopathologie“ von Karl Jaspers (1913 erstmals erschienen und bis 1942 fortentwickelt) und verfolgt einen phäno-

menologischen Ansatz zur Erfassung der verschiedenen Erlebnis- und Verhaltensweisen. Er geht aber auch immer wieder auf psychodynamische Hypothesen und tiefenpsychologische Theorien ein, nicht ohne darauf hinzuweisen, dass manche von ihnen „nicht zureichend phänomenologisch ausgewiesen" sind. Nach einer Einführung in die allgemeine Psychopathologie werden folgende Phänomene genauer beschrieben: Bewusstsein, Ich-Bewusstsein, Erfahrungsbewusstsein und Realitätsbewusstsein, Orientierung, Zeiterleben, Gedächtnis und Erinnerung, Aufmerksamkeit und Konzentration, Denken und Sprache, Intelligenz, Affektivität, Wahrnehmung, Auffassung, Wahn, Antrieb und Grundaktivität, Motorik, Aggression, Zwänge und Phobien, Impulshandlungen, Bedürfnis – Trieb – Wille, Sexualität. Alle diese Bereiche werden in einem ersten Schritt genau definiert, bevor die einzelnen pathologischen Erscheinungsformen detailliert und verständlich beschrieben werden. Durch eine sehr klare Durchstrukturierung der Kapitel eignet sich das Buch auch besonders gut zum Nachschlagen einzelner Begriffe und Störungsbilder. Diese lexikalische Funktion wird außerdem durch ein ausführliches Sachverzeichnis und ein umfangreiches Literaturverzeichnis ergänzt.

Christian Scharfetters Einführung in die allgemeine Psychopathologie ist ein informatives und kompetentes Buch, das für all diejenigen, die mit psychisch erkrankten Menschen zu tun haben, eine wesentliche Grundlage für ihre Arbeit bietet.

Karin Steinert

HANS-PETER VOLZ, FRANK-GERALD PAJONK

Akuttherapie schizophrener Erkrankungen

Stuttgart: Thieme Verlag, 2003, 71 Seiten

Dieses Büchlein, das in die Manteltasche jedes Arztes passt, vermittelt allen psychiatrisch Tätigen wichtige Informationen für die Akutbehandlung von Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie anderen Erkrankungen mit psychotischen Symptomen. Dabei imponiert vor allem der praxisnahe Ansatz, sodass sich auch der auf diesem Gebiete nicht so erfahrene Kliniker einen raschen Überblick über Diagnostik und Therapie der Schizophrenie verschaffen kann.

Auf die Gegenüberstellung der diagnostischen Ansätze nach Kraepelin und Bleuler folgt eine Darstellung der Leitsymptome nach ICD-10, weiters werden die klinischen Prägnanztypen mit ihren Symptomformen sowie die kognitiven Störungen anschaulich und für den Leser verständlich abgehandelt. Besonderer Bezug genommen wird schließlich auf differenzialdiagnostische und epidemiologische Aspekte sowie auf Ätiologie und Verlaufsformen der Erkrankung.

Die nicht-medikamentöse Therapie umfasst vor allem psychotherapeutische Behandlungsformen, psychoedukative und soziotherapeutische Methoden sowie kognitive Trainingsprogramme. Aktuelle Studienergebnisse zur medikamentösen Akuttherapie der Schizophrenie und anderer Erkrankungen mit psychosewertigen Symptomen rechtfertigen primär den Einsatz der sogenannten atypischen Neuroleptika als therapeutischer Goldstandard, wobei vor allem die Wirksamkeit von Risperidon bestätigt werden konnte. Wirkmechanismus, Nebenwirkungen, Kontraindikation und Interaktionen der Substanzen mit anderen Medikamenten werden diskutiert. Eine Tabelle mit Dosierungsempfehlungen sowie ein Einblick in die rechtlichen Grundlagen und die Einsatzmöglichkeiten von Neuroleptika in Schwangerschaft und Stillzeit bilden den Schluss des Buches.

Knapper Text, Übersichtlichkeit und strukturierte Gliederungen des Buches ermöglichen es dem Arzt, die gewünschten Inhalte und Informationen rasch zu finden und in die Praxis umzusetzen. Das vorliegende Bändchen erhebt nicht so sehr den Anspruch eines Lehrbuches, sondern ist viel mehr ein ideales Kompendium für die Soforttherapie psychotischer Störungen.

