

# INHALT

Impressum .....	2
Editorial .....	3

## WISSENSCHAFT

Der Mensch auf der Suche nach Halt. Existenzanalyse der Angst (A. Längle) .....	4
Hysterie - eine Selbstwertstörung. Überblick über das existenzanalytische Verständnis der Hysterie (P. Freitag) .....	13
Das frühgestörte Verhalten zur eigenen Existenz (F. Lleras) .....	23
Die existentielle Rekonstruktion der Person nach einer reaktiven Depression (K. Luss) .....	30
Existenzanalyse der Behinderung. Schlüsselstellen im Verständnis und Zugang (S. Längle) .....	34
Die Begegnung mit dem behinderten Menschen. Haltung und Erleben des Therapeuten (K. Rühl) .....	40
Die Existenzskala. Inhaltliche Interpretation der Testwerte (A. Längle, Ch. Orgler) .....	44

## FORUM, LESERBRIEFE

Beobachtungen zum Suchtverhalten in der Schule und Gedanken zur Sucht-Prävention (Wasiliki Winklhofer) .....	51
Erfahrungen aus dem klinischen Alltag mit Suchtkranken (J. Rauch/A. Görtz) .....	56
Anregungen aus dem Exerzitienbuch des Ignatius (R. Dinobl) .....	58

## AKTUELLES

Die Tagung zum Nachlesen - Behinderung geht uns alle an .....	59
Mitgliederversammlung der GLE .....	62
Gespräche zur Wahrung berufspolitischer Interessen .....	63

BUCHBESPRECHUNGEN .....	64
RICHTLINIEN FÜR PUBLIKATIONEN .....	69
MITTEILUNGEN .....	70
EINLADUNG ZUR JAHRESTAGUNG DER GLE 1997 .....	74
TERMINE .....	75
Kontaktadressen .....	73

## IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:

GESELLSCHAFT FÜR LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE (Wien), GESELLSCHAFT FÜR EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE in München e.V.

Redaktion: P. Freitag, S.Längle, A. Längle

Alle: Eduard-Sueßgasse 10  
A - 1150 Wien

Tel.: 0222/9859566

FAX Nr. 0222/9824845

Druck: AV-Druck,

Sturzgasse 1a, 1140 Wien.

„Existenzanalyse“, vormals „Bulletin“ der GLE, ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse und erscheint 3x 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 als Ausbildungsinstitution zum Psychotherapeuten gemäß dem Psychotherapiegesetz anerkannt.

Veröffentlichte, namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder.

© by Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.

Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.

Jahresabonnement für Nichtmitglieder:

ÖS 150,- / DM 25,-

H I N W E I S E

Wissenschaftliche Redaktion  
des Themenschwerpunktes:

**Dr. Patricia Freitag**

**Sucht und  
Suchtprävention  
in Schule und  
Krankenhaus**

Artikel von  
Wasiliki Winklhofer und  
J. Rauch/A. Görtz  
Seiten 51 und 56

**Rückschau auf die  
Jahrestagung  
in Rothenburg**

Seite 59

**Tagung 1997 in Steyr**

Seite 74

**Übergangsbestim-  
mungen für Thera-  
peuten und Berater**

**Beilage in diesem Heft:  
Programm der Herbst-  
akademie 1996  
Neue Folder der GLE**

Vorschau aufs nächste Heft:

**Psychosen**

wissenschaftl. Redaktion:  
Dr. Lilo Tutsch, Wien

mit Beiträgen von:

Dr. Patricia Freitag

Mag. Astrid Görtz

Dr. Alfried Längle

Dr. Karin Luss

Prof. Dr. Corneliu Mircea

Dr. Peter Schmid

Dr. Lilo Tutsch

Dr. Walter Winklhofer

**Redaktionsschluß für die  
Nummer 3/96:  
15. September 1996**

*Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen !*

Der Themenschwerpunkt dieses Heftes ist der klinischen Psychotherapie gewidmet. Dementsprechend beschäftigen sich die Beiträge im Wissenschaftsteil mit den Themen Angst, Persönlichkeitsstörung, Psychose, Behinderung und Hysterie.

A. Längles wissenschaftliche Aufbereitung der Angst reicht von einer deskriptiven Darstellung der Entwicklungsgeschichte dieses Ausdrucks eines Bedrohtseins über eine phänomenologische und psychopathogenetische Analyse der Angst aus existentieller Sicht bis hin zu einer anschaulichen Erläuterung des existenzanalytischen Therapieansatzes. Dagegen geht die Auseinandersetzung mit dem Thema Persönlichkeitssörung von einer Falldarstellung aus, um dann die basale Störung, die Störung des Selbst, existenzanalytisch zu beleuchten. Die Artikel über Behinderung wiederum sind Erstabdrucke von Vorträgen, die anlässlich der letzten Jahrestagung in Rothenburg o.d. Tauber gehalten worden sind.

Es freut uns, den LeserInnen, ebenfalls im Wissenschaftsteil, zusätzlich zur Behandlung klinischer Störbilder auch eine vereinfachte Anleitung zur Auswertung der Existenzskala, die ein Instrument zur Selbsteinschätzung personaler und existentieller Kompetenzen darstellt, bieten zu können. Wir hoffen die Existenzskala mit dieser Interpretationsanleitung und einer Auswertung ohne Schablonen, den KollegInnen näher zu bringen.

Im Forum finden sich diesmal unter anderem Anregungen und Perspektiven zu „Sucht und Suchtprävention in der Schule“ aus der Sicht des Pädagogen, sowie Erfahrungen aus dem Klinikalltag mit existenzanalytischer Therapie bei Suchtkranken.

Noch ganz unter dem Eindruck der letzten Tagung im vergangenen Mai stehend - ein Kurzbericht darüber ist in der Rubrik „Aktuelles“ nachzulesen - erlauben wir uns, zur nächsten großen Fortbildungsveranstaltung einzuladen, der in dieser Form zum vierten Male stattfindenden Herbstakademie. Das Programmheft dazu liegt wie gewohnt dieser Ausgabe der „Existenzanalyse“ bei. Nun bleibt mir nur noch allen Kolleginnen und Kollegen einen erholsamen und streßfreien Sommer zu wünschen und viel Freude beim Lesen,

Ihre

Patricia Freitag  
für das Redaktionsteam

# Der Mensch auf der Suche nach Halt

## Existenzanalyse der Angst

Alfried Längle

**Angst als generalisierter Erregungszustand ist Ausdruck eines Bedrohtseins nicht nur des physischen, sondern auch des psychischen und geistigen Daseins. Die Bedrohung bringt die haltgebenden Strukturen, die den Fortbestand des Daseins gewährleisten, in Gefahr. Ohne vertrauenserweckende Verlässlichkeiten, ohne Halt und Schutz wird das Dasein unheimlich. Angst gilt daher im existentiellen Kontext als subjektiver Parameter für die Bedrohung des Daseins als Ganzes oder von Aspekten des Daseins, in denen sich der Mensch beheimatet fühlt. Nach der Darstellung des existentiellen Zugangs zur Angst und einer daraus resultierenden einfachen Einteilung der Ängste wird ein kurzer Überblick über existenzanalytische Behandlungsmethoden gegeben: Die Tiefenarbeit in der Haltsuche, das Arbeiten mit Positionsfindungen, mit der Dereflexion (Frankl) und der Paradoxen Intention (Frankl).**

### 1. Definition und Beschreibung

Angst kann *neurophysiologisch* definiert werden als generalisierter Erregungszustand, der *psychologisch* gekennzeichnet ist durch das Gefühl einer Bedrohung oder Gefahr, der sich der Mensch *existentiell* ausgesetzt erlebt, wodurch die (partielle) Schutzlosigkeit des Daseins spürbar wird.

Durch die physische und/oder psychische Bedrohung hindurch droht dem Menschen als personal-existentialen Wesen die Zerstörung oder der Verlust von **Halt** und von geordneten **Strukturen**, die den **Boden** für das „Sein-Können“ entsprechend der ersten Grundmotivation (Längle 1992) abgeben. Dadurch wird der Mensch in der Angst der potentiellen „Ver-nichtung“ seiner Existenz durch den drohenden Verlust des Halts in der Welt oder durch das Gewahrwerden ihrer Abgründigkeit („Bodenlosigkeit“) ansichtig. *Formalgenetisch* betrachtet besteht Angst aus einem Mißverhältnis zwischen dem *eigenen Vermögen* (Mut, Fähigkeiten, Mittel, Kompetenzeinschätzungen) ei-

nerseits und den *Instabilitäten* (Brüchigkeit, Unverlässlichkeit, Ungewißheit) *der Welt* andererseits. Darin erlebt sich der Mensch wehrlos, schutzlos, machtlos, der Situation nicht gewachsen, was dieses Gefühl der Bodenlosigkeit und des Haltverlusts auslöst. Als spontane, generelle Gegenreaktion (Coping) kommt es zum Halte-reflex (muskuläre Anspannung, Alarmreaktion des Körpers und der Psyche) und zur Suche von Schutz, Sicherheit und Halt angesichts der Abgründigkeit der Existenz.

### 2. Die Entstehungsgeschichte der Angst

Entwicklungsgeschichtlich hat die Angst drei unterschiedliche Herkunftsbereiche. Sie kann als Resultat einer (a) biologisch-psychischen, (b) sozio-kulturellen und (c) existentiellen Verfassung des „Menschseins in der Welt“ beschrieben werden.

- a) Angst ist ein weit verbreitetes Phänomen in der *Natur*. Alle höheren Tiere kennen Angst, am besten jedoch der Mensch. Dagegen ist sie Pflanzen und den niederen Tieren unbekannt. Um Angst entwickeln zu können, braucht es ein komplexes Nervensystem. Durch das Prinzip der Reafferenz, des schnellen nervalen Feedbacks, das auch eine schnell abrufbare Informationsspeicherung kennt, kann der Organismus lebensbedrohliche Informationen erkennen und sich rasch in einen maximal aktivierten Zustand bringen, der die Basis für das Angsterleben darstellt. Sein neuronaler Kern ist das ARAS (aufsteigendes retikuläres Aktivierungssystem - vgl. z.B. Guttmann 1973, 166; 182). Dieser evolutionäre Gesichtspunkt der Angst beleuchtet eines: daß die menschliche Angst mit der tierischen eine gemeinsame Wurzel hat. Daher sind die animalischen Mechanismen der menschlichen Angst auch beim Tier experimentell erforschbar.
- b) Die Angst hat auch einen *sozialen* Ursprung, sowohl beim Tier wie beim Menschen. Kämpfe um Hierarchien und Führungsrollen, um Reviere, Nahrung und Fortpflanzung sind mit der Entwicklung von system- und selbsterhaltenden Ängsten bei Tieren und in abgewandelter Form auch beim Menschen verbunden. Die Übertragung der Angst vom Individuum auf die Gruppe bzw. von der Gruppe auf den einzelnen konnten schon die alten Griechen bei ihren Ziegenherden beobachten, wenn sich

plötzlich die ruhende Herde aufmachte und blindlings davonjagte, nicht selten in den Abgrund. Die Griechen glaubten dann, daß der Gott Pan in die Herde gefahren sei, weshalb man heute noch solch blinde, fluchtartige Bewegungstürme als „Panik“ bezeichnet. Beim Menschen steht die individuelle Angst in einer besonderen und komplexen Wechselwirkung mit öffentlichen Ängsten und mit gesellschaftlichen Bedingungen. Wir leben in einem Zeitalter der Angst, meinte A. Camus in der Mitte dieses Jahrhunderts. Die Angst vor Kriegen, vor der Atombombe, vor wirtschaftlichen Instabilitäten und Arbeitslosigkeit, vor Kontrollverlust in Politik, Wirtschaft und Wissenschaft war in den 50er Jahren besonders groß. Die Angst des kalten Krieges wurde von der Angst vor Umweltzerstörung und Terror abgelöst. Aber hat nicht jedes Jahrhundert seine Ängste, die wir ob der unseren wieder vergessen? 30 Jahre Krieg, 100 Jahre Krieg, Pest, Hungersnöte, Religionsverfolgungen, Wege-lagerer, Staatswillkür verursachten zu allen Zeiten große Ängste.

Der amerikanische Soziologe David Riesmann (1987) sieht in der Angst heute eine Ersatzfunktion für die Orientierung des modernen, „außengeleiteten“ Menschen: „Wenn der Mensch keine eindeutigen Ziele mehr hat und auch keinen Kompaß, der ihm zeigte, wie er sie erreichen könnte, dann hilft ihm seine Angst, alle Sinne für die früh- und rechtzeitige Erkennung der sozialen Anforderungen zu schärfen. Er ist auf eine ständige Bereitschaft zu einer diffusen Angst angewiesen und paßt sich an“. Der moderne Mensch läßt sich demnach in der Einstellung auf andere Menschen primär von der Angst leiten, und er verhält sich so, daß diese reduziert wird.

Auch Niklas Luhmann schreibt der Angst in unserer Zeit eine ähnliche Funktion zu. Angst wird zum Äquivalent für Sinn. Angstthemen können in der Öffentlichkeit wie auch im privaten Gespräch mit hoher Aufmerksamkeit rechnen. „Wer hier Desinteresse bekundet, macht sich der Verantwortungslosigkeit und Herzlosigkeit verdächtig“, schreibt Dirk Baecker (1987) und bringt das Problem der Substitution des Sinns durch die Angst auf den Punkt: „Die angstbesetzte Rede ermöglicht es, das Risiko der mangelnden Kompetenz zu umgehen.“

Auch Luhmann konstatiert, daß die Angstkommunikation in der heutigen Gesellschaft immer als authentische Rede angesehen sei, schreibt Baecker weiter. Niemandem, der behauptet, er hätte Angst, kann dies bestritten werden. Sie gilt als ein modernes Apriori. Somit erhält der soziokulturelle Angsteinfluß heute einen Bedeutungs- und Funktionswandel. Als Symptom unserer Zeit wird die Angst nicht nur passiv erlitten, sondern dient auch als Substitut für fehlende Erlebnisinhalte und Kompetenz.

c) Eine dritte Wurzel der Angst findet sich in der *geistigen Auseinandersetzung* des Menschen mit den spezifischen Bedingungen, Möglichkeiten und Gefahren seines Da-

seins. Eindrücklich hat Heidegger (1979, 184 ff.) die Angst als eine Grundbefindlichkeit des Menschen herausgearbeitet, die wesentlich zur Daseinsverfassung des Menschen gehört. Das Sich-Ängstigen sieht er als eine Grundart des In-der-Welt-Seins an. Die Angst zeigt die Welt in ihrer „Unheimlichkeit“, weil die alltägliche Vertrautheit wie eine Täuschung in sich zusammenbricht. Die Angst stellt den Menschen vor die Möglichkeit des hereinbrechenden „Nichts“, das immer schon da ist und zur Welt gehört und als solches das Dasein ständig von überall her bedroht. In der Unheimlichkeit der Angst inmitten des Daseins erfährt sich der Mensch vereinzelt und auf sich selbst zurückgeworfen. Es wird in ihr die „Überlassenheit des Daseins an es selbst“ (192) manifest. Im Grunde ist der Mensch sich selbst überantwortet in seiner Geworfenheit in die Welt. Aber er steht in Gefahr, vor dieser Grundtatsache des Lebens alltäglich in ein Verfallensein an diese Welt zu flüchten, in eine beruhigte Vertrautheit bei innerweltlich Seiendem zu fliehen. Wenn aber die Angst nicht geleugnet und übergangen werden muß, sondern wahrgenommen werden kann, verhilft sie ihm, das ganz Eigene und Eigentliche als Möglichkeit seines Seins offenbar zu machen (191) und sich nicht in Scheinvertrautheiten zu flüchten. Heidegger nennt letzteres ein Verfallensein in die uneigentliche, verfremdete Existenz. In diesem Offenbarmachen des Eigentlichen liegt der Wert der Angst, dieser Grundbefindlichkeit der menschlichen Existenz, die sich aus der Geworfenheit des Daseins in die Welt und aus dem ständigen Bedrohtsein durch das „Nichts und Nirgends“ ergibt.

Im Gefolge von Kierkegaard (1960), der in der Angst die Möglichkeit sieht, im Dasein sich selbst zu verfehlen, ist für Viktor v. Gebattel (1968, 144 ff.) die Angst eine „Werdens-Angst“. „Der Mensch, der sein Werden in Freiheit, Selbstverantwortung und -bestimmung entscheidet, ist von der Möglichkeit bedroht, werdend zu-nichte zu werden.“ Für Gebattel liegt der Schwerpunkt der menschlichen Angst also in der Behinderung seiner Entfaltung und seines Sich-selbst-werden-Könnens. Im Vergleich zu Heidegger fällt auf, daß er weniger vom Sein als vom Werden spricht.

Bei Viktor Frankl dürfte die Angst letztlich in der Endlichkeit der Existenz begründet sein. Diese Begrenztheit der menschlichen Existenz in der Zeit ist der wesentliche Grund der Sinnstrebigkeit des Menschen. Durch diese Begrenzung ist er darauf angewiesen, jeden Tag seines Daseins sinnvoll zu gestalten, da dieser unwiederbringlich vom Kapital der Lebenszeit abgebucht wird. Hätte der Mensch unendlich Zeit, könnte er sich auch unendlich Zeit lassen und müßte nicht nach dem Sinn des Augenblicks suchen. Hinter dieser Sinnstrebigkeit steht nach Frankl die Angst vor der Vergeblichkeit und Nichtigkeit eines sinnentleerten Lebens (Frankl 1982, 83).

Etwas weniger philosophisch sprechen wir heute in der Existenzanalyse davon, daß der sich ängstigende Mensch

der Mensch auf der Suche nach Halt ist. Er erfährt, daß sein Sein-Können von der „Ver-Nichtung“ bedroht ist. Er findet seine Existenz im Spannungsfeld zwischen potentielltem Sein und potentielltem Nichtsein angesiedelt und entdeckt damit eine wesenhafte Grundstruktur, die der Existenz zu eigen ist, nämlich aus der „Höhe des Seins“ in die „Tiefe des Nicht-Seins“ bzw. „Nicht-sein-Könnens“ zu fallen.

<p><b>1.) Biologisch-psychische Angstdimension</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- natürliche, animalische Angstreaktionen</li> <li>- ARAS: aufsteigendes retikuläres Aktivierungssystem (arousal-reaction)</li> <li>→ Angstforschung am Tier möglich</li> </ul> <p><b>2.) Sozio-kulturelle Angstdimension</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ vergleichende Verhaltensforschung für soziale Angstentstehung</li> <li>- Bedrohungen und Gefahren durch die Gesellschaft (Kriege, Umwelt, ...)</li> <li>- kulturspezifischer Umgang mit Ängsten</li> </ul> <p><b>3.) Existentielle Angstdimension</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geworfenheit (Heidegger)</li> <li>- Bedrohtheit</li> <li>→ „Unheimlichkeit“ und auf sich selbst zurückgeworfen sein</li> <li>- sich selbst verfehlen können (Kierkegaard)</li> <li>- Werdenshemmung (v. Gebattel)</li> <li>- Sinnlosigkeit (Frankl)</li> <li>- Haltverlust</li> </ul>
---

Tab. 1: Die kategoriale Deskription der Angstentstehung

In den genannten Entstehungsdimensionen der Angst geht es um den Schutz sinnvoller Inhalte. In der biologischen Angst steckt die triebhafte Erhaltung des natürlichen Lebens. Die sozio-kulturelle Angst stellt sich als ein Betroffensein durch die Verbundenheit und gegenseitige Abhängigkeit in einer Gemeinschaft dar. Die existentiellen Ängste sind Ausdruck der Wachheit und Ernsthaftigkeit des Daseinswillens und einer persönlichen Lebenshaltung. Wenn der Mensch einmal nicht mehr leben will, erlöschen die existentiellen Ängste und der lebens-gestaltende Wille. Die Angst in ihrer ursprünglichen Bedeutung zu kennen erlaubt, ihren Signalcharakter zu verstehen und sie dadurch in ihrem Wert zu sehen, den sie für das Leben hat.

Wenn die Angst pathologisch wird, stellt sie einen Grund zum Leiden dar. Der Mensch kann durch sie so in Anspruch genommen werden, daß er nicht mehr frei ist für situationsgemäße Lebensvollzüge. Als *pathologisch* ist eine Angst dann anzusehen, wenn sie die freien Lebensvollzüge des Menschen behindert. Die Angst veranlaßt den Menschen, nach Halt zu suchen. Wenn der Halt aber eine Garantie sein soll, führt die Suche zur (pathologischen) Über-

höhung des Wertes von Halt. Die pathologische Angst ist ein Leiden an der Unmöglichkeit, absolute Sicherheiten im Leben zu haben.

### 3. Die zwei phänomenologischen Grundformen der Angst

Fragt man danach, was das Wesen der Angst ist, so bietet sich die *Phänomenologie* als Methode der Wahl an (Chessick 1995, Marx 1987). Da die Angst ein Phänomen des subjektiven Erlebens ist, haben wir in einer phänomenologischen Suche nach dem Wesen der menschlichen Angst das Augenmerk auf das subjektive Erleben der Angst zu legen. Es ergeben sich zwei Fragen: 1) Was ist der Inhalt des Angsterlebens? („Worum geht es in der Angst?“) 2) In welcher Art und Weise wird die Angst erlebt? („Wie erlebt der Mensch die Angst? Gibt es unterschiedliche Formen des Angsterlebens?“) Diese Vorgangsweise eröffnet eine Perspektive, in der die einzelnen Phänomene wie in einem Fluchtpunkt zusammenlaufen und sich in der Tiefe - also „hinter“ ihren Erscheinungsweisen - verbinden.

Angst bezieht sich immer auf etwas Zukünftiges, Bevorstehendes, noch nicht zu Ende Gekommenes. In jeder Angst wird empfunden, daß es noch offene Möglichkeiten gibt, die als Unsicherheit erlebt werden und als solche eine Bedrohung darstellen.

Der Mensch trifft die Angst auf zwei Ebenen an: In der unmittelbaren Erschütterung haltgebender Strukturen und in der selbst erzeugten Haltung zu ihr.

#### a) GRUNDANGST

(die Angst vor dem Nicht-Sein-Können = „es hält mich nicht aus“)

Die Erschütterung besteht in der *Verunsicherung der Existenz*. Das, was bisher Halt geboten hat und uns den Raum auftut, um dasein zu können (z.B. Gesundheit, Arbeitsplatz, Partnerschaft, Selbstbild, Verkehrssicherheit, etc.), ist in seiner Festigkeit und Verlässlichkeit erschüttert. Es ist die Erfahrung des „Nichts ist sicher“. Diese unmittelbare Begegnung mit der Erschütterbarkeit des fest Gefügten erzeugt das Gefühl der **Grundangst**. Die Möglichkeit des Nicht-sein-Könnens wird inmitten der Wirklichkeit sichtbar. Das „Nichts“ bricht ins Dasein herein. Es ist, als ob dem Menschen der Boden unter den Füßen weggezogen würde, wodurch er den Halt verliert und ins bodenlose Nichts zu fallen droht.

Existenzanalytisch gesehen gehört die Grundangst zum Menschsein dazu. Unter besonderen Belastungen kann diese Grundangst aufgerührt werden und lebensbehindernd, lähmend, erschreckend oder panikartig Denken, Handeln und Fühlen breitflächig beeinträchtigen. Oder sie kann in Form eines „Lecks in der Welt“ sich auf ein konkretes

„Wovor“ verdichten, durch dessen Lücke die Grundangst als Furcht (Phobie) ins Dasein bricht (s.u.): z.B. Herzphobie, Kollapsphobie.

## b) ERWARTUNGSANGST

**(Furcht, Phobie: Angst vor der Angst: „ich halte es nicht aus“)**

Die andere Form der Angst, der der Mensch begegnet, liegt eine Ebene darüber, in der ängstlichen *Einstellung bzw. Haltung* zur Angst. Das Wesen dieser Angst liegt in der lauernden Erwartung, weshalb man sie als **Erwartungsangst** bezeichnen kann (z.B. Frankl 1983, 99). Als sekundäre Reaktion auf die Angst ist sie eine Haltung, der es an Mut gebricht, und die sich daher der Angst nicht gewachsen fühlt. Die Erwartungsangst ist eine Angst, die aus dem mangelhaften Halt in sich selbst angesichts eines Angstauslösers entspringt. Infolge des dadurch „erkrankten Lebensmutes“ kann mit der Angst nicht mehr adäquat umgegangen werden. Bei der Erwartungsangst liegt die Ursache also nicht in der Erschütterbarkeit des Halts, den die Welt bietet, sondern im *Verlust des Halts in sich selbst*. Die „lebensmutige“ Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Welt ist erschüttert. An ihre Stelle tritt eine Schutz-Haltung, die den Weltbezug und Selbstbezug thematisch (phobisch) einschränkt. Ist dies eingetreten, hat sich die Angst als Erwartungsangst fixiert.

### a) Grundangst:

Aus der Erschütterung des fest Gefügten → Halt und Boden drohen verloren zu gehen → Möglichkeit des Nicht-Seins  
z.B. generalisiertes Angstsyndrom

### b) Erwartungsangst:

Angst, die aus einem mangelhaften inneren Halt angesichts eines Angstauslösers entsteht.  
Angstauslöser (z.B. weiter Platz) → Schreck → Gefühl, damit nicht umgehen zu können (Lähmung; ausgeliefert sein) → Verlust der inneren Haltung zur Angst (letztlich zum Sein) → sich nicht gewachsen fühlen (Mutlosigkeit)  
→ Entwicklung einer angstreduzierenden, aber lebenseinschränkenden Schutz-Haltung: Erwartungsangst, z.B. Phobien  
→ Copings zur Mutterhaltung und Copings zur Absicherung (Klammerung in Beziehungen; enge/starre Verhaltensweisen; Magie und Beschwörungen)

Tab. 2: Die phänomenologischen Grundformen der Angst.

In beiden Fällen kann die Angst ganz grundsätzlich *definiert* werden als generalisierter Erregungszustand, der ge-

kennzeichnet ist durch das Erleben einer Bedrohung oder Gefahr. Der Mensch wird der potentiellen „Ver-Nichtung“ seiner Existenz durch den drohenden Verlust des Halts in der Welt und/oder durch das Gewährwerden ihrer Abgründigkeit (Bodenlosigkeit) ansichtig. Dies verursacht spontan einen Haltere reflex in Form seelischer Spannung und körperlicher Anspannung, der dann in die psychischen Copingreaktionen von Flucht oder Kampf übergeht.

## 4. Psycho-Pathogenese der Angst aus existenzanalytischer Sicht

Entsprechend den beiden phänomenologischen Grundformen der Angst sind es *zwei Erlebnismuster*, die zur Angstentstehung führen. Die Grundangst entsteht, wie gesagt, durch die **Erschütterung der haltgebenden Strukturen**. Die Erfahrung der Brüchigkeit, Vergänglichkeit und Begrenztheit der Welt inklusive des eigenen Körpers und der Psyche (die existenzphilosophisch zur Welt gerechnet werden) macht die *potentielle Nichtigkeit* der Existenz deutlich. Dies steht gegen die Anlage des Menschen, der auf Dasein und Leben ausgerichtet ist. Der Angstauslöser muß nicht unbedingt eine eigene Erfahrung sein. Es genügt auch nur die Beobachtung der potentiellen Brüchigkeit der Existenz, z.B. zu sehen, wie jemand anderer kollabiert oder wenn in das offene Grab eines Bekannten geschaut wird. Die **Grundangst** ist eine Begegnung mit dem „Nichts“, das durch die hohlen Augen von Vergänglichkeit und Tod ins Dasein hereinstarren kann. Es ist die Begegnung mit der reinen Haltlosigkeit, in der sich das Dasein des Menschen nicht mehr auffangen kann. Das *Vertrauen* des In-der-Welt-sein-Könnens geht verloren. Dieses Konfrontiertsein mit dem potentiellen Nichts, in das die Existenz abzustürzen droht, kann sich bis zur Unerträglichkeit steigern (Suizidalität als Fluchtversuch, wenn kein Halt gefunden werden kann).

Die Erwartungsangst entsteht, wie wir gesehen haben, durch die Ausbildung einer **angst-abwehrenden Haltung**. Wie kommt es zu dieser Entwicklung? - Nach einem Grundangsterlebnis bzw. einem flüchtigen Tangiertwerden durch die Grundangst stellt sich dem Menschen die Frage, *wie* er mit diesem störenden Gefühl *weiterleben* kann, und wie sein *Störeinfluß verringert* werden kann. Denn das Angstgefühl hat eine unmittelbare, schädigende Auswirkung auf den *Mut zum Leben*. Die Bereitschaft zur mutigen Auseinandersetzung mit der Welt ist ob der Abgründigkeit und Gefährlichkeit der Welt erschüttert, eingeschüchtert, verschreckt. Der Verlust an Mut wird durch das Einnehmen einer **inneren Schutz-Haltung** zur Angst aufgefangen und eingebremst. Diese Haltung verfolgt zwei Ziele: Verhindern eines erneuten Angsterlebens, Beschaffen von Sicherheiten. Damit wird die frei flottierende Angst lokal gebannt, umgehbar oder angreifbar.

Die Verhinderung weiterer Angstgefühle schützt den

Menschen vor unangenehmen Erlebnissen. Aber mehr als dies führt sie auch dazu, daß dadurch dem Mut zum Leben nicht weiterer Schaden zugefügt wird. Zu diesem Zweck werden die typischen *Angstcopings* eingesetzt: Vermeiden und Flucht, Bekämpfen, Totstellreflex.