Helmut Jarosik

ULRICH SCHWEIGER, ACHIM PETERS & VALERIJA SIPOS

Essstörungen

Stuttgart: Thieme Verlag, 2003, 202 Seiten

Das vorliegende Buch, welches gemeinsam von einem Psychiater, einer Psychologin und einem Internisten verfasst wurde, spricht die auf allen drei Fachgebieten Tätigen gleichermaßen an und vermittelt überdies jedem, der sich mit essgestörten Patienten beschäftigt, wichtige Kenntnisse und Informationen. Neben einer übersichtlichen Einführung in die Problematik der Essstörungen bietet der Band eine Vertiefung spezieller Themen, behandelt sowohl theoretische Aspekte und ist auch sehr praxisorientiert. Anorexia und Bulimia nervosa sowie die sogenannte „Binge-eating-Störung½ werden gegenüber gestellt, Gemeinsamkeiten, aber auch individuelle Ausprägung von Symptomen, Co-Morbidität und Zeitdauer diskutiert. Laut neuester Studien haben Frauen im Alter zwischen 14 und 35 Jahren das höchste Risiko, an einer Essstörung zu erkranken, wobei gerade die Anorexia nervosa eine Mortalität von bis zu 20% aufweist.

Den inhaltlichen Schwerpunkt legen die Autoren vor allem auf Therapie und Diagnostik von Essstörungen, auch werden die unterschiedlichen Modelle zu Ätiologie und Pathogenese sowie die psychobiologischen Aspekte verständlich und eindrucksvoll dargestellt. Die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans, Aufbau und Gestaltung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und ein gutes Ernährungsmanagement bilden die wesentlichen Säulen der Therapie. Im Gegensatz zur Anorexia nervosa liegen zur medikamentösen Behandlung der Bulimia nervosa und „Binge-eating-Störung½ zahlreiche kontrollierte, randomisierte Studien vor, am wirksamsten erscheint der Einsatz von trizyklischen Antidepressiva und SSRI's. Von den bisher untersuchten psychotherapeutischen Methoden zeigt sich eine deutliche Überlegenheit der kognitiven Verhaltenstherapie, existenzanalytische Ansätze wurden nicht erwähnt. Die letzten Kapitel des Buches befassen sich mit Co-Morbidität, der Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen sowie mit der Prävention von Essstörungen.

Das Buch ist sehr strukturiert gegliedert, anhand von Fall-

beispielen gewinnt der Leser einen schnellen Bezug zur Praxis. Wesentliche Textstellen und Tabellen werden durch Markierungen besonders hervorgehoben. Wir halten hier nicht nur ein Lehrbuch in den Händen, sondern auch ein Nachschlagewerk für die Behandlung essgestörter Patienten.

Helmut Jarosik

GERHARD DAMMANN, PAUL L. JANSSEN

Psychotherapie der Borderline-Störungen

Stuttgart: Thieme Verlag, 2001, 281 Seiten

Ziel dieses Buches ist es, sowohl den Psychiater und klinischen Psychologen wie auch dem in der Psychosomatik tätigen Arzt und Psychotherapeuten die wesentlichen konzeptuellen Modelle der Boderline-Störung und eine umfassende schulenübergreifende Darstellung der psychotherapeutischen Ansätze zu vermitteln.

Da ich selbst neben meiner ärztlichen Tätigkeit auch als Suchttherapeut im stationären Bereich arbeite, werde ich nicht selten mit diesem Krankheitsbild konfrontiert.

Zwar galten Boderline-Patienten aufgrund ihrer emotionalen Instabilität und ihres agierenden Verhaltens im therapeutischen Setting bisher oft als schwierig und nahezu unbehandelbar, den Herausgebern des Buches ist es jedoch ein Anliegen, die Möglichkeiten der Psychotherapie gerade in diesem Bereich besonders hervorzuheben. Das Buch ist vorwiegend praxisorientiert, auf diagnostische und epidemiologische Beiträge wurde bewusst weitgehend verzichtet. Beruhend auf den neuesten Erkenntnissen der Psychotherapieforschung werden nicht nur tiefenpsychologische, sondern auch behaviorale und kognitive sowie gesprächstherapeutische und systemische Ansätze in der Behandlung der Boderline-Störung abgehandelt. Nicht zuletzt wird darauf hingewiesen, dass ein erheblicher Prozentsatz der Patienten an einer posttraumatischen Belastungsstörung leidet und die Behandlung daher auch auf diese Störung ausgerichtet ist. Am Beispiel des Grönenbacher Modells wird eine psychodynamisch erfahrungsorientierte Therapie vorgestellt.

Weiters konzentriert sich das Buch auf fünf unterschiedliche Konzepte des Boderline-Begriffes, wobei der deskriptive Ansatz der diagnostischen Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 noch heute dominierend ist. Kernberg spricht von einer strukturellen Störung im Bereich von Stabilität und Reife der Persönlichkeitsorganisation, d. h., der Patient kann keine Beziehung zu sich selbst und zu Objekten aufrechterhalten, zentraler Abwehrmechanismus ist die Spaltung. Auch aus existenzanalytischer Sicht steht beim Patienten im Vordergrund die Angst, ständig Beziehungsverlust zu erleben. Andere Wissenschafter wiederum beschreiben die Boderline-Störung als schwere, an eine Psychose grenzende Frühstörung, die sich etwa vom Narzissmus unterscheidet. Wie schon oben erwähnt, wird auch von einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung ausgegangen, der fünfte Ansatz deutet schließlich auf eine spezifische Affektregulationsstörung mit zum Teil neurobiologischen Ursachen hin.

Die einzelnen Kapitel des vorliegenden Buches sind didaktisch hervorragend gestaltet und ihre Inhalte auch für den nicht tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten gut verständlich. Die Themenbereiche sind jedoch eher wenig übersichtlich gegliedert, Abstracts am Beginn jedes Kapitels sowie lebendige Falldarstellungen sind daher eine wertvolle Ergänzung.

Den Autoren des Buches ist es vor allem sehr gut gelungen, deutlich zu machen, dass für die Behandlung der Boderline-Störung eine rein medikamentöse Therapie nicht ausreichend und die Krankheit durch konventionelle therapeutische Methoden meist nur begrenzt behandelbar ist. Auch erscheint es mir wichtig darauf hinzuweisen, dass einigen zum Teil schwer behandelbaren Erkrankungen wie Essstörungen, Zwangskrankheiten, somatoformen Störungen und Angststörungen Borderline-Strukturen zugrunde liegen, die wiederum eine spezifische gezielte Therapie erfordern. Das Buch fördert den Erfahrungsaustausch zwischen den einzelnen Therapieschulen und ermöglicht eine rasche Umsetzung des Erlernten in die Praxis.

Helmut Jarosik

CLAUS WÄCHTLER

Demenzen

Stuttgart: Thieme Verlag, 2003, 162 Seiten

Aufgrund der zunehmenden Lebenserwartung der Bevölkerung steigt auch die Zahl der an demenziellen Syndromen erkrankten Patienten mehr und mehr an. Der Umgang mit Dementen erfordert großes Einfühlungsvermögen; eine gute Kommunikation zwischen Patienten, Ärzten, Pflegepersonal und Angehörigen schafft eine Atmosphäre, die es den Betroffenen erlaubt, sich langsam zu öffnen.

Das Buch spricht alle Personen, die die Herausforderung der Betreuung dementer Patienten angenommen haben, gleichermaßen an und bietet einen guten Überblick über die neurobiologischen Grundlagen der Erkrankung sowie über die Diagnostik und die therapeutischen Möglichkeiten, befasst sich aber auch mit speziellen Aufgaben und Problemen bei der Pflege sowie mit Methoden der Kommunikation, die es ermöglichen sollten, Demente in ihrer Erlebniswelt zu begleiten und sie zu verstehen. Es behandelt einerseits theoretische Aspekte, vermittelt aber auch ausreichend praktische Kompetenz.

Im ersten von insgesamt neun Kapiteln werden vor allem Klinik und Verlauf sowie die Versorgungsgrundsätze und Grundprinzipien therapeutischen Vorgehens bei Patienten mit Demenz beschrieben.

Die übrigen Kapitel beinhalten vorwiegend spezielle Themen wie die strukturellen Grundlagen der Demenz, Diagnose und Differentialdiagnosen der Demenzerkrankungen, die unterschiedlichen therapeutischen Ansätze, Möglichkeiten im Umgang mit Demenzkranken und deren Angehörigen sowie ethische und rechtliche Aspekte. Im Serviceteil werden Adressen von Selbsthilfegruppen und spezialisierten Kliniken bzw Betreuungseinrichtungen angeführt.

Autoren und Herausgeber vertreten den Standpunkt, dass es nicht nur darum gehen sollte, das Umfeld zu entlasten,

sondern dass viel mehr die Aufmerksamkeit dem Erkrankten selbst gelten müsse.

Die Inhalte des Buches sind sehr übersichtlich gegliedert; kurze Zusammenfassungen der einzelnen Kapitel, eindrückliches Bildmaterial und anschauliche Tabellen ermöglichen dem Leser einen schnellen Zugang zu den gewünschten Informationen.

Das Buch hilft allen Personen, die in der Betreuung dementer Patienten engagiert sind, die Krankheit frühzeitig zu erkennen, aktiv zu behandeln sowie Betroffene und Angehörige effektiv zu unterstützen.

Helmut Jarosik

MARKUS T. GASTPAR, SIEGFRIED KASPER, MICHAEL LINDEN

Psychiatrie und Psychotherapie

Wien, New York: Springer Verlag, 2003, 468 Seiten

Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen befinden sich in einem schnellen Entwicklungsprozess und waren gerade in den letzten Jahren und Jahrzehnten wesentlichen Umstrukturierungen unterworfen. Das vorliegende Lehrbuch, welches von renommierten Autoren aus dem deutschsprachigen Raum geschrieben wurde, vermittelt sowohl dem Medizin- und Psychologiestudenten wie auch dem erfahrenen Psychiater und Psychotherapeuten Informationen über den aktuellen und modernen Wissensstand auf dem Gebiete der psychiatrischen Erkrankungen. Dabei wurde besonders Wert gelegt auf die multidisziplinäre Verschränkung der rein medizinischen Aspekte mit psychotherapeutischen und soziotherapeutisch-rehabilitativen Angeboten sowie weiteren psychiatrischen Therapieverfahren.