Das andere Ziel der Schutz-Haltung liegt im Beschaffen von Sicherheiten. Was immer Halt verspricht - die Nähe eines Angehörigen, starre Rituale oder magische Beschwörungen - es wird davon eine Garantie für die Sicherheit erwartet, weil die Bedrohung latent weiter anhält. Dadurch kommt es zu einer pathologischen Überhöhung dieses Halts. Es geschieht eine Absolutsetzung einer Relativität, nämlich eines relativen Schutzes. Diese Überhöhung des Haltes ist eine existentiell inadäquate Haltung, welche die Brüchigkeit der Existenz erst recht erfahrbar macht und wegen ihrer ständigen Präsenz zum Ausbau einer mächtigen Erwartungsschleife führen kann. Denn es ist diese Haltung selbst, durch die die Angst zwar in Grenzen gehalten, aber letztlich eben doch erhalten bleibt.

Diese beiden grundlegenden Erlebnismuster der Angstentstehung - Grundangst und Erwartungsangst - be-

ruhen existenzanalytisch gesehen auf der Erschütterung oder Bedrohung der **vier Grundbedingungen für ein erfülltes Dasein**. Wir versuchen im folgenden eine Zuordnung der Angstentstehung zu den vier Grundbedingungen erfüllter Existenz.

- a) In der Erfahrung von Schutz und Verlässlichkeit wird dem Menschen der tiefe Halt spürbar, den das Sein im Grunde zu bieten hat (Seinsgrund). Wir bezeichnen diese Erfahrung als „Grundvertrauen“ oder als „Urvertrauen ins Dasein“ (Frankl). Wird dieses tiefe, letzte Vertrauen in den Halt des Seins, worin alles zusammengehalten ist, erschüttert, kommt es zur Entwicklung einer intensiven **Grundangst** und zu einem Mißtrauen in die Festigkeit aller erleb- und erfahrbaren Strukturen. Eine Auflösung des Grundvertrauens wird in der Regel psychotisch erlebt. Bei schwächeren Ausprägungsformen entstehen alle Abstufungsgrade von Verunsicherung, die dann oft Grundlage für neurotische Entwicklungen darstellen (z.B. der Schreck, daß „jederzeit alles Mögliche passieren kann“).

Die Ursachen der Angstentwicklung entsprechen den Störungen der vier Grundbedingungen erfüllter Existenz.

Brüchigkeit der haltgebenden Strukturen der Welt → **GRUNDANGST**

1. Grundbedingung erfüllter Existenz:

Verlässlichkeit und Halt der Welt vermitteln ein → „Sein-Können“

*Störung macht:* Verunsicherung, Ausgeliefertsein,  
→ Grundangst z.B. frei flottierende Angst, psychotische Angst

Wehende Haltung des Subjekts → **ERWARTUNGSANGST**

2. Grundbedingung erfüllter Existenz:

Werte und Beziehungen (Nähe) vermitteln ein → „Leben-Mögen“

*Störung macht:* Bedrohung von Lebens-Wichtigem  
→ Katastrophengefühl → Phobie bzw. Zwang

3. Grundbedingung erfüllter Existenz:

Abgrenzung des Eigenen vom anderen → „Selbst-sein-Dürfen“

*Störung macht:* Identitäts-Diffusion durch fehlende Stellungnahme  
bzw. Enge durch zu starke Abgrenzung →  
Selbstverlust bzw. Bedrohung des Selbst  
→ Klaustrophobie und Soziophobie

4. Grundbedingung erfüllter Existenz:

Hingabe an Werte ergibt den → „existentiellen Sinn“

*Störung macht:* Weltverschlossenheit (reduzierter Austausch mit Welt) als Schutz vor der Welt  
→ Bedrohtsein durch Leere und Nichtigkeit der Existenz („existentielles Vakuum“, Frankl)  
→ Leben ist durch Sinnlosigkeit bedroht  
→ v.a. Suchtentwicklungen

Tab. 3: Die seelischen Ursachen der Angst aus existenzanalytischer Sicht

Bei der Entstehung der **Erwartungsangst** finden sich die anderen genannten Grundbedingungen zur Existenz, die auf der ersten Grundbedingung (Seinsgrund) aufbauen und daher stets das haltgebende Element beinhalten. Während die Grundangst eine „Seins-Hinderung“ bedeutet, geht es in der Erwartungsangst im Wesentlichen um eine Art „Werdens-Hemmung“, um den Begriff von v. Gebattel aufzunehmen: die Entwicklung der Beziehungen, das Selbst und schließlich die Entfaltung der Wirkung der Person sind in Gefahr. Die Erwartungsangst entsteht entweder durch traumatische Erfahrungen in diesen drei existentiellen Grundbedingungen oder durch ihren Einsatz als Copings gegen die Grundangst. Da sie nicht an der Wurzel der Angst ansetzen, können sie die Angst nur dämpfen, aber nicht beseitigen. Dennoch haben sie eine starke Wirkung im Erleben.

Im folgenden wird der Zusammenhang der Angst mit den drei weiteren Grundbedingungen der Existenz ausgeführt.

b) Die Beziehung zu Werten und das Erleben von Nähe sind belebend. Darin ist aber auch ein Gehaltensein spürbar. Wenn Werte, an denen man hängt, verlorengehen (z.B. Partner-Beziehung), kann der Mensch in ein Nichts fallen (Verlust des Gehaltenseins) und durch den Schmerz im Lebenswillen bedroht sein. Die Pathologie manifestiert sich meist an kleineren Ereignissen. z.B. können Bakterien als Bedrohung für den Wert „Gesundheit“ angesehen werden (Bakteriophobie) und durch einen Waschzwang bekämpft werden. - Wenn in einem anderen Fall Werte die Funktion haben, Unsicherheiten zu überdecken, werden sie zu wichtig genommen (Überbewertung) und ihr Verlust daher phobisch gefürchtet (Katastrophengefühl). Denken wir z.B. an die Erythrophobie, wo der Wert „Selbstsicherheit und Gelassenheit“ überbewertet wird und in die Haltung mündet: „Das Wichtigste im Leben ist, nur ja nie zu erröten!“.

c) Die Abgrenzung des Eigenen vom anderen führt zur Selbstfindung. Dadurch wird das Eingehen von selbstidentifikatorischen Verbindlichkeiten ebenso möglich, wie das innere Sich-zu-sich-selber-Stellen und Für-sich-Eintreten (innere Haltfindung). Fehlende oder zu schwache verbindliche Stellungnahmen (die immer mit Abgrenzungen verbunden sind) führen zu einem Zuviel an Freiheit (Angst als „Schwindel der Freiheit“, wie Kierkegaard sagt). Der Mensch ist von Halt und Beziehungslosigkeit bedroht und steht in Gefahr, als Spielball der Umstände innerlich verloren zu gehen; nämlich sich selbst als ein „Nichts“, das das Seine nicht kennt, zu erleben und der Abhängigkeit durch fehlende identifikatorische Bindungen gewahr zu werden.

Eine zu restriktive Abgrenzung auf der anderen Seite führt zur Bedrohung durch die innere Enge und verhindert das Selbst-Sein („Wenn die wüßten, wie ich eigentlich bin“). In beiden Fällen, die wir vom histrionischen Bild kennen, werden Freiheit und Selbstbestätigung ge-

sucht und Enge sowie alles Festlegende phobisch vermieden. Denn in der Begrenzung droht das innere Nichts aufzubrechen. Typisch für solche Ängste sind die Klaustrophobie und die Soziophobie.

d) Eine letzte Erfüllung erhält das Dasein durch die Hingabe an Sinn- und Wertvolles. Die existentiell reife Person erlebt sich frei für den Austausch mit der Welt. Darin wird das eigene Leben unvertretbar, und die Person realisiert sich in der Welt. Wenn sich aber eine Person durch Störungen auf den vorangegangenen Ebenen oder durch eine welt-verschlossene Haltung nicht auf die Welt einlassen kann, so ist ihr Leben durchsetzt von einer Angst vor Leere und Nichtigkeit der Existenz („existentielles Vakuum“ nach Frankl 1982, 18 f.). Die Angst, daß einmal „alles für nichts“ gewesen sein könnte, oder daß das eigene Leben sinnlos ist, wird durch Aktivismus (Geschäftigkeit, Unentbehrlichkeit) und durch Betäubung (Ablenkung in Unterhaltung, Alkohol, Drogen) zu bekämpfen versucht. Da sie dadurch nicht tatsächlich angegangen wird, vielmehr latent bestehen bleibt und sich unbemerkt ausbreiten kann, bildet sie den Boden für Suchtentwicklungen.

## 5. Existenzanalytische Therapie der Angst

Die diagnostische Unterscheidung von Grundangst und Erwartungsangst hat über das Verständnis der Angstphänomene hinaus Bedeutung für die Therapie. Die beiden Angstformen verlangen unterschiedliche Vorgangsweisen.

Die Grundangst stellt eine Erschütterung der Verlässlichkeit („Unumstößlichkeit“, M. Scheler) von haltgebenden Strukturen dar. Das Seiende, also das, was gegeben ist und dem Subjekt Widerstand und Halt bietet, droht zu schwinden (Gefühl der Bodenlosigkeit). Dem Gefühl der *schwindenden Präsenz des Seienden* ist therapeutisch auf eben dieser Ebene zu begegnen. **Grundangst** braucht in erster Linie **Anwesenheit und Halt**, damit das Seinserleben neu erfahrbar und spürbar wird. Man kann dieses Vorgehen auch als „*ontologische Arbeit am Seinsgrund*“ bezeichnen.

Die Erwartungsangst stellt hingegen eine Haltung zum Angstgefühl dar, welche dieses Gefühl abzuwehren versucht. Die Erwartungsangst ist keine direkte Erfahrung der Seinsbrüchigkeit, sondern entsteht aus dem Vorwegnehmen einer *potentiellen* Brüchigkeit und der damit verbundenen realen, unangenehmen *Angstgefühle*. Das daraus resultierende Klammern an Sicherheiten hält die Angst jedoch weiter wach. Alles Vermeiden und Bekämpfen dessen, wovor man sich fürchtet, vermag die Furcht nicht zu beseitigen. Daher braucht die Angst eine Änderung der abwehrenden Haltung gegenüber derselben, weil diese Haltung den Ängstlichen letztlich auf Distanz zum realen Dasein hält. **Erwartungsangst** verlangt daher **Angstkonfrontation** - Konfrontation mit angstmachenden Realitäten und Erschütterung der klammernden Haltung, die



den Zugang zum Sein blockiert und Gelassenheit verhindert. Angstkonfrontation setzt somit nicht am unmittelbaren Seinserleben an, sondern an der (*zugrundeliegenden*) *Haltung bzw. (temporären) Einstellung zum Dasein* und der Bereitschaft, sich mit der Welt auseinanderzusetzen.

Wie geschieht diese Arbeit im Konkreten? Die allgemeine Behandlung der **Grundangst** für die ontologische Erfahrung des Seinsgrundes erfolgt über alle Elemente, die Anwesenheit und Halt vermitteln. Da ist es wichtig, daß jemand da ist (in der Therapie ist es der Therapeut), der den Patienten mit seiner Angst sowie seine Angst-schilderung aushält. Jemand, der zuhört, nachfragt, mitgeht, mitempfindet und nicht gleich mit Techniken und Therapien die Angst abwehrt. So kann der Patient den realen Halt erleben, aus dem heraus der Therapeut der Angst entgegentritt. Der Therapeut bietet außerdem Regelmäßigkeiten und Strukturen an und arbeitet mit dem Patienten daran, eigene Strukturen und Regelmäßigkeiten in seinem Leben aufzubauen. Das Vertrauen, das sich aus dieser Arbeit herausentwickelt, gibt dem Patienten weiteren spürbaren Halt. Der subjektive Seinskontakt wird gefördert durch ein genaues Hinsehen auf die Welt und ihre Bedingungen; auf das, was gegeben ist und was passieren könnte; durch die Deskription der Probleme und die Beobachtung der Situationen, wo Angst auftritt. Die Konkretheit entängstigt. Konkrete kör-

perliche Erfahrung z.B. im Sport können weiteren Halt vermitteln. Die auftretenden körperlichen Symptome der Angst werden dem Patienten erklärt und als normale Körperreaktionen verständlich. Auf sie wird nicht länger geachtet, weil sie nichts zur Haltfindung beitragen, sondern im Gegenteil nur verunsichern. Ihre Erklärung genügt, weil sie nun nicht mehr als beunruhigende, eigenständige Größe dastehen, sondern als Begleitphänomen der Angst transparent werden. Eventuell bedarf es einer begleitenden Medikation. Dagegen wird durch die „existentielle Wende“ (vgl. Frankl 1982, 72) eine Hinwendung zur Welt und zu ihren Aufgaben gefördert, eine Hinwendung zu jenen Lebensbereichen und Aufgaben, wo der Patient benötigt wird. Dadurch sind eigene Ansprüche und Anforderungen zu revidieren und in ein Gesamtgefüge von Person und Welt einzugliedern. Schließlich ist das Hereinnehmen des äußersten Bezugsrahmens, in dem sich der Patient versteht (Glaube, was nach dem Tod sein wird; die Frage nach dem letzten Prinzip bzw. nach Gott), Thema.

Die allgemeine Behandlung der **Erwartungsangst** zielt darauf ab, die angstabwehrende Haltung zu konfrontieren und in eine Gelassenheit überzuführen. Das grundlegende Prinzip ist das Aus-halten- Lernen der Angst. Durch das Hinsehen auf die Angstauslöser, auf die Angstgefühle und

<b>GRUNDANGST</b> →	Anwesenheit („ontologische“ Arbeit am Seinsgrund)
<b>ERWARTUNGSANGST</b> →	Angstkonfrontation (Arbeit an der Einstellung)
Ontologische Arbeit:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- jemand, der da ist und die Angst aushält (therapeutische Beziehung)</li> <li>- Vertrauen, Regelmäßigkeiten, Strukturen schaffen</li> <li>- Seins-Kontakt: Wahrnehmen, genaue Deskription der Probleme und Situationen, wo Angst auftritt, Körperbeziehung (Sport; Medikamente)</li> <li>- „Ontologischer Dialog“; Meditation</li> <li>- Existentielle Wende: sich hingeben, wo man benötigt wird. Bearbeiten von Ansprüchen, Anforderungen</li> <li>- Äußerster Bezugsrahmen (Glaube)</li> </ul>
Einstellungsarbeit:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nähe zur Angst aufnehmen, die Angst aus-halten → Mut und Zuversicht, der Angst gewachsen zu sein</li> <li>- unbewußte (Über-)bewertungen prüfen</li> <li>- Todeserfahrungen im Kleinen machen (Durchschreiten des „Tors des Todes“)</li> <li>- Todestrauern: Betrauern des nicht gelebten Lebens</li> <li>- Verbindlichkeiten und Stellungnahmen zum einseitigen Möglichkeitsdenken; Entscheidungsbewußtsein schaffen</li> <li>- Ermutigung zur Hingabe an echte Werte (Sein)</li> </ul>

Tab. 4: Überblick über die existenzanalytische Behandlung der Grundformen der Angst.

die befürchteten Konsequenzen kann Zuversicht aufkommen und wachsen (Gefühl, der Angst „gewachsen zu sein“).

Unbewußte (Über-)Bewertungen sind zu thematisieren und zu relativieren. Der Verlust überhöhter Werte ist als Todeserfahrung im Kleinen erlebbar. Wenn einmal „das Tor des Todes“ durchschritten ist (z.B. mit der Frage: „Was täten Sie, wenn das, was Sie befürchten, einträte?“), kann die erlösende Trauer über das nicht gelebte Leben aufkommen. Verbindlichkeiten und Stellungnahmen werden angefragt, um aus dem Denken in Möglichkeiten und Beliebigkeiten herauszukommen. Zu starke Identifikationen werden problematisiert (wenn das „Ich“ überwiegend mit Beruf, Ansehen oder Familie usw. gekoppelt ist). Schließlich ist die Hingabe an echte, personal empfundene Werte und Lebensinhalte (Sinn) im Sinne der Dereflexion (Frankl, 1983, 176 ff.) zu fördern und damit die Weltoffenheit zu realisieren.

**A) Spezifische Methoden:**

1. Dereflexion (Frankl):

bewußte Zuwendung zu Sinn und Werten und Abwendung vom ängstlichen Beobachten der autonomen Prozesse (z.B. ängstliche Schlafstörungen; leichte Sexuallängste)

2. Personale Positionsfindung (Längle):

schrittweise Positionsfindung der Person gegenüber angstausslösenden Inhalten

3. Paradoxe Intention (Frankl):

sich paradoxerweise das wünschen oder vornehmen, wovor man (Erwartungs-)Angst hat

**B) Allgemeine Methoden:**

1. Personale Existenzanalyse (Längle):

methodisch geleitetes Aufarbeiten traumatisierender life-events

2. Unspezifisches therapeutisches Arbeiten

an der Ontologie und/oder Einstellung (siehe Punkt 4)

Tab. 5: Methoden der Angsttherapie in der Existenzanalyse.

An **spezifischen Methoden** hat die Existenzanalyse im Rahmen der Angsttherapie folgende drei anzubieten:

In der logotherapeutischen Methode der **Dereflexion** (Frankl 1983, 176 ff.) geht es um ein bewußtes Sich-Abwenden von den Angstgehalten und den Angstgefühlen. Der Pati-

ent wird zu einem bewußten Zuwenden zu Sinn und Werten der Situation angeleitet. Die Überlegung dahinter ist, autonome Prozesse (z.B. Einschlafen, Entspannung, Orgasmus, das Eintreten gewünschter Gefühle oder Beziehungen) nicht durch ängstliches Beobachten zu blockieren. Die Dereflexion fördert somit die subjektive Gelassenheit durch Anheben der personalen Sinnfülle in der Existenz. Die Gefahr der Dereflexion ist, daß das ängstliche Vermeidungsverhalten des Patienten gefördert werden kann, daß der Wert der Angst nicht gehoben oder das Bedrohtsein nicht erfaßt wird.

Wegen dieser Nachteile, die mit der Anwendung der Dereflexion verbunden sein können, empfiehlt es sich, die **Personale Positionsfindung** (Längle 1984) im Verlauf der Therapie der Dereflexion voranzustellen. Das schrittweise Positionsfinden der Person gegenüber den angstausslösenden Inhalten stellt eine teilkausale Behandlung dar. Der erste Schritt (Position nach außen) besteht in einem genauen Betrachten der Angstausslöser („Woran erkennen Sie die Gefahr? Was kann real passieren?“). Im zweiten Schritt (Position nach innen) werden die eigenen Kräfte eingeschätzt (z.B. „Können Sie diese Angstsituation nur für ein Mal aushalten?“). Der dritte Schritt (Position zum Positiven) besteht in der Hinwendung zum jeweils Positiven der Situation (z.B. „Worum geht es mir eigentlich?“). Dies leitet dann direkt über in die Dereflexion, wie sie Frankl beschrieben hat: In die reale Beschäftigung mit dem Sinn- und Wertvollen der Situation statt eines ängstlich-entleerenden Klebens an den innerpsychischen Angstgefühlen. Der Nachteil bei der Personalen Positionsfindung kann in einer vorzeitigen Beendigung der Therapie liegen, weil sich der Patient im Erleben entlastet fühlt, ohne daß zuvor tiefere Ängste an ihrer Wurzel bearbeitet worden wären.

Die bekannteste Methode zur Angstbehandlung im Rahmen der Logotherapie und Existenzanalyse ist die von Viktor Frankl im Jahr 1929 entwickelte und 1939 erstmals publizierte **Paradoxe Intention** (Frankl 1939; 1983, 159 ff.). Dabei geht es darum, sich paradoxerweise das zu wünschen oder vorzunehmen, wovor man sich fürchtet. Die Paradoxe Intention ist eine Technik zur Behandlung der Erwartungsangstschleife. Durch den humorvoll-spielerischen Umgang mit der Wirklichkeit kann eine befreiende Selbst-Distanzierung zum Angsterleben entstehen (vgl. Ascher M. 1985, Froggio G. 1990). Als Nachteil der Methode kann die Gefahr einer Überforderung des Patienten bzw. ein Gefühl des Nicht-ernst-genommen-Werdens durch den Therapeuten angesehen werden.

Für die tiefere Arbeit an den zugrundeliegenden Ängsten kann die Personale Existenzanalyse (Längle 1993, 133 ff.) als unspezifische psychotherapeutische Methode herangezogen werden. Über drei Hauptschritte mit jeweils mehreren Unterschritten ermöglicht sie ein methodisch geleitetes Aufarbeiten traumatisierender life-events.

## 6. Abschließende Betrachtung

Im existentiellen Verständnis ist die Angst mehr als eine Stö-

nung des Wohlbefindens und die pathologische Angst mehr als eine Krankheit, die rasch beseitigt gehört. Die Angst ist vielmehr ein Gefühl, das auf eine Realität verweist, die grundlegend mit unserer Existenz zu tun hat. Diesem Hinweischarakter wird eine Behandlung nicht gerecht, die das unangenehme Angstgefühl lediglich durch Medikamente kupiert oder durch Techniken abschwächt und verlernen läßt. Zu kostbar ist der Inhalt der Angst für die Existenz, als daß wir sie wegbehandeln dürften, ohne ihren Wert zu heben (vgl. Längle 1987).

Jaspers (1974) schreibt einmal: „Angst um das eigene Sein ist ein Grundzug des erwachten Menschen (...). Wo die Angst verschwindet, ist der Mensch nur noch oberflächlich.“ Diesem Gedanken folgend sehen wir das Ziel einer gelungenen Therapie in der Umwandlung der verschreckenden und verstörenden Angst in eine „*sehende Angst*“, die die Situation auf ihre Tiefe hin durchschaut und aus ihrer Gewöhnlichkeit das Grundsätzliche hebt.

Die Angst ist im existenzanalytischen Verständnis mehr als nur ein Signal - sie ist die „*via regia*“ *in die Tiefe des Daseins*.

So sehen wir den tieferen Sinn der Angst einerseits darin, all das zu finden, was dem Menschen Halt geben kann für dieses Leben auf dieser Welt; andererseits aber darin zu lernen, alles das lassen zu können, was aus der Welt stammt, und die Begrenztheit der Existenz zu akzeptieren. Nur wer letztlich das Leben lassen kann, kann sich in das Leben *einlassen*. So können wir beginnen, „endlich“ zu leben.

## Literatur

ASCHER M., BOWERS M., SCHOTTE D. (1985) A review of data from controlled case studies and experiments evaluating the clinical efficiency of paradoxical intention. In: Weeks G. (Ed). Promoting change through paradoxical therapy. Homewood, Ill.: Dow Jones-Press, 216-250

- BAECKER D. (1987) Die Geburt der Moderne aus der Angst. Thesen zur sozialen Reaktion auf Gefahren und Risiken. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung, 17, 21.1.1987, 31
- CHESSICK R. D. (1995) The Application of Phenomenology to Psychiatry and Psychotherapy. In: Am. Journal of Psychotherapy 49, 2, 159-162
- FRANKL V.E. (1939) Zur medikamentösen Unterstützung der Psychotherapie bei Neurosen. In: Frankl V. (1987) Logotherapie und Existenzanalyse. München: Piper, 47-56
- FRANKL V.E. (1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke
- FRANKL V.E. (1983) Theorie und Therapie der Neurosen. München: Reinhardt
- FROGGIO G. (1990) L'intenzione paradossa. Analisi dei principi, indicazioni e risultati terapeutici. In: Orientamenti Pedagogici 37, 6, 1290-1318
- GEBSATTEL V.E. (1968) Imago Hominis. Beiträge zu einer personalen Anthropologie. Salzburg: Otto Müller
- GUTTMANN G. (1973) Einführung in die Neuropsychologie. Bern: Huber
- HEIDEGGER M. (1979) Sein und Zeit. Tübingen: Niemeyer
- JASPERS K. (1974) Der philosophische Glaube. München: Piper
- KIERKEGAARD S. (1960) Werke, Bd. 1: Der Begriff Angst. Reinbek: Rowohlt's Klassiker
- LÄNGLE A. (1987) (Hg.) Die an Angst leiden... Wien: Tagungsbericht der GLE 1987
- LÄNGLE A. (1988) (Hg.) Entscheidung zum Sein. München: Piper
- LÄNGLE A. (1992) Was bewegt den Menschen? Zur Grundlegung einer existenzanalytischen Motivationslehre. Vortrag bei der Jahrestagung der GLE in Zug/CH am 3.4.1992 (Tagungsbericht in Vorbereitung)
- LÄNGLE A. (1993) Personale Existenzanalyse. In: Längle A. (Hg.) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: Tagungsbericht der GLE 1991, 133-160
- LÄNGLE A. 1994) Die Personale Positionsfindung. In: Bulletin der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse 11, 3, 6-21. Wien; GLE-Verlag
- MARX W. (1987) Die Phänomenologie Edmund Husserls. München: W. Fink, UTB
- RIESMANN D. (1987) zitiert nach Baecker D.

Anschrift des Verfassers:  
Dr. Alfred Längle  
Ed. Sueßgasse 10  
A-1150 Wien

# Hysterie - eine Selbstwertstörung

## Überblick über das existenzanalytische Verständnis der Hysterie

*Patricia Freitag*

**Der Artikel - ein Auszug aus der Abschlußarbeit für die Ausbildung in Existenzanalyse - umreißt kurz die Begriffsentwicklung der Hysterie, um dann über die Phänomenologie zur Psychopathogenese der Hysterie zu gelangen, wobei als einflußnehmende Faktoren sowohl das soziokulturelle Umfeld als auch biografisch - traumatische Einflüsse berücksichtigt werden. Nach einer deskriptiven Erfassung der Beziehungen des Hysterikers folgt zuletzt eine überblicksmäßige Darstellung des existenzanalytischen Therapieansatzes.**

### Begriffsentwicklung

Der Begriff Hysterie ist abgeleitet vom Griechischen ta hystera = Gebärmutter. Er wurde bereits von **Hippokrates** (+ 377 v. Chr., Begründer der Medizin als Erfahrungswissenschaft) verwendet für ein schon der altägyptischen Medizin bekanntes Zustandsbild. Das damit gemeinte Krankheitsbild umfaßte nach heutigen Begriffen sowohl psychosomatische wie auch konversionsneurotische Erscheinungen, jedoch nicht die histrionische Persönlichkeit (Peters).

Seit dem Altertum bis in die Neuzeit wurde die Hysterie vorwiegend dem weiblichen Geschlecht zugeschrieben. **Platon** (427 bis 347 v. Chr.) äußerte die phantastische Annahme, daß die Gebärmutter als ein auf ein Kind begieriges „Tier“ (vgl. „Es“ der Freudschen Psychoanalyse, das Triebhafte, die animalische Komponente, verlangt auch nach Erfüllung) bei zu lange dauernder Sterilität den ganzen Körper „wildgeworden“ durchlaufe (Dorsch)

Die Annahme, daß Hysterie von Dünsten komme, die von der Gebärmutter zum Gehirn aufsteigen, hielt sich bis ins Mittelalter. Zwar verdeutlichte sich die Beschreibung der Hysterie im Laufe der Jahrhunderte, doch trat auch eine neue Stigmatisierung hinzu, indem vielfach Vermutungen laut wurden, die hysterische Frau

stehe mit dem Teufel im Bunde. Die Überzeugung, daß hysterische Symptome das diabolische Resultat eines Verkehrs mit dem Teufel seien, läßt sich bis herauf ins 13. Jahrhundert verfolgen.

Erst im 17. Jahrhundert wurde die Hysterie als ein auch bei Männern zu beobachtendes Zustandsbild erkannt. Sie bekam damit erstmals in der Geschichte den Stellenwert einer Erkrankung.

Eine das gegenwärtige Verständnis stark mitprägende Diskussion entstand Ende des 19. Jahrhunderts zwischen der Ecole de la Salpêtrière in Paris unter der Leitung von **Jean Martin Charcot** (1825 - 1893, beschäftigte sich mit Fragen der Suggestibilität, Hysterie und Hypnose) und der Ecole de Nancy, die hauptsächlich vom Landarzt **Liébault** und dem Internisten **Bernheim** getragen wurde. J. M. Charcot beschrieb die Hysterie als eine neurologische Krankheitseinheit mit vielfältigen (vor allem, aber nicht ausschließlich psychischen) Symptomen. Die Diskussion wurde umso heftiger geführt, als die Vertreter der Schule von Nancy die von Charcot vorgeführten hysterischen Zustände als ein „Kunstprodukt, als Ergebnis von Einübung“ (Bernheim) durch die Schüler Charcots entlarven wollten. Charcot entwickelte so seine „Hypnoidtheorie“, wonach die hysterischen Symptome Produkte unbewußter, in hypnoiden Zuständen erworbener und fixierter traumatischer Vorstellungen seien. Die Aufmerksamkeit konzentrierte sich darin auf den hysterischen Anfall als „grande hystérie“, der lange Zeit das Bild einer „klassischen Hysterie“ prägte, welches erst um die Jahrhundertwende durch die Psychoanalyse Freuds korrigiert und ergänzt wurde.

**Sigmund Freud** (1856 - 1939, ab 1902 Professor für Neuropathologie in Wien) entwickelte die Psychoanalyse zunächst nur als eine Psychotherapie zur Heilung der verschiedenen Formen der Hysterie. Er hielt diese Erkrankung für ein Resultat der Verdrängung des Elektrakomplexes (von C.G. Jung eingeführte Bezeichnung für die exzessive Bindung der Tochter an den Vater mit Feindschaft gegen die Mutter), wobei aufgrund der Feindschaft gegen die Mutter keine Identifizierung mit derselben stattfinden kann und somit die ödipale Phase nie überwunden wird.