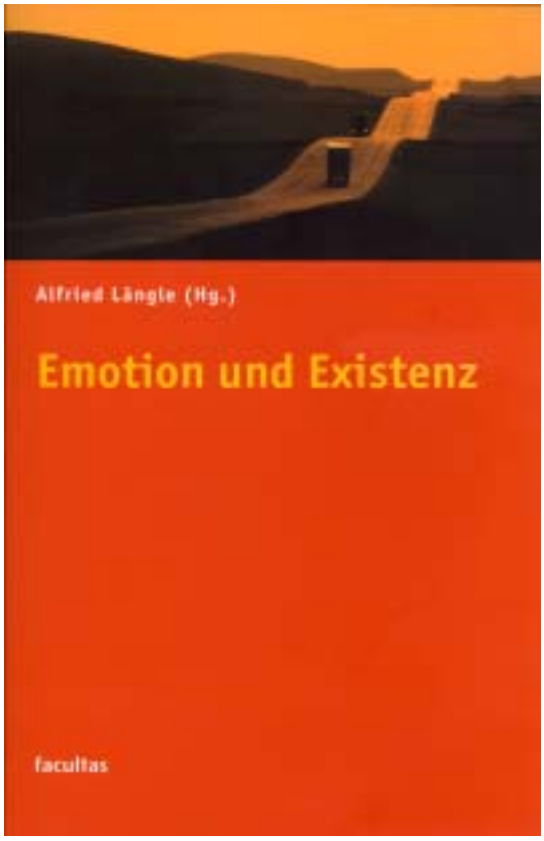
Das erste Kapitel behandelt Psychopathologie, Deskription und Diagnostik psychischer Erkrankungen; die folgenden Kapitel befassen sich ausführlich mit einzelnen speziellen Krankheitsbildern; das Spektrum reicht von organischen Psychosen und Demenzerkrankungen über Abhängigkeitserkrankungen, Schizophrenie und wahnhafte Störungen, affektive und bipolare Störungen sowie Angst- bzw Zwangskrankheiten und Anpassungsstörungen bis hin zu funktionellen körperlichen Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörungen sowie psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Neben den Begriffsbestimmungen werden epidemiologische, ätiologische und pathophysiologische Aspekte anschaulich dargestellt; klinisches Erscheinungsbild, Diagnostik und Therapie der einzelnen Erkrankungen bilden die inhaltlichen Schwerpunkte dieses Buches. Weiters wird auf die Rechtsgrundlagen und die therapeutischen Möglichkeiten näher eingegangen, wobei der psychiatrische Notfall speziell abgehandelt wird.

Der Aufbau des Buches ist gekennzeichnet durch hohen didaktischen Standard, eine sehr übersichtlich strukturierte Gliederung der Themenbereiche sowie knappe prägnante Ausführungen der wichtigsten Inhalte. Wesentliche Textstellen werden als Marginalien farblich hervorgehoben, Graphiken und Tabellen erweitern die Übersicht.

Dieses Lehrbuch wird durchaus den Anforderungen gerecht, gerade dem Studenten die komplexe Materie psychischer Erkrankungen und deren therapeutische Behandlungsmöglichkeiten verstehbar zu machen und ihn systematisch in dieses Fach einzuführen.

Helmut Jarosik



Herausgeber: Alfried Längle

Emotion und Existenz

Wien: Facultas 2003
ISBN 3-85076-523-7

Mit Beiträgen von:

G. Condrau
A. Längle
K. Rühl
H. Tellenbach
L. Tutsch

http://www.facultas.at

Auch als Tagungsbericht der GLE (Kongress 1994 und 1998) erhältlich.

Folgende Bücher können wir zur Rezension anbieten:

Baer R **Themen der Psychiatriegeschichte.** Stuttgart: Enke

Bandelow B **Panik und Agoraphobie. Diagnose, Ursachen, Behandlung.** Wien/New York: Springer

Barthel H (Hrsg) **Zum Wissenschaftsverständnis der Sprechwissenschaft.** München/Basel Reinhardt

Benetka G **Denkstile der Psychologie.** Wien: Facultas

Böker H, Hell D **Therapie der affektiven Störrungen. Psychosoziale und neurobiologische Perspektiven.** Stuttgart/New York: Schattauer

Braun-Scharm H **Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugndlichen.** Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH

Brunner R (Hrsg) **Die Suche nach dem Sinn des Lebens.** München: Reinhardt

Dienelt K **Pädagogiache Anthropologie. Eine Wissenschaftstheorie.** Köln: Böhlau

Dörner K **Tödliches Mitleid.** Neumünster: Paranus Verlag

Ertl M, Keintzel B, Wagner R I**ch bin tausend Ich. Probleme, Zugänge und Konzepte zur Therapie von Psychosen.** Wien: Facultas

Essau C **Depression bei Kindern und Jugendlichen.** München: Ernst Reinhardt

Fazekas T (Hrsg) **Die Wirklichkeit der Psychotherapie. Beiträge zum Wirklichkeitsbegriff.** Klagenfurt: KITAB

Folkerts H, Schonauer K, Tölle R **Dimensionen der Psychiatrie. Wegweisungen zur Orientierung in einem unübersichtlichen Gebiet.** Stuttgart: Thieme

Friedmann A, Hofmann P, Lueger-Schuster B, Steinbauer M, Vyssoki D (Hrsg) **Psychotrauma. Die posttraumatische Belastungsstörung.** Wien/New York: Springer

Gatterer G, Croy A **Geistig fit ins Alter.** Wien/New York: Springer

Greve W (Hrsg) **Psychologie des Selbst.** Weinheim: Beltz Presse

Hinterhuber H **Die Seele. Natur- und Kulturgeschichte von Psyche, Geist und Bewusstsein.** Wien/New York: Springer

Hartje W, Poeck K **Klinische Neuropsychologie.** Stuttgart: Thieme

Heimannsberg B, Schmidt-Lellek Ch J (Hrsg) **Interkulturelle Beratung und Mediation.** Köln: Ed. Humanistische Psychologie

Hutterer R **Das Paradigma der humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität.** Wien/New York: Springer

Keil W, Stumm G **Die vielen Gesichter der personzentrierten Psychotherapie.** Wien/New York: Springer

Lehmkuhl U (Hrsg) **Abschied und Neubeginn, Kontinuität und Wandel in der Individualpsychologie.** München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Loch W **Die Krankheitslehre der Psychoanalyse.** Stuttgart: S. Hirzel

Lohmer M **Borderline-Therapie.** Stuttgart: Schattauer GmbH

Matthäus W F **Denken dialektisch gedacht.** Innsbruck/Wien/München: Studien

Mertz JE **Borderline - weder tot noch lebendig ... Einzelheiten aus der suptilen Hölle des neuen Menschen.** Stuttgart: Enke

Niklewski G, Riecke-Niklewski R **Leben mit einer Borderline-Störung. Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Partner.** Stuttgart:Trias

Ogden T H **Analytische Träumerei und Deutung.** Wien/New York: Springer

Ogden T **Frühe Formen des Erlebens.** Wien/New York: Springer

Payk T **Psychiatrie und Psychotherapie. Checkliste.** Stuttgart: Thieme

Pervin L **Persönlichkeitstheorien.** München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag

Peter K (Hrsg) **Fortschritte in Psychiatrie und Psychotherapie.** Wien/New York: Springer

Pöltner G **Grundkurs Medizin-Ethik.** Wien: Facultas

Reich G, Cierpka M **Psychotherapie der Essstörungen.** Stuttgart: Thieme

Reinalter H (Hrsg) **Perspektiven der Ethik.** Innsbruck/Wien/München: Studien Verlag

Rudolf G **Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage**. Stuttgart: Thieme

Schmidbauer W **Mythos und Psychologie.** München/Basel Reinhardt

Schmidbauer M **Der gitterlose Käfig. Wie unser Gehirn die Realität erschafft.** Wien/New York: Springer

Senf W, Broda M (Hrsg) **Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie.** Stuttgart: Thieme

Strauss B, Buchheim A, Kächele H **Klinische Bindungsforschung.** Stuttgart: Schattauer GmbH

Tunner W **Psychologie und Kunst. Vom Sehen zur sinnlichen Erkenntnis.** Wien/New York: Springer

Wagner R F, Becker **Allgemeine Psychotherapie.** Göttingen: Hogrefe, 2000

Waibel J **Ich stimme.** Köln: Ed. Humanistische Psychologie

Wolfersdorf M **Der suizidale Patient in Klinik und Praxis.** Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH

Zeitschrift **Psychodynamische Psychotherapie.** Stuttgart: Schattauer GmbH

Zielinski Ch (Hrsg) **Medizin im Internet: Schwerpunkt Onkologie.** Wien: European School of Oncology

NEUE ARBEITEN AUS DER EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE

In dieser Rubrik wollen wir den großen Fundus an Bearbeitungen existenzanalytischer Themen bekanntmachen. Es sollen sowohl in anderen Medien veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten zur Existenzanalyse als auch die Abschlussarbeiten zur Beratungs- und Therapieausbildung vorgestellt werden.

ABSCHLUSSARBEITEN

Leben ist Bewegung

Existenzanalyse und Logotherapie ergänzt durch die Feldenkrais Methode – ist dies sinnvoll?