1922 beschrieb **A. Pilez** in seinem „Lehrbuch der Speziellen Psychiatrie für Studierende und Ärzte“ (Loch W.) die „hysterischen Geistesstörungen“, indem

er zwischen Charakteristika auf einer kognitiven, affektiven, sozialen und ethischen Ebene unterschied. Pilcz spricht von einer „hysterischen dauernden Geistesbeschaffenheit“, welche auf der kognitiven Ebene durch eine „eigenartige unbedingte Suggestibilität“ gekennzeichnet ist. Erinnerungsinhalte werden „in bunter Weise verfälscht auf autosuggestivem Wege“, Betroffene legen eine „ganz beispiellose Lügenhaftigkeit an den Tag, in unbewußter und bewußter Weise werden die Tatsachen verdreht, beschönigt, übertrieben,...“. Das Affektleben zeichnet sich aus durch „besondere Maßlosigkeit“, sprunghaft wechselnde „heftige Sympathien und Antipathien“, die „Stimmungslage bewegt sich in Extremen, und die Heftigkeit der affektiven Reaktionen steht im schroffen Gegensatz zur Veranlassungsursache“. Sprachlich ist am hysterischen Patienten ein „Schwelgen in Superlativen“ beobachtbar („hochherzigster Mensch“, „rohester Schuft“ usw.). Auf der sozialen Ebene stechen „der schrankenlose Egoismus der Hysterischen“ hervor, „intensiv auflodernde, aber wenig nachhaltige Neigungen“, die meist durch „den Schimmer des Romantischen verklärt“ sind, ebenso kennzeichnend ist ein „rasch wechselndes Dilettieren in allen möglichen freien Künsten“. Charakteristisch ist auch ein „Krankheitswille“ besonderer Art, wobei sich die Betroffenen „durch die Krankheit irgendeiner unangenehmen Lage entziehen (‘Flucht in die Krankheit’)“. „Der Krankheitswille und die Sucht aufzufallen, das Mitleid zu erregen (....), führt zu theatralischen, meist recht ungefährlichen Selbstmordversuchen, (...)hartnäckigen, mit größtem Raffinement ausgeführten und fortgesetzten Selbstschädigungen“. Auf ethischem Niveau ähnelt der Hysteriker „in der rücksichtslosen Bestätigung des ‘Ichs’, in dem Mangel altruistischer Gefühle“ dem „moral insane“.

In den 50iger Jahren beschrieb **Fairbairn** eine schwere Ausprägungsform der Hysterie, die auch psychotherapeutisch nicht angebar schien: die „maligne Hysterie“. Sie ist gekennzeichnet durch eine schwache Integrationskraft des Ichs und eine Abspaltung einzelner Ichanteile. Bei dieser Form ist in der Praxis nur eine therapeutische „Schienung“ bzw. Führung des Patienten möglich. Nach der modernen Nomenklatur (ICD-10) dürfte es sich dabei um eine massive Form der „histrionischen Persönlichkeitsstörung“ handeln. In weiterer Folge führt **Berner** die Unterscheidung zwischen „hysterischem Formenkomplex“ (=Neurose) und „hysterischer Persönlichkeit“ (=Persönlichkeitsdiagnose) in die Literatur ein.

Da seit Beginn der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts das Wort „hysterisch“ zunehmend in die Umgangssprache Eingang fand und dort als Schimpfwort gebraucht wurde, verlor dieser Begriff den wertneutralen Charakter. Zusätzlich dazu wurden vermehrt „hysterische Anteile“ auch in anderen Neuroseformen beschrieben. Der abschätzige Gebrauch des Wortes „hysterisch“ und die scheinbare Ubiquität „hysterischer

Elemente“ in psychischen Erkrankungen führten zum Zurücknehmen des Begriffes „Hysterie“. Arbeiten zum Thema „Narzismus“ stellten dies in den folgenden Jahren in Rechnung, wobei „Narzismus“ einen ähnlichen Symptomenbereich umfaßt wie die „Hysterie“, grundsätzlich aber weniger theatralische und auf Wirkung bedachte Elemente. Die Entwicklung der letzten Jahre findet auch im ICD-10 ihren Niederschlag, wo der Terminus „hysterische Persönlichkeit“ (ICD-9) bereits durch „histrionische Persönlichkeit“ ersetzt wurde.

Die Existenzanalyse sieht die Hysterie als spezielle Form des Ausfalls des kritischen und entscheidenden Selbstwertgefühls der antwortenden und verantwortenden Person. Das, was den Menschen „JA“ sagen läßt zu seinem So-Sein, zu seiner Person aufgrund der Art, wie er ist und der Weise und Häufigkeit, wie er lebt und Sinnmöglichkeiten in seinem Leben verwirklicht und wie er seinen „Sozialwert“ erlebt, das fehlt. Wir bewegen uns hier in einem Bereich, wo es um das „Dürfen“ geht, um die soziale Interaktion zwischen mir und den anderen, um meine und deren Sicht von mir bzw. um die Themen Sozial-Angst, innere Enge versus Freiheit, sprunghafte Willkür versus Verantwortung und Schuld.

## Phänomenologie der Hysterie

Für Husserl ist die Phänomenologie die Bedeutungs- und Sinnforschung, die „Wesenswissenschaft“, die (ebenso wie die Geometrie) nur mit reinen Essenzen („Wesenheiten“) zu tun hat, ohne eine Aussage über deren realen dinglichen Charakter zu machen. Die Phänomenologie der Existenzanalyse ist aber keine philosophische Lehre vom Wesen selbst, sondern von der Wesensschau. Vermittels der Wesensschau versucht die Existenzanalyse das Wesen der Krankheiten im allgemeinen und in der Therapie im besonderen am Patienten zu erfassen. Die Phänomenologie der Hysterie versucht demzufolge das Wesen dieser Erkrankung zu beschreiben, das sich uns unter Ausschaltung/Einklammerung aller theoretischen Ableitungen und Vorannahmen in der geistigen Hinwendung zum Patienten offenbart.

## Wirkung des Hysterikers auf die Mitmenschen

Das Verhalten und Gehabe der „Hysteriker“ löst in den Mitmenschen das Gefühl aus, daß „etwas nicht stimmt“. Umgangssprachlich wird der Hysteriker meist als „Spinner“ bezeichnet.

Am auffallendsten scheint der Hang zum Extremen; der Hysteriker spricht nicht nur in Superlativen, die bei näherem Hinhören gehaltlos wirken, auch sein Denken und ganzes Streben kennt die Pendelbewegung zwischen

den Extremen „Zuviel“ und „Zuwenig“. Auch können eine Reihe sogenannter positiver Aspekte am Hysteriker einer Vielfalt negativer Phänomene gegenübergestellt werden.

Die Betroffenen erscheinen schillernd, blühend, sprühend, sind blendende Unterhalter, mitreißend, springen schnell an auf Themen oder Ideen ohne aber Ausdauer zu besitzen in der Durchführung. Sie kleiden sich chic und elegant, sind en vogue, legen besonderen Wert auf Äußerlichkeiten. Die formale Ebene - die Etikette - steht im Vordergrund, alles an ihnen und um sie herum soll etwas „Besonderes“ sein. Hysteriker sind raumgreifend, effekthascherisch, erlebnishungrig, ungeduldig, inquisitiv, redegewandt und wortgewaltig. Sie tun alles, um im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, setzen sich in Szene und suchen das Spektakel. Sie gehen leicht auf andere zu, verbreiten eine Atmosphäre der Leichtigkeit und Luftigkeit, verblüffen durch Ideenreichtum, verfügen über eine situativ hohe Belastbarkeit und spezielle Findigkeit, wenn es um das Aufspüren möglicher Auswege aus verzwickten Lagen geht. Sie sind Sprinter, keine Marathonläufer.

Der Hysteriker erlebt eine große Angst vor der Einsamkeit, in deren Folge er sich in ständige Betriebsamkeit und dauerndes In-Bewegung-Sein ergibt. Hysteriker können nicht verweilen und sind darum auch nicht genußfähig, müssen an „drei Ecken gleichzeitig“ sein, ohne jemals richtig antreffbar zu sein. Sie zeigen sich trotz des ständigen Repräsentierens nie wirklich in ihrer wahren Natur (oder in dem, wovon sie meinen, es sei dieselbe). Übertrieben gezeigte, demonstrierte Emotionen wie herzlichste Umarmungen flüchtig bekannter Menschen, Entsetzen bei kleinsten Zwischenfällen und Euphorie anlässlich alltäglicher kleiner Freuden erwecken einen eigenartig unecht-gekünstelten Eindruck. Hysteriker sind die geborenen Opfer, sind nie an etwas schuld, wenn doch, so ist die Erklärung stets zur Hand. Ihre Entschuldigungen gleichen Katastrophenschilderungen. Sie stehen immer in Opposition, sind stets kämpferisch, ohne das Wesen der Sache, um die es dabei geht, tatsächlich zu berücksichtigen. Ihr Verhalten wirkt oft wie das eines „Elefanten im Porzellanladen“, sie können sehr verletzend agieren und sparen kaum mit verbalen Untergriffen. Hand in Hand damit geht aber eine enorme Sensitivität der Betroffenen (Porzellanpüppchen). Sie lassen niemanden an sich heran, aus Angst, in ihrem Wesen erkannt zu werden und unweigerlich verlassen zu werden. Enervierend kann die Tendenz zu missionarischem Auftreten sein, wobei sie dann sogenannte „Überzeugungen“ predigen, die Überzeugungen selbst können schlagartig wechseln. Außerdem scheuen die Betroffenen Leid und Trauer, ja, können Trauern gar nicht leisten und darum auch keine tiefe Freude empfinden. Immer bemüht sich jedweder Einsamkeit zu entziehen, entkommen sie trotzdem nicht ihrer inneren Leere und Verlassenheit, sondern führen sich gerade durch diese versuchte Flucht vor sich selbst

in immer neue Verlassenheitsgefühle. Ständig hastend, flüchtend und stolpernd zerfließen ihnen ihre Grenzen. Und sie geraten mehr und mehr in ein Chaos.

Bei Frauen fällt oftmals ihre Schönheit, die mit einem verführerischen Äußeren gepaart ist, auf. Sie wirken daher oft kindlich, schutzbedürftig, im nächsten Moment zeigt sich jedoch das Antlitz einer Furie. Oft sind sie als „femmes fatales“ bekannt.

Bei Männern begegnet man dem hysterischen Typus zumeist in der Form des „eiskalten Machos“, der schnell erotisiert und sexualisiert, unter dessen Schale sich aber ein kindliches Gemüt verbirgt.

Insgesamt wirkt der Hysteriker oberflächlich faszinierend in seinem Charme und seiner Wendigkeit. Bei genauerem Betrachten wird sein theoretischer Schein, sein Glanz zur „leeren Hülle“. Es mangelt ihm ursächlich an Gespür und Gefühl (=Anästhesie der Gefühle). Umgeben von einer Atmosphäre der Verlassenheit weiß der Hysteriker nicht, wer er ist und weiß nicht, was er will! (s. auch Kapitel Therapie der Hysterie)

## Auszug aus einer Falldarstellung

*Marianne S. (Anm. d. Red.: Name verändert), eine 25jährige Patientin, wurde durch einen Facharzt für Psychiatrie und Neurologie zur Psychotherapie zugewiesen. Beim telefonischen Erstkontakt beschwert sich Marianne zunächst, daß der Facharzt den Termin für sie nicht sofort vereinbart habe. Aber so gehe es ihr immer, niemand würde für sie auch nur einen Finger rühren. Angesprochen auf den Grund ihres Therapie-wunsches meint sie, eigentlich sei alles in Ordnung, dennoch gehe es ihr schlecht, sie gelte als schwierig, fühlte sich aber nur ungeliebt und mißverstanden von den Menschen in ihrem Umfeld, was sie gelegentlich depressiv mache. Sie könne schlecht allein sein und habe Schwierigkeiten mit Entscheidungen.*

*Die Patientin kommt eine Woche später pünktlich zum vereinbarten Erstgespräch. Sie ist eine geschmackvoll gekleidete, zierliche junge Frau, die auffallend mädchenhaft wirkt. Ihre Art zu Sprechen wirkt kindlich und betont höflich; gleichzeitig macht sich ein klagender Unterton bemerkbar, der jäh in Koketterie umschlagen kann. Die Emotionen in Mariannes Schilderungen werden von ihr entweder nur mit Worten benannt, ohne daß diese atmosphärisch faßbar wären (der Tonfall ähnelt dabei dem eines Menschen, der über alltägliche Tätigkeiten wie z.B. das Zähneputzen spricht) oder sie bemüht sich förmlich mit all ihrer Gestik und Mimik ein Gefühl zum Ausdruck zu bringen, was wie aufgesetzt wirkt. Der nachfolgende Auszug aus der Anamnese stellt den verdichteten Inhalt der ersten drei Stunden dar.*

*Sie wiederholt ihre Gründe für einen Therapie-wunsch, fügt hinzu, daß sie sich zuweilen sehr leer fühle, es nicht zu Hause aushalte, die Gegenwart anderer Menschen suche, immer Angst habend, daß sie*

diesen lästig fallen könnte und so immer öfter denke, daß Leben in dieser Form nicht lebenswert sei, obwohl sie nichts mehr wolle, als (gut) zu leben. Sie könne oft die einfachsten Entscheidungen nicht treffen, z.B. was sie anziehen solle, könne ihre Freizeit nicht gestalten, teils aus Angst vor dem Alleinsein, teils weil sie so viel gleichzeitig unternehmen möchte und sich dann doch nicht entscheiden könne. Sie haben auch tausenderlei Interessen, besonders „künstlerischer Natur“, sie male und schreibe, liebe große Parties und probiere immer wieder neue Sportarten, zuletzt Fallschirmspringen und Tauchen, nur um dann bald das Interesse daran zu verlieren. Auch erlebe sie so wenig Interessantes, ihr Leben sei von Grund auf fad. Freunde habe sie extrem viele, aber eigentlich nicht wirklich. Alle würden sich nur für ihr Äußeres interessieren, die Männer natürlich, mit Frauen käme sie selten gut aus, die meisten seien zu spießig und gleich so eifersüchtig. Außerdem hätten viele sie schon enttäuscht, sie tue immer alles für andere, diese aber täten nichts für sie. Der letzte Freund (sie habe schon mehrere Freunde gehabt, 6 oder 7) habe sie schmähslich sitzen gelassen wegen einer anderen, die nicht einmal hübsch sei und dumm obendrein. Da sie beide im selben Bekanntenkreis verkehrten, würde sie aber merken, daß er nicht wirklich von ihr lassen könne, das sehe sie an seinen Blicken. Auch habe sie dran gedacht ihn zurückzuerobieren, um ihm dann endgültig eine Lehre zu erteilen, indem sie ihn fallen ließe wie eine heiße Kartoffel, den Schuft (die dabei gezeigte Wut wirkt hilflos und unecht). Aber eigentlich wäre er der entzückendste Mensch, wenn nur diese dumme Gans von einer Frau nicht dazwischengefunkelt hätte. Aber irgendwie würde sie das schon „hinkriegen“. Trotzdem sei die Beziehung nicht das gelbe vom Ei gewesen, da sie nie hätte sein können, wie sie wirklich war, ständige Endlosdiskussionen wegen diverser Eifersüchteleien hätten das Klima vergiftet. Obendrein wäre es streßig gewesen, immer gut aussehen zu müssen für den Freund; sie hätte mit ihren Ideen puncto Freizeitgestaltung nie landen können, habe mit der Zeit immer weniger versucht sich durchzusetzen, weil sie damit nur auf Ablehnung gestoßen wäre. Überhaupt hege sie den Verdacht, sich zuviel an ein Gegenüber anzupassen, was nicht gerade zu ihrer Selbstachtung beitragen würde. Es sei einfach unglaublich schwer, bei den anderen beliebt zu sein, ohne sich gelegentlich verstellen zu müssen.

Und nebenbei wolle sie ja auch noch ihr Psychologiestudium fertigmachen, obwohl sie nicht recht wisse, ob ihr das Studium wirklich gefalle. Das sei eben auch ein Problem, sie hätte nie gewußt, was sie studieren solle, was denn wirklich zu ihr passe. Lernschwierigkeiten habe sie auch, ganz enorme, da sie nie zeitgerecht zu lernen beginne, dann sehr ins

Schleudern käme kurz vorm Prüfungstermin und oft mit dem Gefühl „ich muß mich über meine Lücken drüberschwindeln“ antrete. Sie fühle sich zusehends hin- und hergerissen zwischen Freizeit und Pflicht, wolle das Leben nicht versäumen, wisse aber andererseits nicht, wer sie nun wirklich sei und was sie eigentlich wolle. Darüber dürfe sie nicht zuviel nachdenken, sonst gehe es ihr äußerst schlecht. Dann fühle sie sich regelmäßig depressiv und sehr orientierungslos, einfach von Gott und der Welt verlassen. Das Studium dauere aber inklusive Diplomarbeit sicher noch 5-6 Semester, wobei sie sich Sorge um ihre Finanzen, da die Eltern nicht mehr lange ihre monatliche Zuweisung von 10.000.- zu zahlen bereit wären.

Die Patientin ist ein Einzelkind, sie wuchs in Wien in „wohlbehüteten“ Verhältnissen auf. Den Vater beschreibt Marianne als Workoholic, der in seinem Beruf als Architekt aufgeht, sich nie sonderlich um die Familie („uns = die Mutter und mich“) gekümmert habe. Wichtig sei gewesen, daß er Mutter und Tochter habe vorzeigen können. Da hätte er sie gerne als sein Prinzeßchen vorgestellt, als „meine brave Kleine“. Die Mutter schildert sie als unglückliche Frau, unzufrieden mit sich und der Ehe, ständig an Migräne leidend und den Ehemann für ihre Situation verantwortlich machend. Die Mutter habe wegen ihr den Beruf der Restaurateurin nicht mehr ausgeübt, habe damit auch dem Willen des Vaters entsprochen. So wäre sie dauernd mit der Mutter allein zu Hause gewesen und habe schon früh als deren „Grabstein“ herhalten müssen. Die Mutter habe Marianne immer als einzigen Grund gesehen, warum ihr Leben überhaupt lebenswert sei. Die Patientin hat Volksschule und Gymnasium („nicht irgendeine Schule, es mußte etwas Elitäres sein“) besucht, mit Auszeichnung maturiert („etwas anderes hätte niemand von mir erwartet und wäre auch eine Schande gewesen...“). Seit dem 21. Lebensjahr lebt die Patientin in der eigenen, von den Eltern finanzierten Wohnung. Diese wurde auf Betreiben des Vaters angemietet, da die Tochter sowieso irgendwann ausziehen müsse von zu Hause; und mit der Wohnung habe man sie noch im „Auge“, damit sie keine Dummheiten mache. Mit der Mutter hat sie täglich 2-3mal telefonischen Kontakt. Wenn sie weggeht, muß sie immer Bescheid sagen wo sie erreichbar ist und wann sie in etwa heimkommt. Sonst werde die Mutter vor Sorge um sie verrückt und mache ihr Vorwürfe, daß sie die Ursache für Migräne, schlaflose Nächte und Magenschmerzen sei bzw. bezeichne sie als undankbares Kind, für das die Eltern immer nur das Beste gewollt hätten.

Als Therapieziel formuliert die Patientin, daß sie sich selber kennenlernen möchte, daß sie selbständig werden wolle („die Mutter läßt mich nicht“), eine „innere Mitte“ haben wolle ohne die Gefühle der Leere und Zerrissenheit und des Durchs-Leben-Hetzens.

## Psychopathogenese der Hysterie

Da wir die Hysterie aus existenzanalytischer Sicht hauptsächlich als Selbstwertstörung (das Ja zur Person, zum eigenen SO-SEIN fehlt) bezeichnen können, geht es hierbei um die Auseinandersetzung mit der inneren Leere, den Ich-Grenzen, der Begrenztheit an sich und der eigenen Unverwechselbarkeit. Es läßt sich unschwer nachvollziehen, daß der gewöhnlich unbewußt selbstverständliche Umgang mit dem So-Sein der Person durch mehrere Einflüsse gestört werden kann.

### 1) Das soziokulturelle Umfeld

Der soziokulturelle Kontext, in dem ein Patient steht, ist immer mit in Betracht zu ziehen. Hysterie ist eine Erkrankung, die aus der Öffentlichkeit genährt wird. Lucien Israël greift hierfür den Ausdruck „Histrionismus“ auf, wobei der Begriff ein Neologismus ist. „Dieser Neologismus ist weder im Littré noch im Larousse oder Robert ... zu finden. Seine Herkunft ist trotzdem leicht festzustellen. Histrion war im alten Rom ein Komödiant, der possenhafte oder derbe Späße vorführte. Im Littré wird hervorgehoben, daß der Ausdruck einen abwertenden Ton der Verachtung enthält. ...ist die Hysterie oder die Hysterikerin eine Schauspielerin.“ (Israël L.) Jeder Schauspieler braucht ein Publikum für seine Darstellung, ist quasi angewiesen auf Zuschauer. Daher ist es auch bei den immer rascher voranschreitenden gesellschaftlichen Veränderungen nicht weiter verwunderlich, daß, wie Wolfgang Loch beschreibt, „nun in den letzten 4-5 Jahrzehnten ein Symptomenwandel registriert worden ist. (...) eine Abnahme der großen hysterischen Anfälle sowie der motorischen und sensiblen Paralysen und (...) Anstieg der hysterischen Charakterneurosen und das alloplastische Ausagieren der unbewußten Konflikte“ (Loch W.). Die Ursache dafür liegt laut Fenichel „in der Zunahme der Konflikte zwischen dem Ideal der Unabhängigkeit einerseits und den regressiven Sehnsüchten nach passiver Abhängigkeit andererseits“ (Fenichel O.). Die individuelle Person steht also in einer Auseinandersetzung mit einer allgemeinen

- \* Öffentlichkeit
- \* Sozietät und
- \* Kultur.

Ganz in diesem Sinne können somit ein Wechsel des Kulturkreises (z.B. Gastarbeiter, Emigranten) oder ein Wechsel der sozialen Schichte (z.B. durch Heirat) großen Druck auf die Person ausüben, was wiederum als Trigger für die hysterische Symptomatik fungiert, da das Zurechtfinden in der neuen Situation durch den ohnehin beschwerlichen Umgang mit den eigenen Grenzen beinahe unmöglich wird.

### 2) Biografisch traumatische Einflüsse

Eine kontinuierliche Entwicklung der Hysterie wird dann gefördert, wenn eine übertrieben verehrende, vergötternde Beziehung der Eltern oder eines Elternteils zum Kinde besteht. Zumeist handelt es sich auch noch um Einzelkinder, denen so die natürliche Auseinandersetzung mit Geschwistern versagt bleibt. „Mama´s ganzes Glück“ und „Papa´s einzige Prinzessin“ werden von klein auf mit Zuwendung, Anerkennung und Lob überschüttet. Besonders gefährdet sind in dieser Hinsicht also Einzelkinder, die, im Falle von Mädchen, auffallend hübsch sind oder, im Falle von Buben, sehr lebhaft und aufgeweckt. Nach der Pubertät erfolgt der nahtlose Übergang zum Im-Mittelpunkt-Stehen im Freundeskreis. Solche Kinder erwarten nichts anderes und können auch mit anders gelagerten Situationen kaum umgehen. Oftmals idealisiert auch die Tochter den Vater, bewundert der Sohn die Mutter in auffälligem Maße.

#### *Marianne*

*Im Verlauf der Therapiestunden, die über die ersten 14 Monate wöchentlich stattfanden, rückte zusehends die Beziehung zur Mutter in den Vordergrund. Die Patientin beschreibt diese Beziehung als einzigen Halt in ihrem Leben, aber sie fühlt sich gleichzeitig überfordert durch den Anspruch der Mutter an sie, nie etwas gegen deren Willen zu tun, da das unweigerlich undankbar oder sonst irgendwie verletzend wäre. „Die Mutter macht mir Schuldgefühle.“ Als Kind habe sie alles gehabt, wovon ein Mädchen nur träumen könnte, jeglicher (materielle) Wunsch wurde ihr von den Augen abgelesen. Die Mutter habe stundenlang mit Marianne geredet, was sie einmal werden würde, wie gut es sei, daß es sie gäbe, sonst wäre sie womöglich nicht mehr am Leben. Marianne erlebte sich als notwendige Stütze der Mutter, die schwer an der Vernachlässigung durch den Vater trug. So war der Satz der Mutter: „Marianne, da bist du aber nicht mein ‘braves Mädchen’, wenn du ... tust/bist“ wie eine immense Drohung. Er bedeutete für die Patientin SO nicht sein zu können aus zweierlei Gründen. Zum einen war die Zuneigung durch die Mutter bedroht. Und zum anderen fürchtete sie um den Lebenswillen der Mutter, fürchtete die Mutter durch Selbstmord zu verlieren, wenn sie diese zu oft und zu sehr enttäusche. Gleichzeitig mußte sie erleben, daß ihre eigenen Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse - sobald es sich um etwas anderes als käufliche Dinge handelte -, nicht wahrgenommen wurden. Sie galten als unpassend und irritierend („Was denken denn da die anderen über dich, wenn du als Mädchen in Hosen herumläufst,...wenn du schlechte Noten heimbringst,... wenn du nicht hübsch artig bist, ...wenn du so laut lachst,... wenn du Tante Bettina ‘böse’ nennst?“). Marianne erinnerte sich, daß ihr Gefühle auch abgespro-*



chen wurden, wenn sie nicht dem Idealbild entsprachen, das die Mutter von ihrer Tochter hatte („Das bist nicht du, du machst das nicht / denkst nicht so... Wer hat dir denn das wieder eingeredet?“).

Die Hysterie kann auch durch eine (wiederholte) Traumatisierung entstehen. Meist handelt es sich um ein inzestuöses oder allgemein sexuelles Trauma. Neben realem sexuellem Mißbrauch gibt es auch jene Traumata, wo kein reales Substrat zu finden ist, sogenannte „Als-ob-Traumata“ vom Stellenwert eines sexuellen Übergriffes. Mit feinsten Antennen für die im Elternhaus herrschende Atmosphäre erspüren die Betroffenen Tendenzen im gegengeschlechtlichen Eltern teil, die mitunter niemals offenkundig waren. Durch das Nicht-Ansprechen- oder Aufmerksam-machen-Können auf fantasierte, rein atmosphärische oder reale innerfamiliäre sexuelle Kontakte entsteht enormer Druck für das Kind. Außerdem verschwimmt manchmal die Grenze zwischen Realität und Fantasie. Bei Patienten mit hysterischem Genotypus wirkt eine derartige Konstellation verstärkt traumatisierend, da sie eine hohe Suggestibilität mitbringen und sich in der Hemmung schwer zur Wehr setzen können.

### **Marianne**

Nach ca. drei Monaten erwähnt die Patientin wie beiläufig, daß sie bei Besuchen zu Hause Vater und Mutter immer mit Küßchen begrüße, was ihr aber irgendwie unangenehm sei. Bei näherem Hinschauen zeigt sich, daß sie den Begrüßungskuß für die Mutter als unangemessen, weil nicht von Herzen kommend empfindet. Sie sucht nach einer ihr entsprechenden Form der Begrüßung und kommt sichtlich besser damit zurecht. Bei der Begrüßung durch den Vater schaudere sie aber, „ich habe ein eigenartiges Gefühl“. Dann präzisiert Marianne: „Es ist ein ekliges Gefühl.“ Es ist ihr peinlich, wenn der Vater in ihrer Gegenwart über sie als den „männermordenden Vamp“ spricht, „was ja bei deinem begnadeten Körper nun wirklich nicht verwunderlich ist“. Sie fühlt sich mißverstanden und entehrt, betont gleichzeitig, daß ihr das lächerlich vorkäme, da der Vater nun mal gerne so rede und sie das längst gewöhnt sein müsse.

Erst mit der allmählich gelingenden Abgrenzung gegenüber der Mutter kann sich die Patientin näher auf das Thema Vater einlassen. Sie schildert ihre Beziehung zum Vater als kalt und kaum vorhanden, sie bevorzugte Distanz zum Vater und sehnte sich gleichzeitig nach seiner Aufmerksamkeit und Führung. Doch die Zuwendung des Vaters gab es nur in der Form des Vorgezeigtwerdens bei dessen Freunden oder Geschäftspartnern. Sie vermag sich an keinerlei Herzlichkeit des Vaters ihr gegenüber erinnern. Auch gab es keine Zärtlichkeit oder spürbare Wärme zwischen den Eltern. Angesprochen auf das, was sie denn meine mit „Der Vater rede nun mal gerne so...“, fällt Ma-

rianne auf, daß der Vater bereits, als sie noch ein kleines Kind war, immer zu ihr sagte: „Prinzeßchen, Frauen wurden für die Männer erschaffen. Du wirst einmal anders werden als deine werte Mutter.“ „Prinzeßchen, du mußt lächeln, wenn du mit deinem Papa auf der Straße gehst, die Frau soll dem Manne zur Zierde gereichen.“ „Zieh doch einen Rock an, damit man sieht, wie hübsch du bist, du bist doch Papas Augenweide.“ Marianne bemerkt, daß sie bei ihrer Schilderung dasselbe unangenehme Gefühl hat wie beim Begrüßen des Vaters. „Das war nicht recht von meinem Vater. Er hat mich immer so komisch angesehen, ich habe mich geschämt und wollte nicht vorgezeigt werden...“ In Mariannes Leben fand nie ein „tätlicher“ Übergriff des Vaters statt. Doch dessen Sicht der Tochter als potentieller „Freudenspender“ für Männer, wie sie sagte, war für Marianne die Verletzung ihrer Schamgrenze. Sie fühlte sich durch die unangemessenen Kommentare des Vaters entwürdigt. „Ich war für meinen Vater nie das Kind, ich war lästig oder die hübsche Vorzeigepuppe oder die potentielle Frau, die anders werden würde als die ‚verklemmte‘ Mutter. Es ist nicht recht, wenn er mich als Frau sieht.“ Die Mutter, die solche Szenen größtenteils miterlebte, reagierte eifersüchtig. Allmählich konnte Marianne auch spüren, daß sie sich dadurch von der Mutter (so wie in vielen Situationen) im Stich gelassen fühlte.