Wolfgang Aigner

Diese Arbeit befasst sich mit verschiedenen Möglichkeiten einer Ergänzung und Unterstützung der Existenzanalyse und Logotherapie durch die Feldenkrais-Methode.
Dazu werden vier Bereiche verwendet. Als erstes wird ein Überblick über Leben und Schaffen von Moshé Feldenkrais geben. Darin sind theoretische und praktische Überlegungen, aber auch eigenen Erfahrungen des Autors mit diesem Thema, enthalten.
Danach wird die Existenzanalyse und Logotherapie beschrieben, wobei auch Texte von Viktor E. Frankl Verwendung finden. Anhand der Grundmotivationen, der Personalen Existenzanalyse und der existenzanalytischen Sinnerfassungsmethode werden die neueren Entwicklungen, die vor allem durch Alfried Längle entstanden sind, in die Überlegungen mit einbezogen. Gemeinsamkeiten und Möglichkeiten einer Ergänzung bzw. einer Verbindung der beiden Methoden, mit den oben genannten existenzanalytischen Techniken, werden im dritten Teil reflektiert.
Abschließend wird noch eine persönliche Stellungnahme zu dieser Arbeit vom Autor hinzugefügt.
Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Feldenkrais-Methode, Bewusstheit, Verantwortung, Wahrnehmung, Lernen, Entwicklung

Von der Seele schreiben

Marlies Blersch

Beratung und Therapie will Klienten dabei unterstützen, eigene Wege aus schwierigen Situationen heraus zu finden. Das ist nicht immer auf direktem Wege möglich. Neben dem mündlichen Dialog ist deshalb ein Weg das Schreiben.
Wofür ist das Schreiben gut? Schreiben hilft Namenloses zu benennen, inneres Chaos zu ordnen, Unbekanntes aufzudecken, Gefühle in Worte zu fassen, es gibt Sicherheit und Gestalt und es ermöglicht Beziehung und Austausch mit anderen. Was wir aufgeschrieben haben, können wir betrachten, wir können uns distanzieren, können Stellung dazu nehmen und es auch umgestalten. Wir gewinnen Einsichten, wenn wir uns den Problemen nicht auf direktem Wege nähern, sondern sie fast wie nebenbei aufspüren. Wir beginnen mit den äußeren Beschreibungen der Dinge und kommen Schritt für Schritt zu dem, was in uns schlummert und verstanden werden will.
Die vorliegende Arbeit beginnt damit, Parallelen zwischen Erzählen, Schreiben und Selbsterfahrung aufzuzeigen. Danach wird etwas über das biografische Schreiben und die Methoden gesagt und mit Beispielen und Schreibübungen veranschaulicht. Es wird das Interesse der Logotherapie am kreativen und biografischen Schreiben erörtert und am Ende werden ausgehend von verschiedenen chiffrierten Klientenbeispielen eigene Erfahrungen mit dem Schreiben in Gruppen und in beraterischen und therapeutischen Gesprächen dargestellt.
Schlüsselwörter: Biografie - Dialog - kreative Methode - Selbstdistanz - Stellungnahme

„EXODUS“

Ein Ausstiegsmodell aus der Sucht

Annekäthi Branger

In meiner Arbeit skizziere ich einen Weg, wie im Rahmen einer substitutionsgestützten Suchtbehandlung, ein Auszug, „Exodus“, aus der Sucht gestaltet werden kann.
Es geht mir darum, aufzuzeigen, wie die substitutionsgestützte Behandlung so „genutzt“ werden kann, dass der Sucht, noch während ihres Bestehens, von „Innen“ her der Boden entzogen wird.
Primäres Ziel des therapeutischen Prozesses ist es, eine Motivationsbasis zu erarbeiten, damit der Süchtige einen personalen Umgang mit seiner Sucht finden kann und sich in Richtung einer sinnerfüllten Existenz auf den Weg macht. Deshalb lege ich von Anfang an einen Schwerpunkt auf die persönliche Auseinandersetzung des Süchtigen mit den Grundbedingungen menschlicher Existenz auf der Grundlage der Logotherapie und Existenzanalyse und stimme den therapeutischen Prozess auf die vier Grundmotivationen ab.
Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Suchtbehandlung, Substitution, Motivation, Person

Trauma und Ressource

Zur Vertiefung des Ressourcenbegriffes aus lebensphänomenologischer Sicht

Susanne Brookmann

Traumatisierung geschieht auf einer breiten Grundlage physiologisch spezifischer Prozesse, deren Kenntnis und Berücksichtigung ein wesentliches Kriterium erfolgreicher Therapie bildet, um der Gefahr einer durch therapeutische Maßnahmen ausgelösten Retraumatisierung zu begegnen. Auf dieser Basis ermöglicht eine aus dialogischer Beziehung zwischen Existenzanalyse und Lebensphänomenologie erwachsene Perspektive die Erhellung des Zusammenhanges zwischen Stabilisierung, als wesentlichstem Kriterium des Genesungsprozesses, und Ressource, als zu erschließender, zunächst blockierter Potentialität der Überlebenden, und führt schließlich zur Betrachtung der Einstellungswerte als möglichem Binde-

glied zwischen Frankl´scher Existenzanalyse und Lebensphänomenologie. Auf Erscheinungsformen verborgener Lebendigkeit als Ressource soll bis in die innere Bilderwelt hinein aufmerksam gemacht werden.
Schlüsselwörter: Traumatisierung, Amnesie, Dissoziation, Trance, Retraumatisierung, Stabilisierung, Ressource, Überleben, „unversehrbare Lebendigkeit“, Einstellungswerte, Integration

Ganz normal, nur anders ...