Auf den ersten Blick zeigen Hysteriker oft ein reifes Sexualverhalten. Auf den zweiten Blick tritt dann erst der kindliche Umgang mit Sexualität zu Tage. Der Hysteriker spielt mit der Erotik, setzt sie gezielt ein, kann jedoch keinen Zugang zu hingebender Sexualität und tieferen Beziehungen finden. In der Neurosenlehre wird diese „Liebesunfähigkeit im geschlechtlichen Sinne“ als ein Kernsymptom der Hysterie hervorgehoben. Ernst Michel präzisiert dies wie folgt: „Die Begegnungsunfähigkeit und damit die Liebesunfähigkeit sind nun gewiß das Grundgeborene der Hysterie; aber nicht im gleichen Umfang ist es die sexuelle Störung. Man kann wohl sagen, daß dieser Störung bei hysterischen Frauen zumeist eine gewichtige Bedeutung zukommt. Hier aber vor allem deshalb, weil die geschlechtliche Liebesbegegnung einheitlicher in das Liebesleben der Frau einbehaftet und stärker darin zentriert ist: Ihre Begegnungsunfähigkeit wirkt sich deshalb auch symptomatisch bedeutsamer - als pars pro toto - in ihrer geschlechtlichen Störung aus. Bei männlichen Hysterikern treten die Symptome sexueller Störung hinter Begegnungsstörungen anderer Art zurück und können auch ganz fehlen. Deshalb kommt es bei der Hysterie nicht primär auf die Sexualstörungen, sondern auf die zentrale Begegnungsstörung und die Liebesunfähigkeit schlechthin an, die sich in vielen Formen manifestieren kann.“ (Michel E.)

## Beziehungen des Hysterikers

Die Psychodynamik der Hysterie sei hier in Kurzform der Beziehungsdynamik vorangestellt: im Kern findet sich eine Traumatisierung sexueller Natur oder mit entsprechendem Stellenwert - die Reagibilität hilft zugehörige Gefühle abschieben - eine Gefühlsanästhesie ermöglicht das psychische Überleben - sich selber Spüren geht verloren - deswegen Veräußerlichung mit Betonung von Formalem, Wertlegung auf Effekt - Resultat ist eine innere Leere - Suche nach der eigenen Identität bleibt erfolglos - heischt ständig nach Anerkennung - die Überzeugung, „allein zu wenig zu sein“, wächst - Gefühl des verlassenem Alleinseins - überspielt, träumt und weicht Begegnungen aus - Selbstwertverlust mit quälendem Gefühl „in meiner Mitte sitzen unangenehme, ekelige Dinge“.

Die Beziehungen des Hysterikers haben *funktionalen* Charakter. Der andere ist ein Ersatz-Ich, fungiert quasi als die Mitte des Hysterikers. Der Hysteriker fürchtet nichts so sehr wie das Verlassen-Werden, das er es als vernichtende Bedrohung empfindet und will es somit um (fast) jeden Preis vermeiden. „Der Mangel an Selbststand ruft die Angst hervor, und diese treibt zu dem Bedürfnis, ein haltgebendes Gegenüber zu finden, um sich zu ergänzen. Dieser Grundantrieb aus dem Mangel, diese stete Bezogenheit auf ein menschliches Gegenüber hat ja dazu geführt, die Hysterie als Übertragungsneurose zu bezeichnen“ betont Ernst Michel (ebd.). Es findet sich ein hohes Maß an Imitation und Identifikation. Der Versuch der „Sicherung“ von Beziehungen wird zum gefährlichen Wechselspiel von Locken und Anpassung versus Sich-Zeigen. Wo das Verlassen-Werden zu drohen scheint, dort läßt der Hysteriker das Eigene bedenkenlos im Stich. Zieht dieses Verhalten nach und nach die Kritik des Partners auf sich, so kann der Hysteriker dazu nicht opponieren, er flüchtet in „Szenen“ oder in die erneute Anpassung, womit sich der *circulus vitiosus* schließt.

Meist sind die Beziehungen flüchtig und von kurzer Dauer, tragen den Charakter einer Wochenendbeziehung. Getrieben von unstillbarem Erlebnishunger wechselt der Hysteriker häufig den Partner nach Abklingen der Phase der ersten Verliebtheit, da ihm das Schöpfen aus der inneren Tiefe und die Fähigkeit zu echter Zuneigung fehlen. Verbindungen werden oft abrupt abgebrochen, wenn der andere den Erwartungen nicht entspricht: „Na, dann eben nicht!“ So verläßt der Hysteriker, wo Beziehungen anfangen in die Tiefe zu gehen.

Die Partnerschaften selbst sind geprägt von einem jähem Wechsel zwischen Nähe und Distanz. Der Hysteriker wirkt unberechenbar, uneinschätzbar zu Beginn, bis sich sein Wechselspiel offenbart. Er ist ein Meister im Umgarnen und Anpassen, ein Verführungskünstler, der sich anlegen kann wie eine zweite Haut. Der hysterische Partner erotisiert und sexualisiert gern und schnell. Er erfaßt mit feinsten Antennen blitzschnell die Wünsche des anderen, ergeht sich in tausenderlei Versprechungen, unfähig diese

auch zu halten („verspricht, die Sterne vom Himmel zu holen“). Oberflächlich versprüht er Lebenslust und Charme, beeindruckt durch sein gewinnendes Wesen, das sich sehr bald als Venusfalle entpuppt. Die massive Angst vor dem Verlassen-Werden treibt ihn zu possessivem Verhalten. Er zögert nicht, den Partner richtiggehend zu verfolgen und festzuhalten, gegebenenfalls auch über die Wirklichkeit hinwegzuleben, um an einer Fortsetzung der Beziehung wahnhaft anmutend festhalten zu können. Er verlangt ständig nach Zuwendung und Aufmerksamkeit bei einer geringen Frustrationstoleranz. Fühlt er sich benachteiligt, übergangen oder bedroht von Einsamkeit, so liefert er dramatische (Eifersuchts-)Szenen, ergeht sich in haarsträubenden Unterstellungen, findet immer neue Anklagepunkte, nur um seinen wirkungsvollen (wortreichen, tränenreichen, drohenden oder vollkommen erschöpften) Abgang aus der Situation zu inszenieren. So agiert er gern und viel, wobei Wahrheit und Fantasie fließend ineinander übergehen. Nichts von dem, was er tut, tut er grundlos: Blumengeschenke, um seine Aufmerksamkeit zu beweisen, großartige Dinners, um die eigene Kochkunst unter Beweis zu stellen, Sex, um Zärtlichkeit zu hamstern... Selbst zieht er keine Grenzen, nicht um sich oder für sich, schränkt den Partner aber beharrlich ein. Im Streit sehr verletzend, leidet er hingegen bereits unter zarter Widerrede oder noch so liebevoller Kritik.

Der Hysteriker sehnt sich zutiefst nach „So-Sein dürfen“ und dafür geliebt zu werden. Da Liebesfähigkeit aber nur von einer reifen Persönlichkeit erbracht werden kann, die der Betroffene mit seinem Wechselspiel von Nähe (er sehnt sich nach Nähe, will geliebt werden) und Distanz (hat Angst vor der Nähe, dem Erkennt-Werden, Angst „nicht gut genug“ zu sein, was er verbergen will) und seinen sonstigen Tiraden nicht so leicht an sich binden kann, sich einem reifen Partner auch zeigen müßte (wovor er unsagbare Angst empfindet), sucht er doch wieder Seinesgleichen. Er stellt eine Gefahr dar für unreife Persönlichkeiten, die sein Auftreten für bare Münze nehmen. Allerdings bevorzugt der Hysteriker meist behäbige, gutmütige Partner, „Teddybär-Gemüter“, ihnen gilt sein inneres Sehnen; er findet sie jedoch sehr rasch wieder zu langweilig, zu träge. Er will also gefordert werden, kann sich trotz raschesten Trennung bei Frustration oftmals aber nie ganz vom früheren Partner lösen.

### *Marianne*

*Die Patientin beschreibt ihre Beziehung zum früheren Freund Richard als eine „Berg- und Talfahrt“. Sie habe sich gefühlt wie auf der Hochschaubahn, abwechselnd himmelhoch jauchzend und zu Tode betrübt. Richard sei ein Mann, der einfach blendend aussehe, sich in Gesellschaft bewegen könne, an dessen Seite sie sich aufgewertet fühlte. Seine bloße Aufmerksamkeit habe ihr im Freundeskreis einen höheren Stellenwert verliehen. Alle hätten ihn „haben“ wollen. Das sei ausschlaggebend gewesen dafür, daß er ihr überhaupt gefallen hätte. Er wirkte selbstsicher und le-*

benslustig. Um ihn herum sei eben immer viel los gewesen. Von Anfang an hätte sie das Gefühl gehabt, sie müsse sich bei ihm von der besten Seite zeigen, weil sie sonst keine Chance hätte. Sie hätte Gründe für ein zufälliges Zusammentreffen erfunden, extra Kleidung für diese 'Anlässe' gekauft und vorher geprobt, was sie sagen wolle. Sie habe genau beobachtet, worauf er anerkennend reagierte und sich dann dementsprechend verhalten. In Unterhaltungen mit Richard veränderte sie bewußt den Wahrheitsgehalt ihrer Erzählungen oder „es passierte ihr einfach“, weil sie faszinieren wollte. Sie formte sich nach seinem Bild bewußt und unbewußt zur idealen Freundin. „Als er mich fragte, ob ich mit ihm zusammensein wolle, da war ich die glücklichste Frau der Welt!“ Marianne schilderte die Sehnsucht nach einer Beziehung, nach Zusammenleben, konnte aber kaum benennen, was sie denn an Richard so gemocht habe. Es sei wichtig gewesen, daß er da war, so wie es auch wichtig sei, daß immer irgendjemand erreichbar wäre. Eigentlich habe sie ihn arrogant gefunden, einfach eingebildet, er habe auch immer anderen Mädchen hinterhergesehen, sie verglichen mit anderen. Das habe sie sehr verletzt, doch Richard konnte es nicht leiden, wenn sie so empfindlich mimosenhaft reagiert habe.

Die Patientin schildert die zunehmende Enttäuschung in der Beziehung. Richard entpuppte sich als ein anderer, als sie in ihm gesehen hatte. Sie erlebte ihn lediglich interessiert an den eigenen Bedürfnissen und Wünschen. Sie spürte mit zunehmender Realitätssicht, wie es ihr eng wurde in dieser Verbindung, konnte kaum mehr die Vorwürfe, die ihr „auf der Seele brannten“ hinunterschlucken. Das Gefühl, sich ihm nicht anvertrauen zu können, steigerte sich ins Unerträgliche. „Ich hatte panische Angst, daß er mich verlassen würde. Gleichzeitig fühlte ich mich schrecklich unfrei.“

Heimlich habe sie begonnen andere Männer zu treffen, hatte zusehends Angst, Richard könnte sie verlassen, ohne sich je zu fragen, wie sie denn die eigene Vorgangsweise sähe. Marianne begann die Post ihres Freundes zu öffnen, suchte Hinweise auf versteckte Liebesbeziehungen. „Auseinandersetzungen waren an der Tagesordnung - wer hat wem nachgesehen, wie und warum... Ich habe jedesmal geheult und gebettelt, er möge mich doch nicht verlassen; ich bin mir so klein und schäbig vorgekommen.“ Je mehr sie ihn angefleht habe, desto mehr hätte er sich von ihr abgewandt, wollte immer weniger mit ihr zu tun haben. Es habe ihre ganze Energie gekostet, nachzudenken, wie sie ihn von ihrer Liebenswürdigkeit überzeugen könne. Sobald das nicht gefruchtet habe, sei sie in Tränen ausgebrochen oder habe ihm „eine ordentliche Szene gemacht, die er nicht so bald vergißt“. Diese Beziehung sei einfach ein ewiger Kampf gewesen, habe sie zum Nervenbündel gemacht.

Nach Ende der Beziehung sei sie in ein „finste-

res, tiefes Loch“ gefallen. Einzig die Rachegefühle hätten sie aufrecht gehalten. „Dem werde ich zeigen, daß man mit mir nicht so umgehen kann!“ Sie konnte sich stundenlang mit Racheplänen beschäftigen, wobei sie die Kränkung durch das Verlassenwerden dann weniger spürte.

Auch die Beziehungen zu ihren Bekannten waren geprägt durch ein Wechselspiel zwischen Anpassung und „so nicht mit mir“. Die Patientin fühlte sich schnell verletzt, übergangen, gedemütigt, konnte sich kaum einfühlen in die Beweggründe anderer. Sie erlebte deswegen oft, daß sie als „schwierig“ bezeichnet wurde, als „Mensch mit zwei Gesichtern“, wobei sie selbst spürte, wie sie von einer Minute auf die andere vom „Faserschmeichler“ zur „Furie“ wurde. Sie litt unter der Distanz, die andere dadurch zu ihr hielten. Aus Angst, daß niemand mehr mit ihr zu tun haben wolle, begab sie sich in immer neue Anpassungen, zumal sie auch nur schlecht allein sein konnte. Parallel dazu sank ihr Selbstwertgefühl weiter, weil sie vor anderen nicht zu sich stand. „Wie muß ich sein, damit mich die anderen mögen?“ war lange Zeit für sie ein zentrales Thema gewesen, von dem sie deutlich spürte, wie hinderlich ihr diese Sicht zwischenmenschlicher Beziehungen war. Erst durch das wiederholte Drucharbeiten verschiedenster aktueller Situationen (s. dazu auch „Therapie der Hysterie“) wurde es der Patientin möglich, zu authentischem Verhalten zu kommen.

Von besonderer Relevanz für die therapeutische Beziehung erscheint das Agieren der Hysteriker. Sie versuchen meist, den Therapeuten in Schach zu halten, versuchen dessen Empathie zu prüfen, können so leicht verärgern und neigen zu abruptem Therapieabbruch. Es bedarf eines klaren Settings, um der Erotisierungstendenz des Hysterikers keinen Kondensationspunkt zu bieten.

## Therapie der Hysterie

Die Schwerpunkte der Hysterietherapie liegen im Person-Sein, im JA zum eigenen So-Sein. Themen sind unter anderem Würde, Selbstachtung und Respekt, die Antreffbarkeit der Person, das Verweilen-Können, die primäre Emotion im Kontext der spezifisch hysterischen Beeindruckbarkeit und die Eckpunkte der Person - Eindruck / Stellungnahme / Ausdruck.

Die eigene Leere in der inneren Mitte ist äußerst erschreckend für den Hysteriker. Er zetert, hüpf, kreischt, agiert, um sich nicht sehen zu müssen, um nicht hinschauen zu müssen. Er bedarf einer bestimmten Führung, eines klaren Settings. Es gilt, Fantasien aufzudecken, stets die Realität walten zu lassen. Der Hysteriker soll unter therapeutischer Führung seine ei-

genen Grenzen finden und einhalten lernen.

Aber: Der Hysteriker braucht auch ein flexibles Handling seiner Person, um nicht aus der Enge flüchten zu müssen. Einmal in die Enge getrieben flüchtet er in den Turm der Fantasie oder produziert Konversions Symptome.

Es ist nicht ungewöhnlich, daß der Patient den Therapeuten abwechselnd idealisiert und mit aggressiven Vorwürfen bedrängt. Der Therapeut sollte durch gezieltes Nachfragen stets die Konkretisierung der Aussagen des Patienten, deren Überprüfung auf Realität und Verankerung in dessen Leben anstreben.

Der allgemeine Therapieaufbau der Hysterie ist als eine spiralenförmige Annäherung an die kausale Leere in der inneren Mitte zu denken. Diese Annäherung sollte langsam, aber stetig unter wiederholter (geführter) Stellungnahme des Patienten zu den jeweils auftauchenden Themen vollzogen werden. Im folgenden gebe ich noch einige Themenkreise an, die in der Hysterie-therapie von Bedeutung sind. Die Fragen zu den einzelnen Themen sollen als Anregung dienen, wie diese Bereiche aufgeschlüsselt werden können.

### **Ansprechen: die Angst, sich zu zeigen**

- Was könnte sich zeigen?
- Was wäre denn, wenn man Sie erkennt?
- Was würde dann passieren?
- Wäre es vorstellbar, daß Sie das aushalten könnten?
- Worauf kommt es Ihnen dabei an?

Mit der Frage „Kennen Sie das von früher?“ kann an dieser Stelle bereits ein vorsichtiges Sondieren der Biografie einsetzen.

### **Vertrauen: Arbeit an der Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung**

- den Patienten ernst nehmen (er leidet in seiner tragischen Lächerlichkeit!)
- einen Sicherheitsabstand wahren = die Wahrung seiner Grenzen vorgeben, bis der Patient dazu selbst in der Lage ist
- ihn Aussagen konkretisieren lassen (Vertrauensverlust droht, sobald der Patient das Gefühl hat „dem kann ich alles aufbinden“, bedeutet für ihn „der nimmt mich nicht ernst“)

### **Arbeit mit Träumen: zur Annäherung an Traumata, da dieselben oftmals so sehr verdrängt sind, daß sie sich nur in scheinbar verworrenen oder widersprüchlichen Träumen oder Gefühlen äußern; zu achten ist auf**

- wie geht der Patient im Traum mit sich und anderen um
- wo findet er Ruhe
- wo nimmt er sich zuviel Raum
- was erschreckt ihn
- was ist ihm unverständlich

- welche Fähigkeiten besitzt er
- welche möglichen Formen der Existenz nimmt der Traum vorweg

### **Konfrontation: bei Entschwinden, Abgleiten aus dem Hier und Jetzt**

- Was halten Sie damit von sich fern?
- Wie fühlt sich das an?
- Wie spüren Sie das?
- ein langsames Herantasten an das Vermiedene ist angebracht!

### **Klammern ansprechen**

- Was hoffen Sie dadurch zu erreichen?
- Was können Sie nicht, was der andere schon kann?

### **Generelles Fluchtverhalten ansprechen**

- Wovor haben Sie Angst / laufen Sie weg?
- Was macht Ihnen die Enge, die Sie spüren?
- Was könnte passieren, wenn Sie nicht flüchteten aus der betreffenden Situation?
- Was könnten Sie dann noch tun?
- Haben Sie damit tatsächlich Erfahrung?
- Halten Sie das für realistisch?
- Könnte das eine Lösung sein für Sie?
- Könnte Sie das stolz machen auf sich?

### **Selbstachtung aufbauen**

- Was können Sie tun, damit Sie mit dieser Stunde zufrieden sein können?
- Gibt es etwas, daß Sie an sich mögen?
- Wofür schätzen Sie sich?
- Was mögen andere an Ihnen?
- Geht es Ihnen damit auch so oder anders?
- Können Sie Ihren Partner, Freunde, Bekannte, Kollegen... schätzen?
- Wofür schätzen Sie sie?

### **Verlässlichkeit üben**

- Wo können Sie zu sich stehen?
- Wo ist Ihnen das wichtig?
- Wo gibt es Versprechen, die Sie sich oder anderen gegenüber einlösen sollen?
- Welche davon können und wollen Sie einlösen?
- Wie können Sie sich schützen vor Überfrachtung mit Aufgaben, Erwartungen an Sie?
- Wie können Sie Ihr Tun, Ihre Pläne überschaubar halten?

### **Fassade ansprechen**

- Pflegen Sie sich gerne?
- Haben Sie ein unangenehmes Gefühl „sich pflegen zu müssen“?
- Was wäre, wenn Sie es nicht täten?
- Was würden die anderen von Ihnen denken?
- Kennen Sie das von irgendwo her?
- Was passierte damals?

- Wenn Sie es nicht um der anderen willen täten/wären, was wäre dann?

**Phantasie mit „Magischem Zaubermittel“: wenn ein Zauberutensil bewirken würde, daß es plötzlich nur mehr um den Patienten geht, nicht um das Ergattern von Anerkennung oder Zuneigung, Bewunderung oder Macht...**

- Wie wären Sie dann?
- Was würden Sie dann tun?
- Was ist das für ein Gefühl?

## Spezielles

- gibt es Trauerarbeit zu leisten
- gibt es Traumata aufzuarbeiten
- Biografie

Die Reihenfolge der genannten Punkte ist variabel. Die meisten Themenkreise werden für einzelne Lebensabschnitte oder verschiedenste aktuelle Situationen ohnehin wiederholt angewandt werden, um tatsächlich eine Vertiefung zu erzielen. Die empathische, offene, kritisch-konfrontative und über lange Strecken phänomenologische Haltung des Therapeuten wird den Therapieverlauf wesentlich beeinflussen. Sollte der Patient aufgrund seiner hysterischen Natur wiederholt mit dem Gedanken an Therapieabbruch spielen, so kann neben einer Konfrontation mit möglichen Motiven immer wieder auch erneut Motivationsarbeit nötig sein.

## Abschließende Bemerkungen zur Therapie von Marianne

Seit Beginn der Therapie sind 2 Jahre vergangen, wobei die Sitzungen die letzten 10 Monate in 14tägigem Abstand stattfanden. Im gesamten Verlauf der Therapie war neben den großen Bereichen „Beziehung zur Mutter“ und „Beziehung zum Vater“ immer wieder die aktuelle Situation der Patientin Thema. Mit den oben angeführten Fragen zu den einzelnen Bereichen gelang es Marianne zu einer Stellungnahme zum Studium, zu den Freunden, zur Freizeitgestaltung und zum teilweisen finanziellen Sorgen für sich selbst zu kommen. Schritt für Schritt tastete sie sich an ihr eigenes Spüren und Wollen heran, besah sich immer wieder genau, ob sie es vor sich und vor anderen vertreten konnte und wollte. Viele dieser Situationen führten wiederholt in die Biografie, wo ähnliche Situationen negative (= „So mag man mich nicht“) Erfahrungen hinterlassen hatten. Marianne arbeitet besonders gerne mit Träumen, da ihr in diesen das eigene Spüren zunächst am deutlichsten erschien. Von den Fragen „Was könnte mich stolz machen auf mich?“ und „Worauf würde ich gerne zurückschauen?“ sagt sie: „Das sind meine Fragen. Die tun mir gut!“ ZurZeit schreibt die Patientin an ihrer Diplomarbeit. Nebenbei arbei-

tet sie 10 Stunden in der Woche als Kindermädchen („Die Arbeit mit Kindern mag ich; es ist schön zu sehen, daß es Kindern nicht so ergehen muß wie mir!“), um weniger auf die finanzielle Unterstützung durch die Eltern angewiesen zu sein. Sie hat nach wie vor einen großen Bekanntenkreis, bezeichnet aber nur drei Menschen davon als enge Freunde. Marianne hat gelernt, mit sich sorgsam umzugehen, in Gesprächen bei sich zu bleiben und die eigene Meinung zu vertreten („Wie ist das für mich? Wie sehe ich das?“), sich nicht um der Anerkennung willen auf Ideen anderer einzulassen („Will ich das?“) und konnte mit der so steigenden Selbstachtung (Selbstwert) zunehmend riskieren, von anderen nicht immer geliebt zu werden („Schade, wenn die/der mich nicht mag, aber ich habe ja mich. Und bevor ich mich selber im Stich lasse, da ist es mir lieber, die/der lehnt mich ab!“). Seit zwei Monaten hat sich eine Bekanntschaft zu einer Freundschaft vertieft, wobei Marianne genau spüren kann, wo die Versuchung auftaucht, sich „einen schönen Anstrich zu verpassen“ und es genießt, nicht um die Zuneigung des Freundes zu „kämpfen“, weil „es doch so viel weniger anstrengend ist“. Für die nächste Zeit (ihrer Schätzung nach 2-3 Monate) möchte sie die Therapieabstände auf 14tägiger Basis halten („damit ich ja nicht in die alten Muster verfall“), um dann noch einige Male in monatlichem Abstand zur Stunde zu kommen.

## Literatur

- DORSCH F. (1994) Psychologisches Wörterbuch, 12. Auflage, 335. Bern-Göttingen-Toronto-Seattle: Verlag H. Huber
- FENICHEL O. (1945) Psychoanalytic theory of neurosis. New York: Norton. Dt.: (1975) Psychoanalytische Neurosenlehre, 3 Bde. Olten-Freiburg: Walter
- ISRAÉL L. (1993) Die unerhörte Botschaft der Hysterie. 3. Aufl., München-Basel: E. Reinhardt
- LOCH W. (1985) Anmerkungen zu Pathogenese und Psychodynamik der Hysterie. In: Jahrbuch der Psychoanalyse 17
- MICHEL E. (1979) Zur anthropologischen Deutung der Hysterie. In: Der leidende Mensch aus der Reihe 'Wege der Forschung', Band X. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- PETERS U.M. (1979) Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, 243. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg  
ad Charcot, 89  
ad Nancy, 342  
ad Salpêtrière, 458

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Patricia Freitag  
Ed. Sueßgasse 10  
A-1150 Wien

# Das frühgestörte Verhalten zur eigenen Existenz

*Fernando Lleras*

**Der vorliegende Aufsatz beschäftigt sich mit Überlegungen zu den sogenannten „Störungen des Selbst“ („Frühstörungen“, „basale Störungen“, usw.). Den Ausgangspunkt bildet eine auszugswise Falldarstellung aus der Anfangsphase einer Therapie, in der die Beziehungen des Patienten zu sich, zu den anderen und zur Welt hervorgehoben werden. Ein zweiter Teil befaßt sich mit dem Sinn solcher Störungen aus existenzanalytischer Sicht. Der dritte Teil erörtert in summarischer Weise die Phänomenologie dieser Störungen. Der abschließende vierte Teil reißt Behandlungsfragen an.**

## Falldarstellung

Herr M., ein Student Anfang 20, kam aus eigener Initiative in meine Praxis. Mein erster Eindruck von ihm war der eines tief unglücklichen und unzufriedenen Menschen. Er äußerte eine diffuse Unzufriedenheit in Bezug auf sein Studium und seine Umwelt. Er sehnte sich nach Spontaneität, nach Unmittelbarkeit, denn seine Beziehung zu sich und zu seiner Welt war durch rigide Prinzipien und archaische, unflexible moralische Ansprüche vermittelt. Er klagte auch über Konzentrationsschwierigkeiten beim Lernen, Zweifel an seinem Studium, Schwierigkeiten mit Kommilitonen, die desinteressiert und rücksichtslos waren.

Herr M. ist als ältester Sohn von drei Kindern in einer wohlhabenden Familie aufgewachsen. In der Schule war er gut, sehr angepaßt, ernst und pflichtbewußt. Die Beziehung zu seinem Vater charakterisiert er als „keine schlechte“, aber auch als keine tiefe Beziehung. In meinem Gefühl zeigt sich die Beschreibung dieser Beziehung als ziemlich unscharf und inkonsistent. Dabei ist eine Tendenz zur Idealisierung des Vaters (der „große Geschäftsmann“) wie auch zur unterschwelligem Abwertung vernehmbar.

Der Sohn hat das Gefühl, daß sich der Vater für ihn nicht interessiert, sondern sich vielmehr mit dem ein Jahr jüngeren Bruder „identifiziert“.

Die Beziehung zu seiner Mutter bezeichnet er als die tiefste und wichtigste, die er hat. Tatsächlich stellt sich diese Beziehung nach meinem Gefühl als die konturierteste und konsistenteste, wenngleich auch problematischste Beziehung dar. Im Laufe der Zeit bekomme ich den Eindruck, daß die Mutter zur Depressivität neigt und stark von Selbstzweifeln geplagt wird, die sich in Form einer überkritischen Haltung zu sich selbst manifestieren. Bei dieser basalen Verunsicherung hält sie sich an hohen moralischen Ansprüchen und Prinzipien des Verhaltens und Normen des Benehmens fest. Die Verunsicherung der Mutter dürfte in der frühen Entwicklung von Herrn M. zu einer defizitären Primärbeziehung, nämlich Mangel an Halten, Tragen und Spiegelung geführt haben. Diese primären Defizite spitzen sich dramatisch durch die Geburt des ein Jahr jüngeren Bruders zu. Bei fortgeschrittener Therapie zeigt sich eine tiefe Wut auf die Mutter („Mutter traut mir nichts zu“, „Mutter ist entmutigend“), und sie erscheint ihm als die „Hauptschuldige“ seiner schwierigen aktuellen Situation. Die Beziehung zur Mutter spiegelt sich auch in seinen Frauenbeziehungen wider. Sein bevorzugter Frauentyp wird von Frauen verkörpert, die überlegen, stark und selbstbewußt sind. Frauen, die mit ihm in irgendeiner Weise zu tun haben und die sich als unsicher und verkrampft erweisen, erzeugen bei ihm Wut. Er idealisiert die Frauen sehr stark, und seine Beziehung zu ihnen bleibt vorwiegend eine Sache der Phantasie. Durch die Idealisierung drückt sich seine große Sehnsucht nach der starken, überlegenen, tragenden Frau und zugleich die tiefe Angst vor ihrer Nähe aus, denn in der Idealisierung bleibt die Frau fern, und die Gefahr einer Verletzung oder Enttäuschung wird gebannt. Parallel zu dieser Idealisierung ist der eher unterschwellige Wunsch nach Bestrafung der Frau (der nicht tragenden und haltenden Frau) zu sehen. Er äußert Phantasien, wonach er ein weltberühmter Mann wird, so groß, daß die Frauen keinen Zugang mehr zu ihm finden, an seine Größe nicht heranreichen können. Zugleich bleibt er aber als großer Mann Zentrum ihrer Aufmerksamkeit. Entsprechend der Funktion der Mutter für das Kind in der

Primärbeziehung wird nun die Frau in seiner Phantasie instrumentalisiert und zwar als Mittel seiner Aufwertung: Als Partner dieser schönen Frau werde ich bewundert und beneidet, ich werde Mittelpunkt.

Seinen ein Jahr jüngeren Bruder charakterisiert er als das Gegenteil von sich selbst, nämlich als lustig, unterhaltsam, witzig, offen und spontan. Was sich zunächst als Bewunderung aus gibt, entpuppt sich dann als eine tiefe und schmerzhaft Rivalität, die von heftigen Schuldgefühlen begleitet wird. In dieser Beziehung fühlt er sich betrogen: Er, der sich durch große Anstrengungen und gutes Benehmen so sehr um die Aufmerksamkeit und Liebe der Eltern (vor allem der Mutter) bemüht hat, wird doch am Ende nur genauso geliebt wie der lebenslustige Bruder, der sich dafür nie anstrengen mußte. Er empfindet sich als Opfer einer bodenlosen Ungerechtigkeit.

Die Beziehung zum Bruder findet zugleich in gewisser Weise ihre Widerspiegelung in der Beziehung zu seiner sonstigen Umwelt. Es ist für ihn von großer Bedeutung, von den anderen Mitmenschen bewundert zu werden. Das birgt in sich eine doppelte Konsequenz:

1. die anderen Menschen können als Rivalen erscheinen, die ihm seine Besonderheit als Bewunderungsobjekt streitig machen;
2. er bemüht sich ständig, den anderen zu zeigen, daß er bewunderungswürdig und besser ist.

Diese zwei Konsequenzen führen dazu, daß er zumindest tendentiell von den anderen gemieden wird, und so gerät er immer stärker in die Isolierung. Dies letztere führt wiederum dazu, daß er sich als Opfer seiner Umwelt fühlt, in dem Sinne: „Ich bemühe mich so sehr, der Beste zu sein, und ich werde doch von den anderen nicht beachtet.“ Bei dieser Konstellation überrascht es nicht, daß er nie einen engen Freund gehabt und auch kein Bedürfnis danach empfunden hat. Die Männer erscheinen doch in diesem Weltbild als potentielle Rivalen um die Aufmerksamkeit und Zuwendung der Frau.

Die hier skizzierten Beziehungskonstellationen lassen meines Erachtens eine zentrale Beziehungsintention sichtbar werden: Zum einen wünscht er sich, der Beste zu sein, was sich in vielen Größenphantasien manifestiert; zum anderen will er spontan, witzig, lustig, wie ein kleines Kind sein. Diese beiden Aspekte der Intention sind ihm mehr oder weniger bewußt. Der bewußten aber liegt eine unbewußte Intention zugrunde: das kleine Kind als alleiniges Zentrum der Aufmerksamkeit der Mutter, die Wiederherstellung des „Urzustandes“. Diese unbewußte Intention schimmert in seinem während der Therapie wiederholt geäußerten Wunsch durch, ganz von neuem anzufangen (in einem anderen Land, bei anderen Eltern), also wieder Kind bei Mutter sein zu dürfen. Doch eine solche Intention ist von peinigen-

den Zweifeln an der Halt- und Tragfähigkeit der Frau begleitet, und zugleich impliziert sie die Beseitigung des Rivalen. Von daher erklären sich die tiefen Schuldgefühle, die Herrn M. bedrängen. Sie werden durch ein archaisches, wenig differenziertes und unflexibles „Gewissen“ betont, welches - wie mir scheint - stark von frühen Übernahmen mütterlichen Verhaltens bestimmt ist.

## Existenzanalytische Ätiologie frühkindlicher Störungen

Bei der Falldarstellung habe ich vorwiegend Beziehungen hervorgehoben: die Beziehung des Patienten zu den ihm nächsten und wichtigen Personen (Mutter, Vater, Bruder), zu anderen Mitmenschen, zu seiner Umwelt. Alle diese Beziehungen sind mehr oder weniger und in unterschiedlicher Weise „gestört“. Diese „Störung“ geht auf eine basälere „Beziehungsstörung“ zurück, nämlich auf die Beziehung zu sich selbst. Man spricht also in diesem Zusammenhang von einer Störung des „Selbst“. Aber, was heißt denn das? Was ist mit diesem „Selbst“ gemeint? Inwiefern können wir von einer „Störung“ dieses „Selbst“ sprechen? Mit solchen Fragen sehen wir uns vor ein weites und schwieriges Problem gestellt. Ich werde hier in geraffter Weise darauf eingehen und zwar aus der Perspektive der Existenzanalyse. Die folgenden Gedanken sollen eher den Charakter einer Anregung, eines Denkanstoßes haben.

Von der Perspektive der Existenzanalyse her gibt es tatsächlich eine konsistente und gehaltvolle Antwort auf die Frage nach dem „Selbst“. Es ist, kurz gefaßt, ein Verhältnis, das sich im Verhalten zum eigenen Sein artikuliert. Ausgehend von Heideggers Existenzbegriff (1967) werde ich nun in summarischer Weise die Auffassung über das „Selbst“ zu erläutern versuchen (vgl. Lleras 1992, 1993, 1994), um dann schließlich den Sinn der sogenannten „Frühstörungen“ in existenzanalytischer Sicht zu artikulieren.

Der entfaltete Existenzbegriff weist drei Dimensionen auf, die wir in Heideggers Terminologie als „Existenzialität“, „Faktizität“ und „Alltäglichkeit“ festhalten können. Diese drei Dimensionen stellen Strukturmomente einer Ganzheit dar, die das Sein des Menschen ausmachen.

„EXISTENZIALITÄT“: Damit kommt zum Ausdruck, daß das Sein dem Menschen nicht vorgegeben ist, wie dies bei den übrigen Seienden der Fall ist: bei den von Menschen hergestellten Dingen, wie auch bei den natürlichen Seienden, bei Pflanzen oder Tieren und dergleichen. Dem Menschen ist also sein Sein nicht vorgegeben, sondern es steht ihm bevor. Dieses Sein ist nicht im voraus entschieden, sondern es steht dem

jeweiligen Menschen je zur Entscheidung. Das bedeutet wiederum, der Mensch ist sich je immer vorweg in Beziehung zu dem, was er noch nicht ist, nämlich zu seinen jeweiligen Möglichkeiten. Der Mensch ist also in einem Verhältnis zu seinen Möglichkeiten, und insofern er dieses Verhältnis ist („Außer-sich-sein“; „Ek-stase“) geht es ihm dabei wesentlich um seine Existenz, d.h. um sein Sein, welches sich so oder so im Ergreifen oder Verwerfen der jeweiligen Möglichkeiten aktualisiert und zwar in der Weise des Gelingens oder des Verfehlens des eigenen Seins. Insofern das Verhältnis des Menschen zu seinen Möglichkeiten sein Sein qua Existenz ausmacht, ist dieses Verhältnis im gleichen ein Selbstverhältnis. Ich verhalte mich zu meinem Sein, indem ich diese Möglichkeit ergreife, indem ich jene Möglichkeit verwerfe, indem ich wähle zwischen verschiedenen Möglichkeiten, indem ich mich überhaupt enthalte, jegliche Möglichkeit zu ergreifen, ergreife ich eben diese Möglichkeit und verhalte mich dabei zu meinem Sein. Ständig also bin ich im Vollzug eines Verhältnisses zu meinem eigenen Sein als Möglichkeit. In jeder Handlung, d.h. im Ergreifen oder Verwerfen einer Möglichkeit verhält sich der Mensch zu sich selbst, insofern jede Handlung eine Weise seines Seins ausmacht, in der er sich treffen oder auch verfehlen kann. Dieses Selbstverhältnis ist der eine Aspekt des „Selbst“ von der Dimension der Existenzialität her gesehen. Dazu gehört im gleichen ein Selbstverständnis, ein Verstehen des eigenen Seins, das mehr oder weniger deutlich sein kann.

„FAKTIZITÄT“: Dieses zweite Strukturmoment im Begriff der Existenz wird von Heidegger mit dem Ausdruck „Schon-sein-in-der-Welt“ (1967) näher erfaßt. Gemeint ist folgendes: Die Existenz überhaupt und die Existenzialität insbesondere (das „Sich-vorweg-sein“) vollziehen sich nicht in einer indifferenten oder abstrakten Räumlichkeit, sondern in einem konkreten und von praktischen Bezügen bestimmten Raum, den Heidegger „Welt“ nennt und den ich als „Situation“ bezeichne. Dies heißt: Die Möglichkeiten, die mir jeweils offenstehen, sind nicht bloße Möglichkeiten schlechthin, sondern sie sind solche für mich aus meiner jeweiligen Situation (Welt), und die Wahl einer Möglichkeit vollziehe ich in und aus meiner jeweiligen Situation (Welt).

Die Situation, die jeweils meine Situation ist, stellt einen Handlungszusammenhang dar (vgl. Tugendhat, 1979), aus dem ich mich für die eine oder für die andere Seinsweise entscheiden kann, indem ich eine Möglichkeit aus ihr ergreife. Ferner stellt die Situation einen Bedeutungszusammenhang dar, innerhalb dessen ich Seiendem - Menschen und Dingen - nicht als bloßem vorhandenem Objekt begegne, sondern als dem mich jeweils unmittelbar und kontextuell Angehenden und insofern als dem, was mich irgendwie schon getroffen hat. Demzufolge bildet die

Situation eine kontextuelle Ganzheit aus, die durch Perspektivität bestimmt ist - durch meine „Sorge“, mein Interesse, meine Zuneigung oder Abneigung, usw. und durch die „Sorge“ anderer Menschen. In dieser kontextuellen Ganzheit befindet sich der Mensch immer schon.

Das Sichbefinden des Menschen in seiner jeweiligen Situation ist alles andere als das indifferente Sichvorfinden etwa eines Gegenstandes unter anderen Gegenständen in irgendeinem Raum. Ich befinde mich in meiner Situation, und diese Befindlichkeit ist immer gestimmt. Das „In-Sein“ in der Situation ist mir immer schon zugänglich in der Weise des Gestimmtseins. Meine Situation ist mir durch Affekte und Stimmungen, durch die ganze Breite und Tiefe der Emotionalität erschlossen. Dies heißt, ich verstehe mich und meine Welt (Situation) auf dem Grunde meiner Emotionalität. Die wesenhafte Situietheit und Orientiertheit des Menschen (sein „In-der-Welt-sein“) ist von der Emotionalität, von Stimmungen und Affekten getragen.

Der Mensch in seiner Situation ist also immer schon gestimmt, und die jeweilige Weise des Gestimmtseins macht ihm sich und seine Welt - Menschen und Dinge - je in einer bestimmten Weise zugänglich. Die Affekte (Furcht, Wut, Neid, usw.) und in einer umfassenderen Art die Stimmungen (Angst, Heiterkeit, Depression, Gelassenheit, usw.) machen offenbar, „wie einem ist und wird“ in der Welt. In diesem „wie einem ist“ erschließt das Gestimmtsein (Affekt, Stimmung) je mein Sein und die Welt, meine Situation.

Dieses emotionale Zugänglichmachen meines Seins in der Welt ist die Verstehensweise meiner Faktizität. Darin liegt aber auch in eminenten Weise ein Bezug zum eigenen Sein („Selbst“). In dem jeweiligen Affekt begegne ich mir selbst, darin werde ich vor mein Sein gebracht - insofern ich etwa von einem künftigen Übel (Furcht) oder von Geringschätzung durch einen anderen (Wut) getroffen werde oder insofern jemand mir etwas Gutes getan hat (Dank), usw. Im Affekt werde ich also vor mein Sein gebracht, und in eins damit verhalte ich mich zu mir in einer ganz bestimmten Weise, die auf den jeweiligen Sachverhalt bezogen bleibt. Die Konfrontation mit dem eigenen Sein und in eins damit das Verhältnis zu sich treten noch deutlicher in den Vordergrund bei den sogenannten Stimmungen, insofern sie kein intentionales Korrelat haben. Der intentionale Gegenstand der Furcht etwa ist ein künftiges Übel, das mein Sein trifft und mich fürchten läßt. Bei der Angst jedoch finden wir kein intentionales Korrelat, ebenso bei der Depression, Langeweile, Heiterkeit, Glück, usw. Die Stimmung ist eine „Gesamtdisposition“, die uns vor unser Sein in der Welt als zu Seiendes bringt. (vgl. ferner dazu die scharfsichtigen Analysen Tugendhats, 1979)



In den Affekten und in einer umfassenderen Weise in den Stimmungen wird mir offenbart, daß ich in der Welt bin und zu sein habe und wie ich in dieser Welt bin. Ich erfahre mein Sein in der Welt, und in eins damit verhalte ich mich zu ihm in einer bestimmten Weise, je nach Affekt oder Stimmung. Dieses Sichverhalten zu sich als Verhalten zum eigenen Sein (Existenz) in der Welt beleuchtet das „Selbst“ von der Dimension der Faktizität her.

Das dritte Strukturmoment im Existenzbegriff ist die „ALLTÄGLICHKEIT“ oder wie auch Heidegger sagt, das „Sein-bei .. innerweltlich belegendem Seienden“ (1967). Dieses Moment ist genauso wichtig wie die zwei anderen, und aus ihm tritt ebenfalls ein spezifischer Aspekt des Sichverhaltens zu sich („Selbst“) hervor, der von gleichrangiger Relevanz wie die zwei anderen ist. Doch ich blende dieses Moment hier aus, denn es tangiert mein Vorhaben eher mittelbar, und kehre zu den zwei ersten Strukturmomenten zurück. Von der Existenzialität her zeigt sich uns das Sichverhalten zu sich („Selbst“) als Verhalten zum eigenen Sein (Existenz) qua Möglichkeit. Im Handeln begibt sich der Mensch auf den Weg der Verwirklichung einer Möglichkeit seiner selbst, im Handeln gestaltet der Mensch seine Welt und dies heißt im gleichen seine Existenz (Sein), und dabei verhält er sich notgedrungen zu sich selbst, zu seiner Existenz (Sein). Diesen Aspekt des Sichverhaltens zu sich („Selbst“) können wir als seine „tätige“ oder „aktivistische Seite“ bezeichnen, insofern hier die Dimension des Handelns im Vordergrund steht.

Von der Faktizität her zeigt sich uns das Sichverhalten zu sich („Selbst“) eher von seiner „pathischen Seite“, insofern die Emotionen (Affekte und Stimmungen) den Menschen vor sein Sein in der Welt bringen, daß er nämlich ist und zu sein hat und wie er in seiner Situation ist. Es ist nun offenkundig, daß zu diesen zwei Aspekten des Sichverhaltens zu sich („Selbst“) - der Existenzialität und der Faktizität - Welt (Situation) wesenhaft gehört. Welt ist somit ein wesentliches Element des hier gemeinten „Selbstbegriffs“ im Unterschied zu den sonstigen „Selbstmodellen“, die grundsätzlich an der Reflexion ansetzen.

Nachdem wir zumindest versuchsweise einen Begriff des „Selbst“ als Sichverhalten zu sich, d.h. zu dem eigenen Sein (Existenz) gewonnen haben, können wir uns kurz den sogenannten „Selbststörungen“ („frühe Störungen“; „basale Störungen“, usw.) zuwenden und den genaueren Sinn dieser Störungen von der Perspektive des neugewonnenen „Selbstbegriffs“ zu verstehen versuchen. Ich setze mit folgender Frage an: Wie ist das Verhältnis des „frühgestörten“ Menschen zu sich selbst von der Seite der Existenzialität her (des Sichverhaltens zu sich als zum eigenen Sein qua Möglichkeit)? Ein Aspekt der Möglichkeit des eigenen Seins (Existenz) bei den

„Frühgestörten“ zeigt sich in den Größenphantasien. Darin liegt: „Ich bin vollkommen und als vollkommen völlig unabhängig und unbedürftig.“

Die Kehrseite solcher Phantasien ist das Gefühl tiefster Abhängigkeit und Bedürftigkeit. Diese Kehrseite bringt uns im gleichen vor die Frage: Wie ist das Verhältnis des „frühgestörten“ Menschen zu sich selbst von der Seite der Faktizität her (das „Schonsein-in-der-Welt“, „Geworfenheit“)? Das wurde eben angedeutet mit dem Gedanken vom „Gefühl tiefster Abhängigkeit und Bedürftigkeit“. Dieses Gefühl führt dazu, daß wir in der Beziehung zum „frühgestörten“ Menschen vom Unbehagen des Benutztwerdens und der Überforderung in unterschiedlicher Hinsicht getroffen werden. Es ist das Gefühl beim Therapeuten, er oder sie wird nicht als er/sie selbst angenommen, sondern als Ergänzungsteil, also nicht als ganze Person, sondern als Teil-Person und daher das Gefühl der Apersonalität in der Beziehung zu solchen Menschen. Aus diesem Gefühl können wir erschließen, wie das Verhältnis zu sich bei dem „frühgestörten“ Menschen aussieht. Er erlebt sich selbst nicht als Ganzes (als ganze Person), sondern als Teil. Von daher können wir sein existenzielles Bedürfnis nach „Ergänzung“ durch einen „anderen“ verstehen. Dieses Bedürfnis nach „Ergänzung“- das beim „frühgestörten“ Menschen als Vervollkommnung erscheint - ist von eminenter Dringlichkeit, insofern es vom Gefühl der Bedrohung vom Verlust des Grundes und des eigenen Seins begleitet wird (Anklammerungsdrang, Bewundertwerden, Gesehenwerden und dergleichen). Doch beim erwähnten Bedürfnis wird der „andere“ nicht eigens als ein „anderer“ erfahren, sondern als „Ergänzungsteil“.

Aus dieser Perspektive erscheinen die Größenphantasien des „frühgestörten“ Menschen als Sehnsucht nach „Ganzheit“ (in der Gestalt von Vollkommenheit) im Sinne von Unbedürftigkeit (völliger Autarkie): sich nicht als Teil, der eines anderen Teils bedarf, zu fühlen und zu erfahren. Es drückt sich hier also eine tiefe und wesentliche Tendenz menschlicher Existenz aus, nämlich das eigene Sein als ganz zu erleben.

Nun, ontologisch gesehen, sind die drei Strukturmomente des „Selbstbegriffs“ - Existenzialität, Faktizität und Alltäglichkeit - gleichursprünglich und gleichwesentlich. Doch, ontogenetisch gesehen, haben wir es primär und vordringlich mit der Dimension der Faktizität bei der Selbstkonstitution zu tun, nämlich mit dem durch Emotionalität gestimmten Verhältnis zum eigenen Sein. Bei diesem Entwicklungsprozeß spielt die Interaktion zwischen Mutter und Kind eine wesentlich Rolle, vor allem was die Ausbildung und Differenzierung der Affekte und Gefühle betrifft, was im gleichen mit der Ausbildung des eigenen „Selbst“ und insofern mit der Differenzierung des Kindes von der Mutter einhergeht. Nun, es scheint offensichtlich

zu sein, daß der Differenzierungsprozeß von der Mutter bei dem „frühgestörten“ Menschen aus vielerlei Gründen nicht ganz gelingen konnte, was wiederum bedeutet, daß dieser Differenzierungsprozeß bei der eigenen Emotionalität nicht zu Ende gekommen ist. Der Mensch ist also ein „Teil“ eines anderen geblieben. Es scheint ferner offensichtlich zu sein, daß bei dem genannten Differenzierungsprozeß nicht nur die Mutter in ihren verschiedenen Funktionen des Tragens, Haltens, Spiegeln, usw. eine entscheidende Rolle spielt, sondern ebensowohl das Hinzutreten eines Dritten, eines anderen, der gewöhnlich in der Gestalt des Vaters auftaucht. Für die Selbstkonstitution ist die interaktive Präsenz eines anderen wesensnotwendig (diese Funktion des Elements der Andersartigkeit kann natürlich auch zuweilen von der Mutter selbst übernommen werden). Und insofern der „frühgestörte“ Mensch dieser primären Beziehung verhaftet bleibt, in der er nicht zu seinem Sein als ein Ganzes gelangt, d.h. insofern er in seinem Entwicklungsprozeß „stecken“ geblieben ist, können wir, um eine Wendung von Theweleit (1993) zu gebrauchen - von den „nicht zu Ende Geborenen“ sprechen und die Therapie als einen Fortsetzungsprozeß der Geburt solcher Menschen ansehen.

## Zur Phänomenologie der „Frühstörungen“

Solche „Frühstörungen“ sind im Gegensatz zu den „reiferen“ Formen von Neurosen durch ein eher diffuses Erscheinungsbild der Symptome charakterisiert. Bei Herrn M. finden wir u. a. mehr oder weniger stark dysphorische und depressive Verstimmungen, beachtliche Schwierigkeiten in der Beziehung zu anderen Menschen, Störungen in der Konzentrations- und Lernfähigkeit.

Ausschlaggebend für die Differenzierung solcher „Frühstörungen“ von „reiferen“ Störungsformen sind letztlich also nicht so sehr die Symptome selbst, die eher diffus und ubiquitär sind, sondern vielmehr die Art und Weise, wie der Patient die Beziehung zum Therapeuten gestaltet. Es ist daher viel wichtiger, auf die vom Therapeuten erfahrene, miterlebte und dann reflektierte Beziehung zum Patienten zu achten, als auf festgestellte oder festzustellende Verhaltensmerkmale (vgl. dazu Kohut, 1993; Nitschke, 1988).

Entscheidendes Kriterium bei der Differenzierung gegenüber „reiferen“ Störungsformen, ausgehend von der erlebten und dann reflektierten Beziehung zum Patienten, ist der Grad an Personalität oder Apersonalität der vom Therapeuten erlebten Beziehung (vgl. Heigl-Evers, Heigl und Ott 1993). Bei den „reiferen“ Störungsformen intendiert der Patient eine personale Beziehung, die der Therapeut etwa in emo-

tionaler Fülle und spontanem Interesse, Sympathie oder Neugier erlebt. In der apersonalen Beziehung fühlt sich der Therapeut eher benutzt als Ersatz für erlebte Defizite des Patienten. Die Qualität der Beziehung bekommt dann eine betonte Einseitigkeit: Der Therapeut fühlt sich als maßlos überschätzt, bedrängt von großen Erwartungen, zuweilen auch als völlig entwertet oder als Objekt einer „grundlosen“ Wut. Gefühle des Unbehagens, der Ablehnung werden spürbar. Wir können also sagen, daß das entscheidende Differenzierungskriterium bei den „Frühstörungen“ geradezu erfühlbar ist, sofern wir auf die Qualität der Beziehung unser Augenmerk richten.

Die Bezeichnung „Frühstörung“ findet ihre Berechtigung darin, daß diese Störungsformen auf Beeinträchtigungen in der Frühentwicklung des Kindes, nämlich auf Störungen des „Mutter-Kind-Dialogs“ während der dyadischen Phase zurückzuführen sind. Folgen solcher Beeinträchtigungen sind ein fragiles „Ich“ - und dessen extreme Verletzlichkeit (narzißtische Kränkung) - das durch Größenphantasien kompensiert wird, die aber leicht in das Gegenteil umschlagen können. Diese Fragilität führt also zu bemerkbaren Schwankungen des Selbstwertgefühls. In diesem Zusammenhang ist auch das Bedürfnis zu sehen, einen anderen zu suchen, der stützend, begleitend und kompensatorisch nutzbar sein kann. Dadurch entstehen aber Abhängigkeitsgefühle, die die Größenphantasien bedrohen, sodaß der Betreffende sich davor schützt, indem er den anderen manipuliert oder indem er sich in den inneren oder äußeren Rückzug begibt oder indem er den anderen massiv entwertet.

In der primären Entwicklungsphase finden die ersten Versuche von Separation und Wiederannäherung statt. Störungen in dieser Phase führen zu Schwierigkeiten in der Autonomie, die sich in der mangelnden Steuerung von Nähe und Distanz manifest machen. Die Bedürfnisse nach Nähe können zu passiver und hilfloser Abhängigkeit führen. Die Bedürfnisse nach Distanz besetzen auch extreme Positionen wie Selbstherrlichkeit, Autarkie und Isolierung.

Neben den extremen Bedürfnissen nach Nähe bestehen, abgespalten und nicht bewußt, die extremen Bedürfnisse nach Distanz. Diese Neigung zur Abspaltung ist auch charakteristisch für die Frühstörungen. Das Bedürfnis nach Bindung etwa erfordert einen „nur guten“ Menschen (als Objekt der Bindung). Ein „nur guter“ Mensch ist aber kein voller Mensch, er ist ein Teil-Mensch (keine volle Person, apersonale Beziehungsform). Dementsprechend gilt das Bedürfnis nach Abstoßung einem „nur bösen“ Menschen, d.h. einem Teil-Menschen. Gute und schlechte Eigenschaften können nicht in einem Menschen toleriert werden, und daher werden sie abgespalten. Dies deutet darauf hin, daß die frühgestörten Patienten nicht in der Lage sind, innere Konflikte

zuzulassen, denn sie können die dazu gehörigen Spannungen nicht aushalten und mögliche Kompromisse bilden. Dies gilt natürlich auch für die soziale Welt, wo keine interpersonalen Konflikte zugelassen werden können. Die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, führen zu einer latenten Wut, die unerwartet ausbrechen kann, und zu nachtragenden Affekten wie Bitterkeit, Grimm, Groll, Hader und Rachegefühlen (vgl. Kohut, 1985, Heigl-Evers und Nitschke, 1994).

## Zur Therapie des Falles

Bei den „Frühstörungen“ handelt es sich nicht nur um Fehlentwicklungen aus der dyadischen Phase, sondern auch um „Lücken“ in der Entwicklung. Es geht also in der Therapie nicht nur um korrigierende Erfahrungen, sondern ebenso um Erst-erfahrungen. Der Raum für die Ermöglichung der einen wie der anderen Erfahrungen wird eröffnet, indem der Therapeut sich an den Funktionen einer „guten“ Mutter orientiert, die ihr Kind jedesmal ( in jeder Situation) halten und tragen kann. Doch die Aufgabe des Therapeuten kann sich nicht darin erschöpfen, denn es geht ja um die Ermöglichung der Ich-Konstitution und Stärkung, und offenbar gehört wesensmäßig zu einer solchen Ich-Konstitution die Einbeziehung eines Dritten, der Alterität, die in der Frühentwicklung des Kindes gewöhnlich mit dem Auftauchen des Vaters gegeben wird. Das Element des anderen wird zu einem Referenzpunkt außerhalb der dyadischen Beziehung zwischen Mutter und Kind. Das Hinzutreten eines Dritten, das anders mit dem Kind umgeht als die Mutter und anders mit der Mutter umgeht als das Kind, ermöglicht dem Kinde die allmähliche Erfahrung von Alterität, was zu einer Förderung der Eigen- und der Fremdwahrnehmung führt. Die Vollkommenheitsvorstellungen, die dem Kind in der dyadischen Phase eigen sind - und die der frühgestörte Patient in offener oder versteckter Weise hegt - , werden durch das Element des anderen relativiert, so daß er die Erfahrung der eigenen Endlichkeit und Bedürftigkeit macht, die dann zum Streben nach Ergänzung (Solidarität, Gemeinschaft, usw.) durch den anderen und mit ihm führt.

Die therapeutische Grundstimmung soll beim Patienten das Gefühl einer elementaren Sicherheit in der Beziehung zum Therapeuten wecken. Das ist keine leichte Sache, wenn wir bedenken, daß solche Patienten gerade auf eine apersonale Beziehungsform hinsteuern, die sich beim Therapeuten in Gefühlen des Unbehagens, des Bedrängtseins, der Entwertung, usw. anzeigt. Doch diese unerläßliche, elementare Sicherheit wird zumindest ansatzweise dadurch ermöglicht, daß wir die Schwierigkeiten in der Beziehungs-

gestaltung des Patienten nicht pathologisieren, sondern im Gegenteil als Leistungen anerkennen, durch die ein Mensch trotz der nicht geringen Schwierigkeiten, mit denen er sich konfrontiert sieht, sein Leben bisher gemeistert hat. Und das ist wahrhaftig keine Kleinigkeit. Begriffe des Pathologischen, des Krankhaften und dergleichen gehören ohnehin nicht in den Bereich der Psychotherapie. Sie stellen fremde Kategorien dar, die aus dem sehr alten Mißverständnis herrühren, daß Psychotherapie und Medizin zusammengehören.

Weiter oben war die Rede davon, daß bei der Behandlung solcher frühgestörter Patienten die Orientierung des Therapeuten an den Funktionen einer „guten“ Mutter von besonderer Bedeutung ist. Zu diesen Funktionen gehören unter anderem die verschiedenen Formen des Spiegelns. Dazu sei ein kleines Beispiel aus der Therapie mit Herrn M. erwähnt: Er sitzt in seinem Sessel mit nach vorn gebeugtem Oberkörper, die Ellenbogen auf die Oberschenkel gestützt, die Fäuste geballt, das Kinn etwas nach oben gestreckt und den Blick starr in die Ferne gerichtet. Dabei erzählt er mit monotoner und gepreßter Stimme von seiner Situation in der Wohngemeinschaft, wo er lebt. Ich kann den Ärger nachempfinden, den er gerade spürt und der jederzeit in deftige Wut umkippen könnte. Deshalb sage ich ihm: „Herr M., ich möchte Ihnen gern zeigen, wie ich Sie gerade erlebe, und dazu werde ich Ihnen vormachen, wie Sie da vor mir sitzen“. Ich nehme die gleiche Haltung ein wie er, wobei ich ein bißchen übertreibe und sage ihm: „Sie wirken auf mich wie ein Panther, der gleich lospringen könnte. So groß ist also Ihre Anspannung und die Verärgerung auf die Mitbewohner“. Die Bedeutung einer solchen spiegelnden Intervention besteht in der Bündelung von Gefühlen bei einer bestimmten Situation und deren Bewußtmachung. Spiegelnde Interventionen dieser Art setzen aber das Gefühl einer elementaren Sicherheit in der Beziehung zum Therapeuten voraus, sonst besteht die Gefahr, daß sich der Patient veralbert fühlt.