Ein existenzanalytischer Blick auf das Leben der kleinwüchsigen Judith S.

Barbara Kern

Es wird die Lebensgeschichte einer 74-jährigen, kleinwüchsigen Frau hinsichtlich der Frage untersucht, ob diese Frau mit ihrem Schicksal „von Natur aus“ die Fähigkeit zu einem glücklichen, als sinnvoll erlebten Leben hatte, und in welchem Ausmaß die vier Grundmotivationen nach Längle Grundlage in ihrem Leben waren. Dieses Modell wurde als Klärung für Zufriedenheit und Sinnerfülltheit angenommen.
Zur Objektivierung dieser subjektiven Einschätzung wurde die Existenzskala und der Trierer Persönlichkeitsfragebogen herangezogen.
Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Grundmotivationen, Existenzskala, Trierer, Persönlichkeitsfragebogen

Mobbing – eine existenzielle Erschütterung

Elisabeth Knizak

Diese Arbeit vermittelt im ersten Teil ein allgemeines Basiswissen über das Phänomen Mobbing in Verbindung mit existenzanalytischer Theorie.
Der zweite Teil zeigt anhand des Konzepts der Personalen Grundmotivationen auf, wie ein Mensch durch Mobbing Schaden erleidet. Die daraus resultierenden Folgen sind häufig dramatischer Natur. Die Betroffenen bedürfen daher einer gezielten Mobbingberatung, und in schweren Fällen unter Umständen einer weiterführenden Psychotherapie, um wieder eine Stabilisierung des Selbst zu erreichen, und es dem Klienten zu ermöglichen, in einer für ihn sinnvollen Weise mit der Situation umzugehen und sie auf dem einen oder anderen Weg zu meistern.
Den Abschluss bildet ein praktischer Teil mit Handlungsmöglichkeiten für Betroffene, Präventionsmaßnahmen sowie einem Anhang mit Beispielen für ein Mobbingtagebuch, einen Mobbingfragebogen, dem Muster einer Betriebsvereinbarung und Adressen von Hilfsangeboten.
Schlüsselwörter: Mobbing, Konflikteskalation, Arbeitsplatzprobleme, Grundmotivationen

Religiöse Gruppierungen mit totalitärer Tendenz

Religiöse Abhängigkeit aus der Sicht der Existenzanalyse

Maria Kratochvil

Die Suche nach einem erfüllten Leben bringt Menschen immer wieder in die Nähe von Gruppierungen mit vereinnahmenden Tendenzen. Diese kommen einerseits der Sehnsucht des Menschen nach Sicherheit, Geborgenheit, Identität, Zugehörigkeit und Sinn entgegen. Andererseits verhindern sie durch die Vorgabe starrer Normen und verabsolutierter Inhalte die Entfaltung einer unverwechselbaren Persönlichkeit. Die „Diktatur der Wahrheit“ macht den Dialog unmöglich und damit das Erkennen einer „subjektiven Wahrheit“ als Voraussetzung für ein selbstbestimmtes Leben. Gruppierungen mit totalitären Tendenzen sind ein Nährboden für die Entstehung religiösen Missbrauchs. Die Befassung mit den Erscheinungsformen, Hintergründen und Kriterien dieser Form von Missbrauch kann einen wichtigen Beitrag leisten für das Verständnis des Phänomens und die therapeutische Arbeit mit Betroffenen.
Schlüsselwörter: Religiöser Missbrauch, Gottesbilder, existenzielle Grundmotivationen

Eine FALL-Studie

Frühkindlicher sexueller Missbrauch
Auswirkungen - Langzeitschäden
aus existenzanalytischer Sicht

Roswitha Mayr

Diese Arbeit versucht ausgehend von den Aufzeichnungen einer Betroffenen, die Auswirkungen frühkindlichen sexuellen Missbrauchs durch eine Hauptbezugsperson innerhalb der Familie zu beschreiben.
Diese Traumatisierung führt zu massiven Störungen im Bereich der ersten, zweiten und dritten Grundmotivation.
Das DASEIN-Können ist kaum mehr gegeben, da das Vertrauen in den Seinsgrund erschüttert, wenn nicht überhaupt temporär völlig verloren geht. Die Beziehung zu Vater und Mutter trägt nicht mehr.
Der Wert des Lebens kann nicht mehr gefühlt werden. Die aus dem unverarbeiteten Geschehen resultierende Ablehnung durch den Vater und die Ambivalenz der Mutter verhindern Nähe.
Der aufgrund von Abspaltung und Traumatisierung versperrte Zugang zur eigenen Tiefenperson und die das Kind im Grunde ablehnende, lebensverneinende Haltung der Mutter verhindern eine Selbstwertentwicklung.
Schlüsselwörter: Frühkindlicher sexueller Missbrauch, Störungen im Bereich der ersten drei Grundmotivationen

Beratung einer jungen Frau in einer Entscheidungssituation

Irene Mitterer

Theoretische Überlegungen zu den existenzanalytischen Aspekten der Entscheidung. Anhand eines Fallbeispieles wird illustriert wie die Sinnerfassungsmethode in einer Entscheidungssituation eingesetzt werden kann.
Schlüsselwörter: Entscheidung, Sinn, Sinnfrage, Sinnerfassungsmethode

Gespräche mit Franz B.