Eine andere Form des Spiegelns ist die ermutigende Bestätigung von Fortschritten, vor allem, wenn sich das dazugehörige Gefühl - etwa der Freude - beim Patienten nur schwach und unsicher meldet. Herr M., der gewöhnlich immer darauf wartet, daß die anderen auf ihn zukommen, erzählt etwas verhalten die folgende Episode: Eine Gruppe von Kommilitonen plant für das Wochenende einen Theaterbesuch. Er hört davon und würde gern mitgehen. Er überwindet seine „Zurückhaltung“ und fragt die Kommilitonen, ob er mitkommen kann, und zu seiner Überraschung wird er herzlich dazu aufgefordert. In dieser Situation freue ich mich mit ihm - daß er seine „Zurückhaltung“ überwunden hat, daß er herzlich aufgenommen wird - und teile ihm emphatisch meine Freude mit.

Es gibt viele andere Formen des Spiegeln, die es in der Therapie mit solchen Patienten auszuschöpfen gilt. Das Spiegeln ist eigentlich eine elementare Form des Antwortens, des im Einklang mit dem anderen Sichberührenlassens und der einfachen Wiedergabe dieser Berührung. Im Spiegeln spielt das Element der Begrenzung und Grenze durch ein anderes keine primäre Rolle. Dabei geht es vielmehr um Verstärkung und Strukturierung der vielfältigen emotionalen Reaktionen des eigenen Daseins, sodaß dieses an Beständigkeit gewinnt. Doch im Prozeß der Selbstkonstitution ist die Präsenz eines anderen und die Interaktion mit ihm wesentlich. Daher werden in der Therapie Interventionen notwendig, die das Element der Alterität enthalten. Dazu ein Beispiel: Herr M. erzählt voller Groll von der Rücksichtslosigkeit seiner Mitbewohner, die sich nicht an die Regel der Wohngemeinschaft halten und die Küche oder das Badezimmer wie einen „Saustall“ hinterlassen. Das führt dazu, daß er selbst stillschweigend das Badezimmer putzt oder in der Küche aufräumt und dabei innerlich vor Wut kocht. Dazu sage ich ihm: „In so einer Situation würde ich doch anders handeln, Herr M. Ich würde vielleicht mit den zwei anderen Mitbewohnern sprechen, sie an die Regel der Wohngemeinschaft erinnern und dabei würde ich die anderen meine Verärgerung spüren lassen.“ In dieser Art der Intervention artikuliert sich das Element der Alterität - „ich bin anders als Du“ - und zugleich stellt diese Grenze der Alterität ein Angebot dar: „Du könntest versuchen, wenn Du willst, auch so oder ähnlich zu handeln“.

Eine weitere Interventionsform, in der das Element der Andersartigkeit vermittelt wird, ist die direkte Mitteilung dessen, was der Patient im Therapeuten erzeugt: Wenn Sie zu mir so sprechen und sich mir gegenüber so verhalten, dann erlebe ich Sie so und so und fühle ich dies und jenes. In dieser Interventionsform wird die Andersartigkeit deutlicher spürbar, und insofern ist dabei die Konfrontation mit einem anderen ausgeprägter.

Gemeinsam für alle diese Interventionsformen - oder besser Formen der Interaktion - ist das affektive Sichttreffenlassen vom Patienten und die entsprechende antwortende Mitteilung. Die bloße instrumentelle Anwendung dieser Interventionsformen würde zu einem Herrschaftsverhältnis führen, das sich alles andere als therapeutisch auswirken würde. Die gemeinte Interaktion eröffnet dem Patienten einen Erfahrungsraum, in dem er erleben kann, daß er einen anderen gefühlsmäßig erreichen kann, zugleich aber auch, daß er selbst von einem anderen affektiv berührt werden kann. Dieser Erfahrungsraum ermöglicht es ferner, die Aufmerksamkeit auf gehemmte oder erst neu entstehende oder kaum zugelassene Gefühle zu richten, sodaß diese dem Patienten allmählich zugänglich und erfahrbar werden können.

Diesen Ausführungen zufolge zeigt sich das primä-

re Problem bei den „frühgestörten“ Menschen in jenem Aspekt des „Selbst“, den wir von der Dimension der Faktizität her erblickt haben. Das Gestimmtsein (Emotionalität) im Verhältnis zu sich und der Welt bleibt mehr oder weniger undifferenziert, das eigene Sein wird dabei als „Teil“ und die Welt als eine Räumlichkeit erlebt, deren Trag- und Haltefähigkeit als sehr fragwürdig empfunden wird. Es ist klar, daß unter solchen Bedingungen das Verhältnis zu sich als Verhältnis zu den eigenen Möglichkeiten (Existenzialität) ebenfalls hochproblematisch wird. Wo die Konkretion der eigenen Welt (Situation) als sehr dürftig erlebt wird, erscheinen die Seinsmöglichkeiten als mehr oder weniger luftige und leere Gebilde. Es handelt sich also bei diesen „Störungen“ grundsätzlich um ein Entwicklungsproblem, und daher scheint mir die oben eingeführte Wendung von den „nicht zu Ende Geborenen“ berechtigt zu sein. Darin liegt: Dieser durchaus dramatische und schwierige Vorgang der Geburt kann in einer Therapie zu Ende geführt werden.

## Literatur:

- HEIDEGGER M. (1967) Sein und Zeit. Tübingen: Max Niemayer
- HEIGL-EVERS A., HEIGL F., OTT J. (1993) Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart: G. Fischer
- HEIGL-EVERS A., NITZSCHKE B. (1994) Das analytische Prinzip „Deutung“ und das interaktionelle Prinzip „Antwort“. In: Heigl-Evers A. und Ott J. (Hg.) Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- KOHUT H. (1985) Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut. In: Kohut H. Die Zukunft der Psychoanalyse. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- KOHUT H. (1988): Narzißmus. Eine Theorie der psychoanalytischen Behandlung narzißtischer Persönlichkeitsstörungen. Frankfurt/M. Suhrkamp
- LLERAS F. (1992) Selbsterfahrung als Vollzug von Existenz-Verständnis. In: Bulletin der GLE, Nr. 3, Wien
- LLERAS F. (1993) Existenzanalyse und Hermeneutik. Unveröffentlichtes Arbeitspapier, vorgestellt bei der Frühjahrstagung der GLE in Wien
- LLERAS F. (1994) Emotion und Handlung. Unveröffentlichtes Arbeitspapier, vorgestellt bei der Tagung der GLE in Feldkirch.
- NITZSCHKE B. (1994) Die entwicklungsbedingt strukturelle Ich-Störung. In: Heigl-Evers A. und Ott J. (Hg.) Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- THEWELEIT K. (1993) Männerphantasien. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- TUGENDHAT E. (1979) Selbstbewußtsein und Selbstbestimmung. Frankfurt/M.: Suhrkamp

*Anschrift des Verfassers:*

Dr. Fernando Lleras  
Friedrich-Ebert-Anlage 19  
D-69117 Heidelberg

# Die existentielle Rekonstruktion der Person nach einer reaktiven Depression

Karin Luss

**Es wird die Psychotherapie einer Patientin mit einer reaktiven Depression geschildert, die durch eine Gesichtslähmung nach einer Operation entstanden ist.**

**Die Patientin war ursprünglich wegen eines plötzlich auftretenden Wahnsyndroms auf eine psychiatrische Station zwangseingewiesen worden. Es stellte sich schließlich ein Hirntumor heraus, dessen Operation zur Gesichtslähmung führte. Wegen der paradigmatischen Bedeutung möglicher Fehldiagnosen wird dieser Abschnitt mitgeschildert.**

**Die Psychotherapie führte durch die Problematik der Entwertungsgefühle für die eigene Person durch die Gesichtslähmung zu grundsätzlichen Fragen der Eigenverantwortung und Abgrenzungsfähigkeit sowie zu biographischen Inhalten, die sich in das aktuelle Erleben eingewoben hatten: eine Abtreibung und nicht bewältigte Gefühle der Verlassenheit durch die Eltern. Das auslösende Trauma brachte die Patientin somit zur Revision von Einstellungen und Haltungen und zur biographischen Aufarbeitung unbewältigter Erlebnisse.**

ranoide Gedankeninhalte (verdächtigte ihren Mann, sie zu betrügen; fühlte sich von den Nachbarn beobachtet), akustische und optische Halluzinationen (sah den bereits verstorbenen Vater, der mit ihr sprach). Die Patientin wurde bei der Aufnahme handgreiflich gegen Pfleger und konnte nur durch eine intramuskuläre Gabe eines Neuroleptikums beruhigt werden. Frau S. wurde nach dem Unterbringungsgesetz auf der geschlossenen Abteilung aufgenommen.

Unter regelmäßiger oraler Einnahme von Haldol kam es relativ rasch zu einer Stabilisierung des Zustandsbildes, die Patientin konnte zunehmend von ihren paranoiden Gedankeninhalten abrücken.

Frau S. merkte in den mit ihr geführten Gesprächen an, daß die durchlebte Krankheitsphase sicherlich mit schweren Erlebnissen in ihrer Kindheit zusammenhänge und zeigte Interesse an einer Psychotherapie.

Die somatischen und neurologisch-klinischen Untersuchungen waren völlig unauffällig. Die craniale CT-Untersuchung ergab jedoch einen völlig überraschenden Befund, nämlich einen Kleinhirnbrückentumor rechts. Mit dem Vorliegen dieses Befundes mußte die Diagnose einer schizophrenieformen Störung entsprechend den Diagnosekriterien nach DSM-III R korrigiert werden auf organisch bedingtes Wahnsyndrom mit organisch bedingter Halluzinose.

Es erfolgte eine sofortige Transferierung an eine neurochirurgische Abteilung, wo der Tumor erfolgreich entfernt wurde.

Nach der Operation nahm Frau S. nochmals Kontakt mit der psychiatrischen Abteilung auf, um mitzuteilen, daß sie von der gesamten Medizin Abstand bräuchte und deshalb auch keine Psychotherapie beginnen wollte. Zu diesem Zeitpunkt war Frau S. psychisch unauffällig. Die Operation hatte allerdings eine Gesichtslähmung rechts verursacht, die die Patientin vorerst gut verkräftete.

Frau S. wurde eingeladen sich im PSD (Psychosozialen Dienst) zu melden, sollte sie das Angebot einer Psychotherapie zu einem späteren Zeitpunkt nützen wollen.

Frau S. meldete sich nach einem Jahr im PSD, da sie nach der Rückkehr aus einem Urlaub eine verstärkte innere Unruhe verspürt hatte und Schlaf-

## Vorgeschichte

Frau S. wurde über den Amtsarzt mit Verdacht auf paranoides Zustandsbild an die Aufnahmeabteilung eines allgemein psychiatrischen Krankenhauses eingewiesen. Die Patientin hatte sich bedroht gefühlt, aggressiv gegen andere Personen reagiert und angekündigt, daß anderen und ihr selbst bald etwas passieren würde.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme war Frau S. ängstlich und dysphorisch, zeitweise kam es zu Gedankenabrissen. Ebenso erlebte die Patientin pa-

störungen aufgetreten waren, ähnlich wie zu Beginn ihrer ersten psychotischen Episode.

Eine komplette neurologische Durchuntersuchung brachte die Vergewisserung, daß kein Tumorrezidiv vorlag.

Die Patientin wurde nun mit einem milden Neuroleptikum und einem Antidepressivum behandelt, da sich zunehmend eine depressive Symptomatik entwickelte.

In einigen Gesprächen wurde klar, daß sich Frau S. nach ihrem Urlaub wegen der Hochzeit ihrer Tochter übernommen hatte. Zu ihrer Erschöpfung kam, daß ihr anhand der Hochzeitsfotos zum ersten Mal die Entstellung ihres Gesichts durch die Gesichtslähmung voll bewußt geworden war.

Die Patientin entschloß sich nun zu einer psychotherapeutischen Behandlung.

## Auszug aus der Familienanamnese

Frau S. wurde 1956 in einer kleinen Gemeinde in Niederösterreich als Jüngste von insgesamt vier Geschwistern geboren. Die Eltern der Patientin ließen sich bald nach der Geburt von Frau S. scheiden; sie kannte ihren leiblichen Vater nicht. Die Mutter war immer berufstätig, da der Vater die zurückgelassene Familie finanziell nicht unterstützte und beträchtliche Schulden hinterlassen hatte.

Frau S. besuchte die Pflichtschule und absolvierte eine Verkaufslehre. Die Patientin lernte mit 16 Jahren ihren Mann kennen, mit 18 heiratete sie und bekam ihre ältere Tochter. Als die Patientin 21 Jahre alt war, gebar sie ihre zweite Tochter. Frau S. übte ihren Beruf nicht aus. Sie blieb trotz Hausbau und den damit verbundenen finanziellen Belastungen bei den Kindern zu Hause.

Zum Zeitpunkt des Therapiebeginnes lebten sowohl die jüngere Tochter (15a), als auch die ältere Tochter (18a) im elterlichen Haushalt bei Frau S. und ihrem Mann. Das Familienleben wurde als harmonisch beschrieben.

## Therapieverlauf

In den ersten Wochen der psychotherapeutischen Behandlung ging es um das Aufbauen eines Vertrauens zu mir und um eine Stützung in ihrer depressiven Befindlichkeit. Ich verschrieb der Patientin neuerlich ein mildes Neuroleptikum und ein Antidepressivum. Frau S. sah die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie zwar ein, blieb ihr gegenüber aber skeptisch. Die Patientin hatte schon immer eine kritische Haltung zu Medikamenten, ob-

wohl weder sie noch Menschen ihrer Umgebung negative Erfahrungen mit Medikamenten gemacht hatten. Anfänglich drängte Frau S. auf eine schnelle Reduktion bzw. auf ein Absetzen des Antidepressivums und des Neuroleptikums. Im Zuge des wachsenden Vertrauens zu mir als ihrer behandelnden Ärztin traten diese Wünsche jedoch in den Hintergrund. Die Patientin zeigte eine gute Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme und war sogar überrascht, als ich ihr einige Monate nach Abklingen der depressiven Phase zum Ausschleichen der Medikamente riet.

Die Therapie konzentrierte sich gleich am Beginn auf jene Bereiche, wo sich die Patientin überforderte. Überlegungen wurden angestellt, wie sie sich vor dem ständigen „Zuviel“ schützen könnte. Frau S. klärte langsam für sich, daß das Überengagement für andere, das oft in eine völlige Aufgabe ihrer eigenen Bedürfnisse mündete, aus ihrer tiefen Sehnsucht herrührte, von der Mutter gehalten und geliebt zu werden. Diese alte Sehnsucht übertrug sich heute auf ihren Mann, der ihr der einzige Halt in ihrem Leben war.

Die Patientin konnte sich mit Hilfe der PEA (Personale Existenzanalyse) schrittweise an die Wut und im späteren Verlauf an die Trauer darüber heranwagen, daß ihr Vater sie verlassen hatte und daß ihre Mutter nur wenig Wärme und Halt gegeben hatte. Der nächste Schritt der PEA gestaltete sich zunächst etwas schwierig. Im Ergründen, was Frau S. von der Vorgangsweise ihres Vaters und dem eher kalten Verhalten der Mutter hielt, machte sich anfangs nur Wut über das Versagen beider Elternteile breit. Die Patientin meinte, daß das Verhalten ihrer Eltern eigentlich eine Zumutung gewesen sei und daß diese verantwortungslos gehandelt hätten. Erst nach einem gewissen Distanzgewinn, der durch die Überlegung, wie es wohl einer ihrer Töchter an ihrer Stelle ergangen wäre, gewonnen worden war, war es Frau S. möglich, Trauer über das Verlassenwerden durch den Vater und die Versäumnisse ihrer Mutter zu verspüren.

Nach Abklingen der depressiven Phase wurde Frau S. zunehmend ambivalent bezüglich der Frage, ob sie die Therapie weiterführen sollte. Sie hielt vereinbarte Termine nicht ein, die Therapiefrequenz gestaltete sich über zwei Monate unregelmäßig. In dieser Zeitspanne kamen vor allem die zunehmende psychische Belastung durch die Gesichtslähmung und die Veränderung der Lebenssituation zur Sprache: Die Kinder waren erwachsen und brauchten die Mutter nicht mehr so wie früher. Das warf für Frau S. die Frage nach dem Inhalt ihres Lebens auf. In dieser Situation mußte die Therapiemotivation neu geklärt werden. Nachdem Frau S. wieder eine

Therapiestunde vesäumt hatte, zeigte ein phänomenologisches Betrachten des Fernbleibens, daß es sich um ein Nicht-Hinschauen, ein Vergessen-Wollen von unangenehmen Lebensabschnitten handelte. Die Patientin bemerkte in der Folge, daß sie durch das ständige Wegschieben von schmerzlichen Dingen immer mehr unter Druck geriet.

Nach dieser phänomenologischen Klärung der Therapiemotivation hielt die Patientin die vereinbarten Termine pünktlich ein.

## Die Durcharbeitung

In der nächsten Behandlungsphase ging es darum, den gesamten Krankheitsverlauf nochmals zu betrachten. Frau S. erinnerte sich an körperliche Symptome, die schon ein Jahr vor der psychotischen Episode aufgetreten waren. Ärger erfaßte die Patientin, als sie sich erinnerte, daß sie von den behandelnden Ärzten als Hypochonderin hingestellt worden war, weil ein Jahr vor dem psychotischen Geschehen keine aussagekräftigen Befunde erhoben werden konnten. Mit diesem Nicht-ernst-genommen-Sein wurde eine tiefe, alte Wunde berührt. In der Kindheit hatte sie von der Umgebung oft gehört: „Ja, alle Mayers sind nichts wert. Was will man bei einem solchen Vater?“.

So schlimm der CT-Befund mit der Diagnose „Gehirntumor“ auch war, war er psychisch doch eine Erleichterung und geistig eine Rehabilitation für Frau S. : „Ich habe ja gespürt, daß mit mir etwas nicht in Ordnung war. Ich hatte also doch recht!“.

Das Verkannt-Werden als Hypochonder, das schrittweise Abgleiten in die psychotische Symptomatik, die Notbehandlung in einem allgemeinen Krankenhaus und die Zwangsbehandlung auf der Psychiatrie wurden mit der personalen Existenzanalyse durchgearbeitet. Doch war allein schon die Aufklärung, daß ein Gehirntumor die erlebten psychotischen Symptome auslösen kann, entlastend für die Patientin.

Ein wichtiges Thema in der Verarbeitung ihrer Psychose war die Frage, warum sie in der Psychose geglaubt hatte, daß ihr Mann sie verlassen würde, und warum sie ihren Vater gesehen und gehört hatte. Sie verstand, daß sie durch den Gehirntumor in eine Extremsituation geraten war. Durch diese Drucksituation kamen ihre biographischen Themen zum Vorschein, die ihr noch immer zu schaffen machten: Verlust von Halt und Verlassen-Werden durch den Vater. Hilfreich für ihre Heilung war auch, daß Frau S. die gesamte Zeit nach Abklingen der akut psychotischen Symptomatik ihren Mann und ihre beiden Töchter als Stütze und Kraftquelle

erleben konnte.

Nur zögernd sprach Frau S. ein anderes Thema an, das durch ihre Krankheit aufgewühlt wurde. Sie war überzeugt, daß die Krankheit eine Strafe für die vor 7 Jahren durchgeführte Abtreibung war.

Die Thematisierung der Abtreibung geschah behutsam und von ihrer Seite sehr zaghaft. Unter Zuhilfenahme einer zeichnerischen Familiendarstellung gelang es, die Bedeutung der Abtreibung im Erleben der Patientin zu verdeutlichen und zu einer emotionalen Stellungnahme zu kommen. Im Zentrum dieser Darstellung stand ein nicht näher ausgeführtes kreisrundes Gebilde, um das der Mann von Frau S., die beiden Töchter und die Patientin selbst waren. Nur Frau S. hatte in dieser Zeichnung körperlichen Kontakt zu dem kreisförmigen Gebilde, das das abgetriebene Kind symbolisierte. Ein Fuß der Patientin ragte in den Kreis hinein. Alle anderen Personen waren dem Kreis nahe, aber berührten ihn nicht. Über ein phänomenologisches Betrachten der Zeichnung wurde Frau S. klar, daß die Abtreibung vor sieben Jahren kein abgeschlossenes Kapitel in ihrem Leben war, wie sie immer gesagt hatte. Die Anordnung der übrigen Familienmitglieder verstand die Patientin so, daß die Familie immer zusammenhielt, auch während der Zeit der Abtreibung. Nur für sie selbst war die Angelegenheit noch nicht erledigt - das abgetriebene Kind hielt sie am Fuß fest. Die Frage, ob die Patientin diesem abgetriebenen Kind noch etwas zu sagen habe, griff sie bereitwillig auf. Durch die Therapie wurde es Frau S. möglich, einen Dialog mit dem abgetriebenen Kind zu führen, ihre Beweggründe darzustellen und die immer verdrängte Trauer darüber zuzulassen.

In dieser Zeit ging es der Mutter der Patientin, die im selben Ort wohnte, wieder schlechter. Sie war eine schwere Alkoholikerin und hatte wieder vermehrt Alkoholexzesse. Es bedurfte einer genauen Bestimmung des Verantwortungsbereichs der Mutter gegenüber, damit sich die Patientin von der Mutter authentisch abgrenzen konnte.

Aufgrund der aktuellen Vorfälle stieß die Patientin auf frühe Erlebnisse ihrer Kindheit. Die Kindheit war geprägt von überfordernden Verpflichtungen im Haushalt, da die Mutter berufstätig war. Die Patientin und ihre Familie galten im Ort als „Nichtsnutze“ der Vater als „Taugenichts“. Die Mutter ging in der ihr verbleibenden Freizeit viel aus und überließ die Kinder sich selbst. Sie hatte viele Affären mit verschiedenen Männern und wurde alsbald zur Alkoholikerin. Frau S. entwickelte ein Verständnis für die Bedeutung all dieser Vorfälle in ihrem Leben und bezog Stellung dazu. Sie meinte, daß es nicht ihre Aufgabe sei, die Fehlritte ihrer Mutter auszubügeln. Das hatte sie seit ihrer Kindheit versucht. Die Patientin grenzte ihre Verantwortung der

Mutter gegenüber dahingehend ein, daß sie eine adäquate medizinische Versorgung sicherstellte und sie im Haushalt unterstützte, wo sie aufgrund ihrer Altersschwäche Hilfe brauchte.

Zuletzt wurde in der psychotherapeutischen Behandlung die Bedeutung der Gesichtslähmung besprochen. Auch hier war es schwer, einen emotionalen Zugang zu finden. Anhand mitgebrachter Fotos von ihrem entstellten Gesicht betrachteten wir die Auswirkung der Lähmung und empfanden, welche Entwertung diese Lähmung für sie bedeutete. Dabei wurde auch deutlich, wie entwertend sie mit sich umging.

Im Gegenzug dazu verbrachten wir geraume Zeit damit herauszufinden, was die Patientin an sich schätzen konnte und was nicht und wie sie mit ihren nicht so liebenswerten Seiten umgehen könnte. Frau S. merkte, daß sie dazu tendierte, eine schlechte Eigenschaft als „pars pro toto“ zu nehmen und meinte, daß sie nicht gerade gerecht mit sich umgehe. Im Nachspüren, wo Frau S. in ihrem Leben so angenommen worden war bzw. angenommen wurde, wie sie eben sei, gelang es ihr langsam, ihr Gesicht mit der Entstellung anzunehmen.

In der Folge ging sie auch nicht mehr so entwertend mit sich selbst um. Sie erlebte sich als Frau wieder begehrenswert und legte vermehrt Wert auf ihr Äußeres. Einem eventuellen kosmetisch-chirurgischen Eingriff sah sich Frau S. zu diesem Zeitpunkt noch nicht gewachsen. Das Risiko einer erneuten Operation war ihr zu groß.

Zum Zeitpunkt des Therapieabschlusses war die Patientin frei von jeglichen psychischen Beschwerden. Sie war dabei ihren neuen Lebensabschnitt zu organisieren und bewußt ihre Interessen, die aufgrund der Kinder und der Familie immer zu kurz gekommen waren, zu verwirklichen.

Nach ungefähr einem Jahr informierte mich Frau S., daß sie sich zu der kosmetisch-chirurgischen Korrektur der Gesichtslähmung entschlossen hatte. Die Operation war erfolgreich verlaufen. Die Patientin war nach wie vor psychisch ausgeglichen und benötigte keine Psychopharmaka.

## Rückblick auf den Therapieverlauf

Während der ersten Wochen der psychotherapeutischen Behandlung, wo die Patientin depressive Symptome zeigte, war neben der Vertrauensbildung zu mir ein Klären der Verantwortungsbereiche von Frau S. notwendig. Die Patientin konnte sich kaum abgrenzen, fühlte sich für alles und jedes verantwortlich und übersah dabei völlig die Verantwortung für sich selbst.

Im späteren Therapieverlauf wurde dieser Themenkreis in Bezug auf die Mutter von Frau S. aktualisiert und in diesem Zusammenhang nochmals bearbeitet.

Ein Zulassen von Trauer (verlassen vom Vater, nie erlebte „Nestwärme“, Verlust des abgetriebenen Kindes) erschien mir sehr zentral in der Arbeit mit Frau S.. Nach dem Trauerprozeß über all die Verluste in ihrem Leben, war es der Patientin möglich, diese Lebensereignisse sein zu lassen - sie mußten nicht mehr verdrängt werden, und in dieser Gelassenheit war eine Neuorientierung möglich.

In der massiven Entwertung, die die Gesichtslähmung für Frau S. darstellte, war die Selbstannahme nicht nur im Sinne des Sosein-Dürfens in Frage gestellt, sondern auch im Sinne des Angenommen-Seins und Wert-sein-Mögens. Im Aufspüren jener Begegnungen, wo Frau S. sich angenommen erlebt hatte bzw. sich angenommen erlebte, fand die Patientin Halt, Sicherheit, ein Geliebt-Werden und ein Angenommen-Sein, so wie sie war, auch mit der Gesichtslähmung. D.h. die Patientin hatte kompensierende Erlebnisse in all jenen Bereichen, wo sie in ihren früheren Lebensabschnitten große Defizite erfahren hatte und konnte diese auch zulassen.

*Anschrift der Verfasserin:*

*Dr. Karin Luss  
Seckendorfstraße 2/1/6  
A-1140 Wien*



# Existenzanalyse der Behinderung

## Schlüsselstellen im Verständnis und Zugang

*Silvia Längle*

**Bei diesem Artikel handelt es sich um einen Vortrag, der am 3. Mai 1996 bei der Jahrestagung der GLE in Rothenburg ob der Tauber zum Thema „Ich kann nicht... Behinderung als menschliches Phänomen“, gehalten wurde. Es wird eine Darstellung sowohl der klassischen Logotherapie V. E. Frankls als auch der neueren Entwicklung der „Personalen Grundmotivationen“ in der Existenzanalyse zum Umgang mit schicksalhaften Lebenseinschränkungen gegeben. Während Frankls Anliegen darin besteht, vom Übersinn ausgehend die prinzipielle Sinnmöglichkeit jeder Lebenssituation aufzuzeigen, geht es der existenzanalytischen Psychotherapie darum, mit dem Betroffenen in den Prozeß der Auseinandersetzung zu treten. Im 2. Teil des Vortrages werden die Schritte und Stufen dieses Prozesses für die spezifische Problemstellung dargestellt.**

Was finden wir vor in der Existenzanalyse zum Thema Behinderung? Worauf können wir als Therapeuten und Berater zurückgreifen, um den Behinderten zu verstehen?

Da möchte ich zum einen das Werk Frankls in Bezug auf das Thema darstellen. Das wird der 1. Teil meiner Ausführungen sein. Im 2. Teil geht es um die neueren Entwicklungen in der Existenzanalyse, soweit sie für den Umgang mit Behinderung relevant sind.

Noch eine Bemerkung vorweg: Ich möchte Behinderung in einem etwas weiteren Sinn sehen, nämlich als "vom Schicksal betroffen". Durch Schicksalsschläge werden die Lebensmöglichkeiten des Betroffenen ganz erheblich eingeschränkt. Die Selbstverständlichkeit, daß das Leben offensteht, wird gebrochen.

Neben einer körperlichen oder geistigen Behinderung im ursprünglichen Verständnis des Begriffes stehen mir Ereignisse vor Augen, wie der Verlust eines geliebten Menschen, wie ein folgenschwerer Unfall, die Diagnose einer unheilbaren Erkrankung oder natürlich das, was ich aus eigener Erfahrung kenne, die Geburt eines "behinderten" Kindes. Auch Angehörige sind vom Schicksal mitbetroffen und dem leidvollen Weg des Annehmens ausgesetzt, wengleich unter Umständen distanzierter.

Bei genauerem Hinsehen ist Behinderung kein Sonderfall im Leben, der nur wenige trifft. In verschiedenem Ausmaß geht es uns alle an, ob als Betroffene, Mitbetroffene oder als Noch-Nicht-Betroffene. Wir alle sind angefragt, uns auseinanderzusetzen mit dem Menschsein angesichts von Behinderung oder auch mit dem Menschwerden angesichts von Behinderung.

### Das Thema Behinderung im Werk Frankls

#### Das Schicksalhafte

Wenn man bei V.E. Frankl zum Stichwort Behinderung nachschlägt, wird man nicht fündig. Frankl äußert sich nicht explizit zum Thema Behinderung, doch implizit nimmt es breiten Raum ein, wenn er der Frage nach dem Leiden und dem Sinn des Leidens nachgeht.

*„Die Auseinander-setzung mit dem schicksalhaft Gegebenen ist letzte Aufgabe und eigentliches Anliegen des Leidens.“* (Frankl 1987, 147)

An anderer Stelle schreibt er: *„Wer sich gegen sein Schicksal - also gegen das, wofür er wirklich nichts kann und was er sicher nicht ändern kann, - auflehnt, der hat den Sinn allen Schicksals nicht erfaßt. Das Schicksal gehört recht eigentlich so ganz zur Totalität unseres Lebens dazu, und nicht das geringste an Schicksalhaftem läßt sich aus dieser Totalität herausbrechen, ohne das Ganze, die Gestalt unseres Daseins zu zerstören. Das Schicksal gehört also zu unserem Leben dazu und so auch das Leiden; also hat, wenn das Leben Sinn hat,*

*auch das Leiden Sinn. Auch das Leiden ist sonach, sofern notwendiges Leiden vorliegt, der Möglichkeit nach etwas Sinnvolles*". (Frankl 1985, 93 f.)

*„Dank ... der Möglichkeit, auch noch im Leiden Sinn zu finden - ist der potentielle Sinn des Lebens ein bedingungsloser: Der Möglichkeit nach ist das Leben sinnvoll unter allen Bedingungen und Umständen, selbst den armseligsten.“* (Frankl 1990, 91 f.)

Wie kommt Frankl zu dieser Stringenz, zu dieser zwingenden Kraft in der Haltung und Aussage?

Da gibt es keinerlei Zögern und Bedenken, die Überzeugung der bedingungslosen Sinnmöglichkeit steht wie ein Felsen in den Widerwärtigkeiten des Lebens.

## Der Übersinn

Frankls Unerschütterlichkeit ruht sicherlich auf zumindest zwei Säulen: Zum einen ist es die Evidenz der eigenen Lebenserfahrung, die er selbst beschrieben hat (u.a. in „... trotzdem ja zum Leben sagen“ (Frankl 1988) und „Autobiographische Skizze“ (Frankl 1985)), und zum anderen ist es der Glaube an einen Über-Sinn, einen Sinn des Weltganzen.

*„... müssen wir nicht annehmen, daß die menschliche Welt selber und ihrerseits überhöht wird von einer nun wieder dem Menschen nicht zugänglichen Welt, deren Sinn, deren Über-sinn allein seinem Leiden erst den Sinn zu geben imstande wäre?... Daß der Glaube an einen Über-Sinn - ob nun als Grenzbegriff oder religiös als Vorsehung verstanden - von eminenter psychotherapeutischer und psychohygienischer Bedeutung ist, erhellt von selbst. Er ist schöpferisch. Als echter Glaube innerer Stärke entspringend, macht er stärker. Für solchen Glauben gibt es letzten Endes nichts Sinnloses.“* (Frankl 1987, 64 f.)

Diesen Sinnhorizont eröffnet Frankl in seiner „Ärztlichen Seelsorge“ vom Jahre 1946. Denn Frankl sah sich vor die Anfrage gestellt, die im Zeitgeist lag: ob es im Leben nicht letztlich darum gehe, glücklich zu sein, und daher Aufgabe vieler Lebensbemühungen, wie der Psychotherapie, somit wäre, das Leid aus der Welt zu schaffen. Frankls Anliegen war es, das Leiden, das ja da ist, nicht aus dem Leben hinauszuschieben, sondern ihm seine Würde zu belassen. Doch um dem Leiden einen berechtigten Platz im Leben zukommen zu lassen, bemüht Frankl das Konzept des Übersinns. Im Übersinn hat auch das Leiden einen Sinn und fügt sich ein in den Sinnhorizont des Lebens. Jetzt gehört es zum Leben dazu. Im weiteren Verlauf der „Ärztlichen Seelsorge“ rückt das Leiden nun von der „scheinbar negativen Seite der menschlichen Existenz“ (Frankl 1987, 292) zu einem Aspekt im Leben, in dem sich das menschliche Leben auch zu

erfüllen vermag. (vgl. Frankl 1987, 145)

## Der Sinn im Leiden - Einstellungswerte

*“Das Leiden, die Not gehört zum Leben dazu, wie das Schicksal und der Tod. Sie alle lassen sich vom Leben nicht abtrennen, ohne dessen Sinn nachgerade zu zerstören. Not und Tod, das Schicksal und das Leiden vom Leben abzulösen, hieße dem Leben die Gestalt, die Form nehmen.“* (Frankl 1987, 150)

Oder im „Homo patiens“: *“...der Leidende vermag nicht mehr, das Schicksal äußerlich zu gestalten; aber gerade das Leiden setzt ihn in stand, das Schicksal innerlich zu bewältigen, so zwar, daß er es transportiert aus der Ebene des Faktischen auf die Ebene des Existentiellen. ... Ich bin vor die Frage gestellt, was ich nun aus ihr [der Krankheit] mache und mit ihr anfangen“.* (Frankl 1990, 328 f.)

Frankl weist hier auf die Priorität der Erlebniswerte und schöpferischen Werte hin, in denen es um mein Sein in der Welt geht. In der 3. Wertkategorie, den Einstellungswerten, ist der Mensch auf sich selbst, auf sein Selbst zurückgeworfen.

*“Nun, es war die Rede davon, daß es sich bei einer Sinnmöglichkeit um die Möglichkeit handelt, die Wirklichkeit zu verändern. Eine solche Veränderung geht nun entweder so vor sich, daß - solange es möglich ist - die Situation geändert wird oder daß der Mensch - sobald dies notwendig wird - sich selbst ändert. Tatsächlich ist dem Menschen gerade dort, wo er eine Situation nicht ändern kann, abverlangt, zu reifen, zu wachsen, über sich selbst hinauszuwachsen! Und solcherart im Leiden die höchste Leistung zu vollbringen, die höchste Möglichkeit in sich selbst zu verwirklichen.“* (Frankl 1985, 65 f.) *“Im Gegensatz zum faktischen Ich ist das Selbst ein fakultatives. Es repräsentiert den Inbegriff der Möglichkeiten des Ich. Diese Möglichkeiten sind solche der Sinnerfüllung und Wertverwirklichung, und als solche sind sie Möglichkeiten, die nicht zuletzt in der Konfrontation des Menschen mit schicksalhaften Notwendigkeiten aufscheinen. Wer einen Menschen um diese Möglichkeiten betrügt, beraubt ihn des Selbst als des Spielraums, in dem das Ich atmet.“* (Frankl 1990, 266)

Wenn man das so liest oder hört und dabei die schmerzliche Verkrampfung im Leiden gegenwärtig hat, so versetzt diese Textstelle unter Umständen einen tiefen Stich.

Wie soll da das ICH atmen, womöglich frei atmen können? Wie dahin gelangen?

Frankl sieht es so: *„Es kann sonach der Fall eintreten, daß die Existenzanalyse einen Menschen leidensfähig machen muß - während ihn etwa die Psychoanalyse nur genußfähig oder leistungsfähig machen will. Es gibt nämlich Situationen, in denen der Mensch in echtem Leiden und nur darin sich*

erfüllen kann". (Frankl 1987, 152)

An anderer Stelle im „Homo patiens“: *“Diese Leidensfähigkeit aber ‘hat’ der Mensch nicht, sie hat ihm niemand in die Wiege gelegt: Organe besitzt man, und Talente kann einer zumindest besitzen; die Leidensfähigkeit jedoch muß sich der Mensch erst erwerben: er muß sie sich erst erleiden. ...Die Erwerbung der Leidensfähigkeit ist ein Akt der Selbstgestaltung”.* (Frankl 1990, 323 f.)

Um das weiterzuentwickeln greift Frankl eine Formulierung von K. Jaspers auf, der menschliches Sein als “entscheidendes Sein” definiert.

*„‘Sich’ entscheidet der Mensch: Als entscheidendes Sein, das der Mensch ist, entscheidet er niemals nur etwas, vielmehr jeweils auch sich selbst. Alle Entscheidung ist Selbstentscheidung und Selbstentscheidung allemal Selbstgestaltung. Während ich das Schicksal gestalte, gestaltet die Person, die ich bin, den Charakter, den ich habe, - gestaltet ‘sich’ die Persönlichkeit, die ich werde. ...Ich handle nicht nur gemäß dem, was ich bin, sondern ich werde auch, wie ich handle”.* (Frankl 1990, 324)

*“Dieser Wagemut, der Mut zum Leiden - dies ist es, worauf es ankommt. Es gilt, das Leiden anzunehmen, das Schicksal zu bejahen, sich ihm zu stellen”.* (Frankl 1990, 332)

Wie kann nun der Mensch sich seinem Schicksal stellen? Was kann der Therapeut dazu beitragen, um diesen Selbstgestaltungsprozeß zu unterstützen. Was braucht es, damit der Betroffene sein Schicksal annehmen kann?

## Wie kann Leid bewältigt werden

Frankl gibt hier nur zwei Anhaltspunkte. Er führt sie nicht weiter aus.

Der eine Hinweis betrifft das Problem, wie man Leid annehmen kann.

*“Es gilt, wie wir gehört haben, das Leiden anzunehmen. Um es annehmen, akzeptieren zu können, muß ich nun das Leiden intendieren. ... Nur das intendierte Leiden hört auf, Leiden zu sein. ... Allein, um das Leiden intendieren zu können, muß ich es transzendieren. Mit anderen Worten, ich kann das Leiden nur intendieren, ich kann nur sinnvoll leiden, wenn ich um eines Etwas, eines Jemand willen leide. So, daß das Leiden, wenn es sinnvoll sein soll, nicht Selbstzweck sein darf. Augenblicklich würde alle Leidensbereitschaft, alle Opferbereitschaft in Masochismus umschlagen. Sinnvolles Leiden ist ein Leiden ‘um...willen’. Indem wir es akzeptieren, intendieren wir es nicht nur, sondern intendieren wir durch das Leiden hindurch etwas, das mit ihm nicht identisch ist: wir transzendieren das Leiden.*

*Sinnvolles Leiden weist allemal über sich selbst*

*hinaus. Sinnvolles Leiden verweist auf ein ‘um willen dessen’ wir leiden. Mit einem Wort, sinnvolles Leiden kat`e xochen ist das Opfer“.* (Frankl 1990, 333 f.)

Und hier schließt sich dann wieder der Kreis zum Übersinn - denn der Übersinn war es ja, der allem Leiden Sinn gibt.

Diesen Sinn, den Über-Sinn fruchtbar werden zu lassen, ist nun nach Meinung Frankls Aufgabe der Existenzanalyse.

*“Sofern die Existenzanalyse Psychotherapie ist, findet sie sich immer wieder vor die Frage gestellt, das Leiden auf seine Sinnmöglichkeiten hin existentiell zu analysieren. Es wird ihr jeweils darum gehen müssen, das Leiden ...‘mit Sinn zu begaben’. Wie sich indessen gezeigt hat, wird dieses Mit-Sinn-Begaben nicht selten und nicht zuletzt auf nichts anderes hinauslaufen als darauf, das Leiden zum Opfer zu weihen”.* (Frankl 1990, 334)

Ein anderer Hinweis gilt der Aufgabe des Therapeuten.

*“Der Psychotherapeut, der solch einer Verzicht-Leistung [aus der Einschränkung der Lebensmöglichkeiten, in diesem Falle durch zerebrale Kinderlähmung] jemals ansichtig geworden, hat diese Zeugenschaft zu schätzen, hat dankbar zu sein für sie. Denn ihm wird etwas gegeben: Mut und Trost - Mut und Trost, den er weiterzugeben hat, anderen Menschen, seinen Kranken. Mag es sich auch nur um Einzelfälle handeln: ein für allemal wurde er zum Zeugen davon, daß die ‘Leistung’ des Verzichts dem Menschen nicht nur immer wieder not tut, sondern auch möglich ist. Der Seelenarzt wird zum Spiegel, der das Bild beispielhaft und vorbildlich leidender, den Verzicht ‘leistender’ kranker Menschen zurückwirft. Ein Blick anderer Kranker in diesem Spiegel zeigt ihnen, daß es nichts Unmögliches ist, was ihnen abverlangt wird. Was jedoch den Arzt selbst anbelangt, wird er im Bewußtsein der Möglichkeit, besser gesagt im Bewußtsein der Verwirklichbarkeit dieser Möglichkeit, dem Kranken gegenüber anders auftreten, überzeugter auftreten. Darum wird er auf den Kranken auch anders wirken. Denn machen wir uns nichts vor: Nur einer, der selber überzeugt ist, kann seinerseits andere überzeugen.”* (Frankl 1990, 327 f.)

Frankl vermittelt uns in seinen Texten auch seine Zeugenschaft, die sich zusammenfassen läßt in den Worten seines Buchtitels “...trotzdem ja zum Leben sagen.”

Dieses „trotzdem Ja“ Frankls weist auf die grundsätzliche Möglichkeit des Lebens, für das „Ja“ prinzipiell immer einen Raum zu haben. Es gibt keine Lebenssituation, die das Ja zum Leben von vornherein verwehrt. Es handelt sich dabei um eine kategorische Antwort: Das trotzdem Ja ist immer möglich und eröffnet Sinnmöglichkeiten - es eröff-

net die Kategorie der Einstellungswerte.

Nur, schauen wir noch einmal genau hin: Ist damit die Situation des Behinderten, des von Einschränkungen Betroffenen, wie sie uns begegnet, erfaßt und getroffen?

Stellt uns nicht jede Einschränkung unserer Lebensmöglichkeiten vor die Grundfrage: Wie können wir diese Einschränkung annehmen? Und zwar ganz unabhängig davon, ob wir noch die Möglichkeit haben, schöpferische Werte oder Erlebniswerte zu verwirklichen? Also nicht erst im quasi "heroischen" Moment der Einstellungswerte stellt sich das Problem des Annehmen-Könnens, und nicht zwingend in der Konsequenz des „Um wessen willen“, also im Sinne eines Opfers, ist es dem Menschen möglich, anzunehmen.

Die Frage des Betroffenen ist nicht nur und nicht in erster Linie: Wo habe ich Sinnmöglichkeiten? Verbleiben neben den Einschränkungen noch Wertbereiche offen?

Die Frage ist auch: Wie kann ich den schmerzhaften Moment jetzt überleben?

Das Erleben, daß das Leben noch Möglichkeiten offen hält, die für den Betroffenen lebbar und ergreifbar sind, ist die letzte Stufe der Krisenbewältigung. Da befindet er sich bereits in der Zielgeraden, da nähert er sich dem Wendepunkt, dem "spektakulären" Moment, entweder aus seinem Leiden heraus, oder trotz seines Leidens tätig zu werden, trotz des Schicksals oder aus dem Schicksal etwas zu machen.

## Wie erlebt der Betroffene Einschränkungen von Lebensmöglichkeiten?

Hiermit komme ich zum 2. Teil meines Vortrages, in dem ich mich dem Bereich der Behinderung noch mehr annähern möchte.

Wie anfangs gesagt, möchte ich Behinderung weiter fassen, nämlich im Sinn von "vom Schicksal betroffen".

Wie kann der Betroffene **mit** seinem Schicksalsschlag jemals weiterleben?

Auch die Angehörigen betrifft es oft, ebenso begleitende Personen wie z.B. Therapeuten - auch sie sind persönlich angefragt, mitzutragen.

Ich möchte Sie jetzt mitnehmen in das Erleben, **was** müssen wir da eigentlich mittragen.

Ein Schicksalsschlag: das heißt, das Leben hat einen Bruch bekommen. Die so selbstverständlich angenommene oder auch bang erhoffte Kontinuität im Leben ist abgebrochen. Die Selbstverständlichkeit des Lebens ist in Frage gestellt. Etwas Unerwartetes und Ungewohntes will Raum greifen. Es fühlt sich an, wie das Ende der Welt - es tut unend-

lich weh. Wie ergeht es einem da und zwar allen im weitesten Sinne Betroffenen? Droht in so einem Moment nicht das Leben in einen Abgrund zu geraten? Das Erleben solcher Brüchigkeit macht Angst. Kennen wir nicht alle den Moment, wo wir starr vor Entsetzen werden und uns am liebsten abwenden würden oder nur noch hinstarren können?

Welcher Behinderte ist nicht immer wieder diesen Reaktionen ausgesetzt?

Ich möchte diese Reaktionen nicht abqualifizieren, denn darin kommt ein menschliches Grundbedürfnis zum Ausdruck.

Dieses Erstarren heißt: Das, was mir da begegnet, hat in meinem Leben keinen Platz. Oder noch deutlicher: So, unter diesen Umständen, ist Leben nicht mehr vorstellbar. Da lauert der Abgrund. Dieser Abgrund läßt mich erstarren.

Da kommt die Bedrohung auf, nicht mehr sein zu können, beinahe so, als ob Raum nur für **einen** wäre: entweder ich oder das Schicksal. Wenn ich mich zu sehr verdrängt fühle, führt der Weg in den Suizid. Andernfalls versucht man, das Schicksal nicht hereinzulassen. Man kann nicht annehmen, was offenbar der Fall ist. Es schmerzt so sehr, daß es noch gar nicht sein kann. Man kann nicht glauben, daß das Geschehene überhaupt möglich ist, es entrückt ins Unwahrscheinliche, wird verschwommen. Der Betroffene verbleibt in einer Phase der Ungewißheit. (vgl. E. Schuchardt, 1993) Das sind befreiende, erlösende Momente, wenn die Hoffnung keimt, daß alles nur eine Täuschung sein könnte.

Diese Phase in der Konfrontation mit Schicksalhafterem ist oft beschrieben worden, am bekanntesten sind sicher die Untersuchungen von Elisabeth Kübler-Ross (1969). Ich möchte auch auf eine Studie von Erika Schuchardt hinweisen unter dem Titel "Warum gerade ich?" (Vandenhoeck, Göttingen 1993). Sie hat 1000 publizierte Lebensgeschichten von 1900 bis heute auf den Umgang mit Schicksalsschlägen hin untersucht, und dabei ebenfalls einen konstanten Prozeß der Krisenverarbeitung aufgefunden. Erika Schuchardt beschreibt ihn als Lernprozeß in 8 Phasen, beginnend mit der Ungewißheit. Erst nach den Durchgangsstadien Gewißheit, Aggression, Verhandlung und Depression kommt es zur Annahme (6. Phase), die in weiteren Phasen Aktivität und Solidarität möglich macht.

Wir können also nicht erwarten, ohne einen Prozeß der Annäherung an ein Schicksal eben dieses Schicksal annehmen zu können. Das entspricht auch meiner ganz persönlichen Erfahrung.

Annehmen kann man nicht einfach. Annehmen ist ein Prozeß, ein Werden und Wachsen. Es ist auch ein Prozeß, den man nicht nur allein für sich, zurückgezogen von Begegnungen durchlaufen kann. Das "Sein-in-der-Welt" gibt dabei wesentliche Impulse. Beziehungsabbruch führt leicht zum Prozeß-

abbruch.

Was braucht nun der Betroffene, solange er sein Schicksal solcherart auf Distanz hält? Was kann ihm helfen, sich dem, was ist, anzunähern?

Zu allererst muß ich erleben können und spüren können: Das Leben trägt weiter, es zerbricht nicht. Es braucht vor allem Begegnungen mit Menschen, die dem Leid standhalten, die nicht zurückweichen, die nicht vor Schreck den Blick abwenden. Ich brauche nicht Antworten, nach denen ich noch gar nicht gefragt habe, ich wäre noch gar nicht offen dafür. Ich brauche Menschen, die mir nichts aufdrängen und auch noch keine Patentlösungen bereithalten.

Ich brauche als Betroffener etwas, was meine panische Angst vor dem Unbekannten eingrenzt. Es geht darum, wie ich den Halt finde, hinschauen zu können. Und Menschen, die es ertragen können, daß es mir jetzt so geht, daß es jetzt einmal so ist. Es ist so - jetzt; mehr nicht. Auch diese Behinderung, diese Krebserkrankung: Ja, die gibt es.

Es geht nur darum, das Erleben zu nähren: Diese Behinderung kann sein, und ich kann sein.

Zu erleben, daß es Menschen gibt, die nicht vor dem Behinderten zurückschrecken, gibt Halt und schafft die Grundlage für Vertrauen.

Der Betroffene braucht die Erfahrung, nicht herauszufallen, nicht fremd, nicht anders zu sein; eingebettet zu bleiben ins SEIN.

Ich bin. Und die schrecklichen Folgen des Unfalls sind auch. Der Krebs ist auch. Das behinderte Kind ist auch. Aber ich bin mehr als der Krebs. Das Kind ist mehr als das Down-Syndrom.

Es gibt die Behinderung, aber ich bin mehr als die Behinderung.

Damit kann ein erstes Ja keimen, ein Ja zu dem, daß es mich gibt. Mein Sein bleibt bestehen in seiner Integrität.

ICH KANN SEIN. Es gibt mich noch, auch mit der Behinderung. Mein Sein hat wieder den Raum um zu atmen. Ich kann ein Ja dazu finden, daß ich bin. Dieses erste Ja ist die Basis, um ein Schicksal letztendlich annehmen zu können. In diesem Ja geht es darum, das Faktum gelten zu lassen, noch nicht mehr.

Für den Moment ist nicht gefragt, ob es gut ist, ob ich einen Sinn finden kann, ob ich mir überhaupt Zukunft vorstellen kann, das sind weitere, spätere Schritte, jetzt geht es darum, das Faktum als solches erst einmal bestehen lassen zu können. Da schaffe ich mir den Raum, um leben zu können, erst einmal für den Moment, dann ganz allmählich überhaupt. Die Zukunft ist ein weiterer Schritt. Jetzt ist Gegenwart. Und das Schicksal lastet jetzt, es ist ganz gegenwärtig. Noch kann ich mich nicht darüber hinwegsetzen, ich kann es nicht zur Vergangenheit machen, hoffen, es wäre so schnell zu bewältigen. Erst einmal ist es und nicht mehr.

Dieses erste Ja bildet die Grundlage für weitere Ja's. Mit diesem Ja zum Sein ist eine erste Stufe erreicht im Prozeß des Annehmens.

Was haben wir da gemacht? Aus der geballten Ladung, die auf einen zukommt, haben wir einen ersten Schritt herausgelöst. So kann ich in einen Prozeß kommen, auch als Therapeut.

## Die Personalen Grundmotivationen

Diese Stufen im Prozeß, um mit Zustimmung leben zu können hat Alfried Längle unter dem Begriff der „Personalen Grundmotivationen“ erstmals 1992 bei der Tagung der GLE in der Schweiz vorgestellt. Ein weiteres Mal 1992 bei der Tagung in Berlin. Die Personalen Grundmotivationen bilden seit 3 Jahren auch die Grundlage der Ausbildungscurricula für Beratung und Therapie. Wir haben damit eine neue Entwicklung der Existenzanalyse zur Hand, die den Prozeß der personalen Entwicklung und Reifung transparenter und zugänglicher macht.

Die 3 Grundmotivationen stellen 3 Stufen dar für den Prozeß, ein Schicksal, eine solche Lebens Einschränkung annehmen zu können und mehr noch, dem Leben unter diesen neuen, veränderten Bedingungen zustimmen zu können. Sie geben auch für die psychotherapeutische Arbeit eine Struktur vor. Damit ist es möglich, das in seiner Ganzheit Erschlagende und Unfaßliche in Schritte zu zerlegen und die Person des Betroffenen in den Bereichen der 3 Grundmotivationen ihre Stabilität finden zu lassen.

Ich möchte noch die zwei weiteren personalen Grundmotivationen vorstellen, weil auch sie relevant sind für das Problem, mit Begrenzungen leben zu können.

In der 1. Grundmotivation ging es also darum, das Faktische annehmen zu können, hinschauen zu können. Daß ich mich dabei nicht wohl fühle und wie es dann weiter gehen kann, ist erst ein späterer Schritt, erst einmal geht es nur darum: „Jetzt ist es halt so, und ich kann trotzdem und sogar damit sein“.

In der 2. Grundmotivation geht es dann um das Mögen. Erst nach der Stabilisierung im Faktischen ist die Grundlage gegeben, sich den Stürmen der Emotionen auszusetzen.

Natürlich mag ich nicht, daß mein Kind ein Down-Syndrom hat. Dahinter steht auch nicht die Frage, ob ich es so haben möchte oder nicht. Ich bin nicht angefragt zu wählen. Zu diesem Zeitpunkt nicht mehr. Darüber ist längst entschieden. Das Faktum liegt ja vor. Die 2. Grundmotivation vertieft sich in der Frage: Ist es gut, daß ich bin? Ist es gut, auch mit dieser Einschränkung der Möglichkeiten?

Und da spüre ich, daß ich in meinem Lebenswillen getroffen bin, verletzt durch die Unbarmherzigkeit des Schicksals. Kann Leben je wieder gut sein? Das braucht Zeit und Behutsamkeit. Es braucht die Zeit, daß sich das Leben zeigen kann. Und es braucht Offenheit, um sehen zu können. Solange aber der Widerstand am Faktischen die vorherrschende Stimmung bleibt, ist das noch nicht möglich. Es ist eben erst der 2. Schritt nach dem ersten.

Im 3. Schritt geht es um den Platz der Betroffenen in der Gesellschaft. In der 3. Grundmotivation fragt sich die Person: „Darf ich so sein, wie ich bin?“

Da liegt eine große Brisanz für Betroffene drinnen, fragt man sich doch unwillkürlich: Bin ich eine Belastung für andere? Darf ich mich so zumuten? Aber es heißt auch: Sieht man nur noch meine Behinderung oder werde ich als Person auch noch gesehen? Das Zurückweichen von Menschen in der Umgebung heißt ja, daß die Behinderung, das Krebsleiden, der ungewohnte Gesichtsausdruck so übermächtig werden, daß die Person dahinter nicht mehr wahrgenommen wird. Das führt zu Kränkungen, unter Umständen zu Rückzug und Isolation.

Darf ich so sein, wie ich bin? Das ist auch eine Frage an den Betroffenen selbst und an seine Person. Darf ich vor mir so sein, wie ich bin? Kann ich mich selbst annehmen, so wie ich bin? Kann ich die Demütigung des Schicksals überwinden? Kann ich die Würde meines Menschseins wieder entdecken? Oder vielleicht erstmals entdecken?

Wenn ich auch noch dieses „Ja zu mir“ finde, habe ich zur Freiheit meiner Person gefunden. Das Leben des Betroffenen ist zwar vielen Einschränkungen unterworfen, doch die Person hat sich freigemacht. Dieser Weg führt über drei Zustimmungen: Das Ja zu Welt, zum Faktischen, das Ja zum Leben, zu meinem Sein und das Ja zu mir, zu meinem So-Sein.

Nun ist der Mensch frei, das Leben oder auch sein Leiden so zu gestalten, daß er mit Zustimmung leben kann. In dem Moment erst eröffnet sich der Sinnhorizont.

Erst nach diesem Prozeß des Annehmens wird der Betroffene fähig, die 4. Grundmotivation, die

existentielle Grundmotivation zu ergreifen, den Willen zum Sinn.

Damit schließt sich der Bogen zu den Ausführungen Frankls. Nur daß nun nicht zuerst der „Übersinn“ postuliert werden muß, sondern auch psychologisch und innerweltlich vorgegangen werden kann - und sich der Übersinn dadurch aufs neue erweisen kann.

Schicksal und Leiden ist auch eine Chance, eine Chance zu reifen. Doch bevor es eine Chance ist, ist es erst einmal eine abgrundtiefe Krise. Und sich auf diese Krise einzulassen, ist die Anfrage an den Therapeuten, aber auch an jeden Noch-Nicht-Betroffenen.

## Literatur

- FRANKL V. E. (1985) Die Sinnfrage in der Psychotherapie. München: Piper Verlag
- FRANKL V. E. (1987) Ärztliche Seelsorge. Frankfurt am Main: Fischer Verlag (1987, 4. Aufl.)
- FRANKL V. E. (1988) ...trotzdem Ja zum Leben sagen. München: dtv (1988, 7. Aufl.)
- FRANKL V. E. (1990) Der leidende Mensch. München: Piper Verlag
- KÜBLER-ROSS E. (1969) Interviews mit Sterbenden. Stuttgart, Berlin: Kreuz Verlag
- LÄNGLE A. (1994) Lebenskultur - Kulturleben. In: Bulletin der GLE Nr. 1/1994, Wien: GLE
- LÄNGLE A. (1992a) Was bewegt den Menschen? Zur Grundlegung einer existenzanalytischen Motivationslehre. Vortrag bei der Tagung der GLE in Zug. Tagungsbericht der GLE (in Vorbereitung)
- LÄNGLE A. (1992b) Die Person und der Andere. Zur Systematik einer Wechselwirkung. Vortrag am 2. Oktober 1992 bei der Jahrestagung der GLE in Berlin
- LÄNGLE A. (1996) Das Ja zum Leben finden. EA und LT in der Suchtkrankenhilfe. In: Fleisch E., Haller R., Heckmann W. (Hrsg.) Suchtkrankenhilfe lehren. Ein Lehrgang zur Weiterbildung für Suchtprävention und Drogenberatung. Weinheim: Beltz/PVU
- SCHUCHARDT E. (1993) Warum gerade ich? Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht

*Anschrift der Verfasserin:*

*Dr. Silvia Längle*

*Ed. Sueßgasse 10*

*A-1150 Wien*

# Die Begegnung mit dem behinderten Menschen

## Haltung und Erleben des Therapeuten

*Diakon Karl Rühl*

***Dieser Artikel ist eine leicht gekürzte Version eines Vortrages, den Diakon Karl Rühl unter dem gleichen Titel auf der Jahrestagung der GLE in Rothenburg am 5. Mai 1996 gehalten hat. In diesem Vortrag geht es dem Autor vor allem darum, anhand eines Fallberichtes einen Paradigmenwechsel nachzuzeichnen: Die Begegnung mit Behinderten führt uns zu eigenen Wunden, eigenen Verbarrikadierungen: Behinderte als Begrenzer stören den Therapeuten als Menschen. Tiefer gesehen haben wir im therapeutischen Prozeß oft ähnliche Gefühle wie der Behinderte und die Frage, um wen es eigentlich geht, entsteht. Dieser Abstieg vom Podest erfordert Mut, es ist die Demut. Sie hilft uns, mit behinderten Menschen den therapeutischen Weg zu beschreiten. Er ist die Grundlage einer therapeutischen Haltung und eines existenzanalytisch begründeten Weges.***

Geschmacksinnes, starke Stimmbandlähmungen und eine zunehmende Taubheit kamen hinzu... Früher war Frau Meier eine attraktive, glücklich verheiratete Frau mit einem Kind gewesen. Ihre familiären Bande zerbrachen infolge der massiven Veränderungen. Ihr Mann und das Kind hatten sie verlassen.