Brigitta Mullan

Gehörlosigkeit bedeutet für einen Menschen nicht nur nichts zu hören, sondern hat zur Folge das Nichtsprechenkönnen.

Die Sprache ist das Urbild des Dialogs, das Mittel der Verständigung, die Brücke vom Ich zum Du, der Weg aus der Einsamkeit in die Gemeinschaft.
Steht ein Mensch in dieser Situation und ist dabei nicht fähig, aus sich heraus das „Leben zu ergreifen“, da er nicht in der Welt sein kann, die ihm Bedrohung ist, dann ist sein Leben mit Angst erfüllt und Rückzug eine Möglichkeit des Überlebens.
Franz B. ist ein junger Mann, der sich für Jahre in seine Wohnung zurückgezogen hat, um dem Leben und dem „Schmutz“ der Welt zu entgehen.
Die Arbeit mit den personal-existentiellen Grundmotivationen und der Personalen Existenzanalyse (PEA) regten die personalen Kräfte an und förderten die Dialogfähigkeit. Sie ermöglichten Franz B. ein Leben außerhalb der Wohnung zu führen.
Schlüsselwörter: Gehörlosigkeit, Angst, Grundmotivationen, Methode der Personalen Existenzanalyse

Gefangen in einer kleinen brutalen Welt

Monika Reiter

Gewalt gegen Frauen – jahrhundertelang als Recht der Männer deklariert und definiert, erst seit den 60er Jahren im Zuge der Frauenbewegung und der Entstehung der Frauenhäuser als gesellschaftliches Problem öffentlich gemacht. Beginnende wissenschaftliche Untersuchungen zeigten nach und nach auf, welche Folgen diese Form der Gewalt für die Opfer hat. Was bewirken die psychischen und physischen Verletzungen und den personellen Grundmotivationen und welche Chance bietet aus dieser Sicht, am Beispiel vom Frauenhaus Steyr, die Institution Frauenhaus?
Schlüsselwörter: Frauen, Gewalt, Grundmotivationen

Kinderliteratur im Spiegel der existentiellen Grundmotivationen

Luisa Marretta-Schär

Neun Kinderbücher für die Unterstufe werden in dieser Arbeit in ihrer Thematik den vier Grundmotivationen zugeordnet. Es sind Kinderbücher, die zur realistischen Kinderliteratur gezählt werden. Die Untersuchung soll zeigen, dass mit einem gut ausgewählten Kinderbuch existenzanalytische Arbeit mit Kindern auf einer Ebene möglich ist, die die Kinder nicht überfordert und in welche sie sich mit ihrem persönlichen Erleben einbringen können. Für Personen, die mit der Erziehung von Kindern betraut sind, ist es eine Herausforderung existentielle Themen mit Kindern zu besprechen. Sie müssen sich zuerst selber den Themen stellen, ihre Beziehung dazu klären. Ihnen wird als Hilfe in dieser Arbeit ein Einblick in die vier Grundmotivationen anhand von Kinderliteratur angeboten.
Schlüsselwörter: Kinderliteratur, Grundmotivationen, Erziehung, Schule, Pädagogik

Call for Papers

Die GLE-Int. lädt Sie ein zu einem Beitrag beim Internationalen Kongress 2005 in Wien zum Thema:

„Die verletzte Person“ Trauma und Persönlichkeit

Wenn Sie mit einem Beitrag in Form eines Vortrages oder eines Workshops an den Symposien teilnehmen möchten, nehmen Sie bitte Kontakt mit der Kongressleitung Dr. Lilo Tutsch auf und schicken Sie bis zum 20. Juli 2004 ein Abstrakt.

Dr. Lilo Tutsch
Einwanggasse 23/11, 1140 Wien

lilo.tutsch@existenzanalyse.org
Tel: 0043/1/897 43 39

Die verletzte Person - Trauma und Persönlichkeit

Internationaler Kongress

29.04.-01.05.2005

Wien, Neues Kongress Zentrum

Traumatheorie

Person – Persönlichkeit

Die verletzte Person

Traumafolgen

Die Macht der inneren Bilder

Trauma und Persönlichkeit

Dynamik und Therapie der Persönlichkeitsstörungen

Traumatherapie

Notfallpsychologie

Trauma und Suizidalität

Gastvortragende

Dr. Gertrude Bogyi

Univ. Prof. Dr. Gerald Hüther

Univ. Prof. Dr. Luise Reddemann

Univ. Prof. Dr. Uli Schnyder

Öffentlicher Vortrag
Symposia
Charity-Veranstaltung

Veranstalter:
Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
Eduard Sueß Gasse 10, A-1150 Wien
Tel.: +43/1/985 95 66
Fax: +43/1/982 48 45
gle@existenzanalyse.org
www.existenzanalyse.org