### Zur Existenzanalyse

Frau Meiers personale Integrität war angegriffen, teilweise auch abhandengekommen. Ihre Behinderung konnte sie nicht integrieren. So erlebte sie ihr ICH an der Behinderung haftend, als Selbstbehinderung. Dadurch verlor sie in einem starken Maße ihre Welt- und Seinsbezüge und erreichte immer weniger ihre eigenen Werte. Dieses Nicht-Ereichen-Können, führte zu einem Lebensstil, der mehr am Abhandengekommenen oder Verlust haftete, als an der Erfüllung von Werten. Indem sie ihr Können entwertete, verstärkte diese Passivierung der Person ihre eigenen Destruktionswünsche.

Meine Themenstellung möchte ich anhand einer Frau mit einer erworbenen Mehrfachbehinderung aufzeigen und anhand meines schwierigsten Falles, der ich selbst bin.

### Zur Anamnese

Frau Meier begegnete mir in meiner Arbeit bei einem Hausbesuch. Auslöser ihrer Behinderung waren Operationen am Gehirn, die wegen eines immer wieder wuchernden bösartigen Tumors durchgeführt worden waren. Die Operationen fügten ihr eine Behinderung nach der anderen zu. Das fesselte sie an den Rollstuhl, Lähmungen im Gesichtsbereich stellten sich ein, der Verlust des Geruchs und

### Zur therapeutischen Haltung

Die Begegnung mit dem Behinderten fordert unausweichlich einen verborgenen Sachverhalt des Lebens heraus, die Seinsfrage. Mit seiner Stellung zur Seinsfrage beginnt auch das Selbstverständnis eines Therapeuten und seiner Arbeit. „Therapeuo“ meint in einem ursprünglichen Sinne erst einmal „dienend nahe sein“ und im abgeleiteten Sinne versteht sich „therapeuo“ als wiederherstellen bzw. heilen. Ziel der Therapie kann nicht die Abschaffung der Behinderung sein, sondern ein Wiederherstellen einer ursprünglichen Ganzheit und Einheit, aber dies ist Effekt einer dienenden Nähe.

Wer an den Behinderungen des anderen arbeitet, ist in seiner Eigenerfahrung angefragt, sich mit sei-

nen eigenen Schwächen und Behinderungen auseinanderzusetzen. Es geht um ein notwendiges „Kultivieren der Schwachheit“. Erscheint der Therapeut trotz aller angewandten Empathie und Wertschätzung als ein Koloß, ist es für den Behinderten schwierig, Schwäche als Eigenart innerhalb einer therapeutischen Beziehung anzunehmen. Im Kontakt mit der eigenen Schwäche kann ein Therapeut einem anderen in der Annahme der eigenen Schwäche dienen.

## Wie kann dieses therapeutische Verständnis umgesetzt werden?

Jeder Behinderte Mensch hat seine eigene Lebenswelt und benötigt auch spezifische Behandlungsformen. Doch bei allem schwingt auch etwas Ähnliches mit, nämlich die Frage, wie jemand mit dem Vorfindlichen, mit Belastungen, mit Behinderungen, Leid usw. umgeht und welche Stellung er zu seiner Welt einnimmt. Je nach seinem Verhalten stellt sich eine Selbstbehinderung oder eine verstärkende Kraft ein. Die Existenzanalyse spricht von einer unspezifischen Vorgehensweise und Haltung. Nach Alfred Längle (1992, 361 ff.) zielt die unspezifische Existenzanalyse ab auf:

- einen Stop des passiven Überschwemmtwerdens oder der Eskalation des Negativen
- einen Stop der Negation von Gegebenheiten, d.h. es geht um die Hereinnahme der Bedingungen in die Lebensgegebenheiten
- eine realistische Neuorientierung, vor allem auch bei unabänderlichen Schicksalen

## Stop des passiven Überschwemmtwerdens oder der Eskalation des Negativen

Das ICH wird überschwemmt und erlebt sich bei einer nicht integrierten Behinderung und einem mit ihr einhergehenden fehlenden Weltbezug als überlagert und entfremdet durch Ohnmachtserfahrungen, Vertrauensverlust in das Referenzsystem des Leibes, Haltlosigkeit, Entfremdungserlebnisse, Preisgabe der eigenen Person, Destruktionen des eigenen Wollens und Könnens, Vereinsamung.

Die Eskalation liegt u. a. auch darin, daß sich die Person vor weiteren Verletzungen zu schützen versucht. Dieser Selbstschutz hatte sich bei der Patientin verallgemeinert und führte zur Vermeidung von Welt- und Seinserleben. Die Folge war eine Passivierung der Person, welche verstärkt wurde durch Eigendestruktionen. Primärziel war daher,

Frau Meier Entlastung zu geben. Dazu brauchte es meine Selbstwahrnehmung, damit Frau Meier nicht Objekt meiner hilflosen Fremdwahrnehmung wurde. Meinerseits war kein therapeutischer Aktivismus gefordert, sondern eine aktive Selbstzurücknahme, damit Frau Meiers Eigenbewegung wieder Achtung durch meine Aufmerksamkeit und Wertschätzung erfahren konnte.

Behinderte wie Nichtbehinderte haben stärkere und schwächere Bereiche. Die letzteren gilt es zu stützen und ihnen zur Weiterentwicklung zu verhelfen, die ersteren gilt es zu integrieren. In vielen Lebensäußerungen liegt ein Bemühen im Umgang mit der Behinderung und auch Selbsthilfe vor. Es wird aber oft von anderen schon im ersten Keim pathologisiert. Wir übersehen dabei, daß dahinter schon der Versuch steckt weiterzukommen, Anschluß zu finden an gewisse Werte oder sich von der Behinderung zu distanzieren. Dieser Tatbestand wird meiner Erfahrung nach oft übersehen und nicht als Therapeutikum genutzt. So hatte auch diese Patientin schon Alltagsstrategien entwickelt und ich versuchte, sie für ihr eigenes Können zu öffnen.

Unsere Therapie fand in ihrer Wohnung statt. Wir tauschten die Rollen. Ich setzte mich in ihren Rollstuhl, und sie sollte mir erklären, wie ich z.B. in das Badezimmer kommen könnte, vom Sessel in den Rollstuhl usw. So lernte ich etwas mehr, aus ihrer Perspektive zu sehen, und sie konnte ein wenig von der Gefangenschaft der Situation abrücken, indem sie ihr Können sah.

Als Frau Meier auf die Frage, wie es ihr gehe, in ihre Schreibmaschine einhämmerte: „Beschissen, am liebsten würde ich sterben!“, fühlte ich mich in die Enge getrieben. Mein erster Impuls war: „Das darf nicht sein.“ Ich drängte meine Gefühle zur Seite, weil ich Angst hatte, in dieser Situation unterzugehen. Ich hatte den Impuls zu reden, alle möglichen Tips kamen mir in den Sinn. Doch ich schlug diesen Weg nicht ein, weil ich spürte, so würde ich sie zur Unperson erklären, auf deren Gefühle ich nicht eingehen konnte und sie somit noch mehr in die Isolierung treiben. Da war auch noch ein anderer Impuls, der mir bei so aussichtslosen Fällen kommt. „Wenn alles so schlimm ist, dann kann sie eben nicht. So kann sie nicht leben, sie müßte an einen Ort, wo andere mehr Verantwortung für sie übernehmen würden.“ Auch in dieser Reaktion hätte ich mich meiner unangenehmen Gefühle entledigt und Frau Meier gesagt, wie unfähig sie sei. Ich machte mir aber klar, daß sie das Recht hatte, ihr Leben so zu beschreiben. Ich gab ihr Raum zum Klagen. Sie kam immer wieder ins Klagen und ins Schimpfen, was mit Destruktionen und verfahrenerer Gestik einherging. Da war kein Halt, und diesen wollte ich finden. Als Einstieg für diesen Halt gab ich ihr mein Sehen, indem ich verstehend, emotio-



nal mitfühlend Anteil nahm und ihr dies auch mitteilte. Vom Gesehenwerden, das durch mich vermittelt wurde, begann nun der Schritt zum eigenen Sehen. Der Raum, der ihr von mir gegeben wurde, ermöglichte es ihr, ihren eigenen Raum wahrzunehmen, den sie augenblicklich nur diffus spürte und den sie als Lebens-Wissen nicht annahm.

Es ging darum, daß sie Beziehung zu ihren Gefühlen im Klagen aufnahm und zu den damit verbundenen Werten. Dies kann geschehen durch das Heben der primären Emotion und das Bergen der Werte. Der Hebevorgang ist die Aufnahme des Dialogs mit unverstandenen Gefühlen. Heben meint ein Daruntergehen unter die Eigenbewegung des Klienten, um der Bewegung, die sich auf einem wackeligen Grund vollzieht, einen sanften Halt zu verleihen.

Ich fragte sie in ihrem Klagen, wie sie sich fühle? Sie winkte ab! Doch dann hämmerte sie wieder in ihre Maschine: „Ich kann nicht mehr.“ Und sie begann grausam zu schluchzen, verbarg ihr Gesicht.

So sehr ich als Therapeut diesen Prozeß begrüßte, so sehr erschrak ich auch. Denn was nun folgen würde, war die Auseinandersetzung mit den Bedingungen, vor denen ich selber hilflos dastand. Macht und Ohnmacht waren emotional mein Thema. Die Sokratic, in deren Tradition die Logotherapie steht, pathologisiert die Ohnmacht nicht, vielmehr ist sie Voraussetzung, um einen sinnvollen Weg zu gehen.

Spüre ich nicht diese Leere, dieses Nichtwissen, bin ich dem Klienten objektivierend voraus und füge ihm Versagenserlebnisse zu. Das Therapeutikum bei Frau Meier war, daß die Ohnmachtserfahrung mich immer wieder zu einer Primäransicht der Situation führte. Und andererseits spürte ich auch immer wieder die Angst vor der Verzweiflung, vor der sich Frau Meier zu recht schützte.

## Das Hereinholen des Faktischen

Der zweite Schritt der unspezifischen Existenzanalyse, das Hereinholen des Faktischen war eingeleitet, weil sich Frau Meier ein Stück für ihre Lebenswirklichkeit öffnen konnte und Beziehung aufnahm. Ausgehend vom Heben der primären Emotion versuchte ich nun die verlorenen, verborgenen und noch harrenden Werte zu bergen. Es war die Phase, in der wir gezielt Entfremdungsvorgänge angingen, indem wir Wertvolles erspürten. Nun sollten ihre Schutzmaßnahmen thematisiert werden, die mehr einer geliebten als erlebten Angst glichen. Sie hatte es mit ihrer Angst schwer, weil sie sich und ihre inneren und äußeren Bedingungen aufgrund ihrer Behinderungen weniger gut kontrollieren konnte. Von daher griff sie schneller zu Notlösungen, z.B. gegen die

Angst zu kämpfen statt sie zu nutzen, was aber die Angst größer machte. Diese Angstabwehr oder auch Leugnung durch Rückzug nach innen oder Kompensation durch Aggression brachte ihr vorübergehend Entlastung, steigerte aber die Angst.

Ausgangspunkt war für mich das Verbergen ihres Gesichtes, die damit verbundenen Angstinhalte und die verborgenen oder verlorenen Werte. Dieses Verbergen war symptomatisch für sie, wie auch ihr ständiges Absuchen, ob noch alles stimme, ihr Verweigern in die Öffentlichkeit zu gehen, ihr Abwiegeln...

Ein Symptom hat, unspezifisch betrachtet, eine personale Identität. Das meint, daß es mitten in dem für die Person schmerzhaften und für die Umgebung quälenden Symptom so etwas wie eine treibende und verstärkende Kraft (Lebenspathos) gibt, die sich einen Weg zu den Werten zu bahnen sucht.

Daß Frau Meier ihr Gesicht verbarg, erzählte viel vom Abhandengekommenen und von dem, was geschützt wurde. Wir nahmen also Beziehung zu einer symptomatischen Erscheinung auf. „Verstehen sie es, warum sie ihr Gesicht verbergen mußten?“ Antwort: „Ich kann es nicht ertragen, wenn mich jemand weinen sieht.“ Sie hatte sich im Spiegel oft weinen gesehen, und sie konnte sich selber so nicht sehen. Wieder war ich in einem Strudel der Gefühle, was sollte ich darauf sagen? Beschwichtigen, ihr etwas vormachen...? Ich konnte dieses entstellte Gesicht nicht verändern und mir nicht vorstellen, selber so leben zu müssen. Sie fragte mich, was ich von einem Tausch halten würde? Ob ich ihr Gesicht haben wollte? Ich ahnte, was sie meinte: ob ich damit leben könnte? Das traf mich. Vor dieser Frage stand ich hilflos schweigend da. Ich wußte, daß ich ihr die Frage schon aus Settinggründen zurückgeben mußte. Ich fragte sie: Ob sie glaube, daß ich mit ihrem Gesicht leben könnte? Nun schwiegen wir beide. Sie stammelte: „Es ist so schwer ...“ Was ist so schwer? Sein Gesicht zu verlieren? - Wir sprachen über das, was man durch einen Gesichtsverlust verliert. Sie fragte mich, wie ich ihr Gesicht empfindet? Diese Frage hatte etwas Unmenschliches, Objektivierendes in sich, was ich versuchte zu umgehen. Ich bat sie, ob wir uns nicht beide vor den Spiegel setzen und uns gegenseitig erzählen könnten, was wir aneinander sähen. Sie erzählte mir von welcher Operation die Narbe kam, warum das eine Auge schief sei,... So und ähnlich verliefen viele dieser Gespräche, die versuchten, das Faktische hereinzuholen. Nicht unmittelbar beschäftigten wir uns mit dem Faktischen, sondern über den Umweg eines intendierten Wertes betrachteten wir die Verhinderung. Gemeinsam und parallel mit meiner Bemühung konnte sie sich mehr wahrnehmen und die einzelnen Anteile besser unterscheiden: Was ist verloren, was kann ich noch, und was könnte ich

neu lernen? Was ist berechtigte Angst, Verunsicherung und Trauer um das Verlorene, und welche Abwehr treibt die Angst zur Panik? Wo kann ich mir helfen und wo brauche ich Hilfe? Wo kämpfe ich zurecht um einen Standort, wo mache ich mir etwas vor? Wie groß ist mein Spielraum und wo mache ich ihn mir größer oder kleiner als er ist?

## Die Neuorientierung

Eine realistische Neuorientierung erkennt man am leichtesten daran, daß der Klient neue bzw. alte Werte wieder beginnt zu pflegen. So reservierte sie den Behindertenfahrdienst zwei- bis dreimal die Woche samt Personal. Sie spürte die Kraft, dem, was sie wollte, auch zu folgen. Ihr aufbereichernder Lebensdurst, ihr Wille wollte natürlich oft auch zuviel. Eine realistische Neuorientierung meint einfach, daß wir immer wieder die Bedingungen hereinholen und uns so mit der Situation auseinandersetzen.

So machte sie sich, im Bewußtsein ihrer Eigenart auf den Weg. Die ersten Kontakte stellte ich mit ihr gemeinsam her. Ich war mehr gefordert, als mir lieb war. Ein Gemeinwesen bräuchte mindestens ebenso viel Therapie wie ein Behinderter. Doch arbeitet der Therapeut im Gemeinwesen, erfährt die Therapie eine notwendige verstärkende Kraft. Ein Gemeinwesen, das fähig ist zur Integration, ist unbedingt für die Wiederherstellung der personalen Integrität notwendig.

Hier ist natürlich der Therapeut wieder angefragt, seine eigenen Anteile zu sehen, wie sehr er fähig ist, ein therapeutisches Einzelkämpfertum in ein Netzwerk zu integrieren. Vielleicht taucht auch die unangenehme Erkenntnis auf, daß er sich selber dazu aufmachen muß.

Noch einmal zu Frau Meier: Alles neue Tun war

gekoppelt mit diffusen Angstzuständen, die gut mit Hilfe der Dereflexion angegangen werden konnten. Aber da war nun nicht mehr nur eine diffuse Angst, sondern konkrete Furcht. Die Furcht, daß der Tumor weiter wuchern könnte, die Furcht vor dem Klinikum, die Furcht ins Heim zu müssen, die Furcht elendig sterben zu müssen, ...

Diese Tragik des Seins konnte ich ihr nicht nehmen. Die personale Existenzanalyse geht sehr vom Ankünftigwerden des Lebens aus und darin kann auch sie die Kraft finden, dem Tod und seinen Fratzen bis zum Schluß Widerstand zu leisten und sich dem Sterben in der Gestaltung des Leidens zu ergeben. Aber darin ist eine menschliche Seins-Frage noch nicht beantwortet, nämlich das Sein-zum-Tode. Es ist die Frage nach dem letzten Sinn eines Lebens, woher das Licht kommt, damit ich empor wachsen kann und welche Sendung sich in diesem einmaligen und einzigartigen Leben, im Sein zum Tode verbirgt. Eine Hilfe wurden für sie das Gebet und die Meditation, im Sinne des Bonhöffers Gebets: Viele einsame Fragen treiben mit mir Spott, wer ich auch bin, Dein bin ich oh Gott!

## Literatur

- LÄNGLE A. (1992) Existenzanalyse und Logotherapie. In: Pritz A., Petzold H. (Hrsg) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann Verlag, 355-369

Anschrift des Verfassers:

Diakon Karl Rühl  
Erlenstraße 13  
D-90587 Veitsbronn

# Die Existenzskala

## Inhaltliche Interpretation der Testwerte<sup>1</sup>

Alfried Längle, Christine Orgler

**Der Existenzskala ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen zur Messung personaler und existentieller Kompetenzen. Hier wird von den Autoren des Tests eine ausführliche Interpretationsanleitung für die Testergebnisse vorgestellt, die auf Grund der Theorie des Tests und der bisherigen empirischen Validierung erstellt worden ist. Ergänzt wird die Arbeit von einer Anleitung, mit der die Auswertung, ohne Schablonen vorgenommen werden kann.**

### Allgemeine Vorbemerkungen zum Verständnis des Tests:

Die Existenzskala ist ein Selbsteinschätzungsfragebogen und mißt die **Kompetenz der Person, mit sich und der Welt umgehen zu können**. Dies kann auch bezeichnet werden als „**Kompetenz der Person für Existenz**.“

Diese Kompetenz besteht darin, inmitten der eigenen somatischen und psychischen Wirklichkeit sowie der äußeren Umweltwirklichkeit selbst sein zu können und mit den eigenen und fremden Gegebenheiten, entsprechend der inneren Stimmigkeit, umgehen zu können.

Als Selbsteinschätzungsfragebogen<sup>2</sup> zu eigenen personalen und existentiellen Kompetenzen unterscheidet sich die Existenzskala in grundsätzlicher Weise von Leistungstests (z.B. Intelligenztests), welche (kognitive) Fähigkeiten in direkter Weise über die Richtigkeit der Lösungen von Testaufgaben prüfen. Die Existenzskala hingegen befragt den Probanden bezüglich seiner „personal-existentialen“ Fähigkeiten zur Bewältigung von Alltags- und Lebenssituationen. Von Befindlichkeitsfragebögen und Persönlichkeitsfragebögen, welche ebenfalls als Selbsteinschätzungsskalen vorgegeben werden, unterscheidet sich die Existenzskala hinsichtlich der Vorstellung über das zugrundeliegende Konstrukt.

Personale Fähigkeiten werden in der Franklschen Anthropologie weder als (zustandsgebundene) „states“ noch als (persönlichkeitsbedingte, zeitlich stabile) „states“ aufgefaßt, sondern als eine darüber hinausgehende weitere Dimension, welche gerade das Umgehen mit situativen Einflüssen sowie persönlichkeitsbedingten Anlagen einschließt. Wie sich diese - in keinem anderen uns bekannten Test angesprochene - grundlegend neue Natur des theoretischen Konstrukts auf die zeitliche Stabilität der Testwerte sowie auf die meßtheoretische Güte des Tests überhaupt auswirkt, wird in empirischen Untersuchungen laufend überprüft.

Die Existenzskala besteht aus **4 Subskalen mit insgesamt 46 Items**. Bezugnehmend auf die Franklsche Anthropologie (z.B. Frankl 1984) beschreibt sie die personale (noetische) Dimension des Menschen. Sie greift vier Charakteristika heraus, die Bedingungen für eine sinnerfüllte Lebensführung sind (Längle, 1988). Es sind dies die 4 Subskalen: „Selbstdistanzierung“ (SD), „Selbsttranszendenz“ (ST), „Freiheit“ (F), „Verantwortung“ (V). Die beiden ersten beschreiben die „personale“ Voraussetzung (P-Wert), während die beiden letzteren auf die situativen („existentiellen“) Gegebenheiten Bezug nehmen (E-Wert).

In der Eichung des Tests hat sich gezeigt (Orgler, 1990), daß mit körperlichen und/oder seelischen Beschwerden besser umgegangen werden kann und mehr Lebenszufriedenheit erreicht wird, wenn entsprechend gute Werte im Test erreicht werden.

Der Wert einer Subskala gibt daher Auskunft darüber, wie gut jemand die jeweilige personale bzw. existentielle Fähigkeit entwickelt hat und zum Einsatz bringen kann. Dazu ist der Mensch fähig, auch wenn er seelisch oder körperlich krank ist; z.B. kann jemand trotz einer Depression, die ihn in manchen Lebensvollzügen behindert, eine solche Einstellung zu sich selbst und zur Welt gewinnen, daß er mit seiner Lebensführung einverstanden ist und sein Leben verantworten kann.

Der Mensch kann also trotz Krankheiten und Behinderungen ein existentiell erfülltes Leben auch in einem eingeschränkten Lebensrahmen führen. So kann die Person z.B. trotz einer Eßsucht oder einer Alkoholkrankheit im

<sup>1</sup> Der Artikel stellt eine Vorveröffentlichung aus dem Handbuch zur Existenzskala dar, welches im Laufe des nächsten Jahres in einem psychologischen Testverlag publiziert werden soll.

<sup>2</sup> Wir danken Frau Astrid Görtz für die folgenden testtheoretischen Überlegungen.

verbliebenen Weltbezug realitätsbezogen (SD-Wert), mit emotionaler Hingabe (ST-Wert), unter Ausschöpfung der Wahlmöglichkeiten (F-Wert) und mit einem (verbliebenen) Engagement (V-Wert) leben. Sie erreicht dann einen guten Wert in der Existenzskala, obwohl sie unter Umständen Schlafstörungen, Kopfschmerzen und Magenbeschwerden hat, oder an Ängsten, Depressionen sowie einer Selbstwertproblematik leidet.

Der Einsatz der personal-existentialen Fähigkeiten ist nach existenzanalytischer Auffassung dem Menschen also auch in der Krankheit möglich. Deshalb macht der Test keine direkte Aussage über Gesundheit oder Krankheit. Im Randbereich der Scores sind allerdings psychische/körperliche Störungen wahrscheinlicher.

Das Verhältnis der Subskalen zueinander dürfte interessante Hinweise auf verschiedene Störbereiche der Person geben. So ist beispielsweise eine ausreichende Selbstdistanzierung (SD) eine Voraussetzung für echte Selbsttranszendenz (ST). Fehlt eine angemessene SD, so fehlt die selbstschützende Distanzierungsfähigkeit und ein hohes ST führt dann zu Erschöpfung (burn out), anstatt zu Hingabe und erfüllendem Außenbezogensein. Freiheit (F) ist, um ein anderes Beispiel zu nennen, eine notwendige Voraussetzung für echte Verantwortung (V). Verantwortung ohne Freiheit wird als Verpflichtung erlebt, als Pflichterfüllung, die Druck erzeugt und wenig Spielraum für das Eigene läßt.

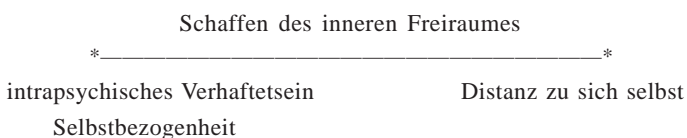
Ob man daraus Rückschlüsse auf verschiedene Krankheitsbilder wie Depression, Angst, hysterische Zustandsbilder etc. ziehen kann, bleibt weiteren Untersuchungen überlassen.

## Qualitative Beschreibung der Subskalen der Existenz-Skala

### 1) SD = „SELBSTDISTANZIERUNG“ (Frankl)

Die Subskala „SD“ mißt die Fähigkeit zur Schaffung des inneren Freiraumes.

Die Dimension liegt zwischen den Polen:



#### BESCHREIBUNG:

**Selbstdistanzierung (SD)** mißt die *Fähigkeit, zu sich selbst Abstand gewinnen zu können*. Dies meint, daß von Wünschen, Vorstellungen, Gefühlen, Ängsten, Zielen und Zweckabsichten soweit auf Distanz gegangen werden kann, daß dadurch der Blick frei wird für die Wahrnehmung der Welt. Statt von sich selbst besetzt zu sein und weltblind zu

agieren oder zu reagieren, besteht die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Situation, zum klaren Denken über die realen Gegebenheiten.

Nicht Problemfreiheit, Freiheit von Wünschen, Vorstellungen, Zielen und Zwecken, von Gefühlen und Ängsten werden gemessen, sondern die Fähigkeit, diese vor sich hinstellen zu können, sich innerlich so weit frei zu machen, daß sie einen nicht gefangen nehmen bzw. innerlich verstricken.

Auch die Stabilität dieser Fähigkeit unter Belastung geht in den Wert ein.

#### INTERPRETATION:

Ein **niederer SD-Wert** bedeutet fehlende Distanz zu sich selbst, was in der Regel mit innerer Verstrickung verbunden ist.

Vorwiegende Beschäftigung mit sich selbst, z.B. mit Überlegungen, Gefühlen, Selbstvorwürfen, Wünschen etc., aber auch Unreife der Persönlichkeit oder situative Überlastung führen zu Voreingenommenheit und selektiver Wahrnehmung.

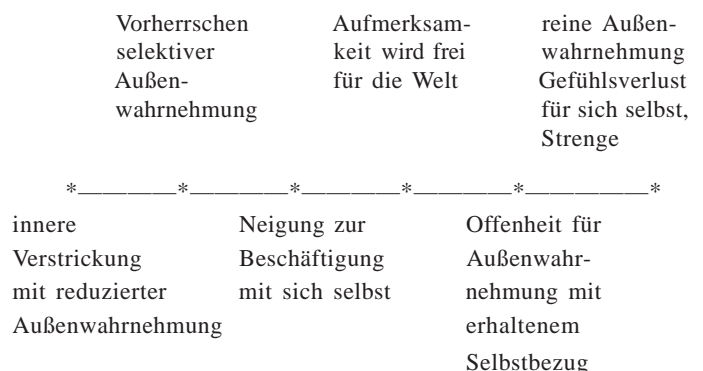
Die Schwierigkeit, in Distanz zu sich selbst zu kommen und klar denken zu können, ist mit einem Orientierungsverlust verbunden (man „kennt sich oft bei sich selber nicht mehr aus“).

Oft werden auch die kurzen Momente zur Distanzgewinnung, wie z.B. Pausen einzulegen, nicht gelebt, und es besteht die Tendenz, schnell zu reagieren.

Mit **steigendem SD-Wert** verbessert sich die Wahrnehmungsfähigkeit und das klare Denken über die Situation. Die Aufmerksamkeit wird immer mehr nach außen verlagert. Der Abstand zu sich selber nimmt dabei zu.

Ein **extremer Wert** (über 43) bedeutet, daß die Person soweit auf Distanz zu sich selber ist, daß sie in Gefahr steht, die eigenen Bedürfnisse und Empfindungen zu übersehen (dies kann bis zur Selbstverleugnung gehen).

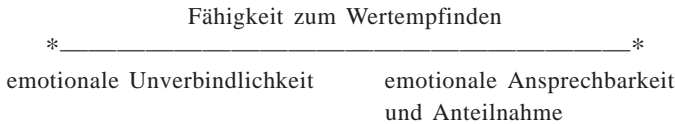
Das Rationale und Funktionale tritt in den Vordergrund; Leistungsdenken und Perfektionismus können bei anhaltend hohen Werten der Persönlichkeit den Charakter der Beherrschtheit, der Strenge und bisweilen der Starre verleihen. Diese Personen haben oft selbst das Gefühl, nur noch zu funktionieren. Nach außen wirken sie meist gefühllos.



## 2) ST = „SELBSTTRANSZENDENZ“ (Frankl)

Die Subskala „ST“ mißt die Fähigkeit zum **Wertempfinden** (Gefühlsklarheit).

Die Dimension liegt zwischen den Polen:



### BESCHREIBUNG:

**Selbsttranszendenz (ST)** mißt die freie **Emotionalität**, die sich in der Fähigkeit

- \* zum Näheaufnehmen und Mitfühlen
- \* zum Sich-emotional-einlassen-Können (emotionales Mitgehen)
- \* zum Ansprechen auf Werte (Wertfühlen)
- \* zum Aufnehmen einer inneren Beziehung zeigt.

**ST** beschreibt somit die **Fähigkeit zum emotionalen Mitschwingen** (Wertberührung) und zum **Wahrnehmen des inneren Berührtseins** durch das Erlebte (Wertfühlen). Eine innere Beziehung zum Erlebten kann hergestellt werden. Diese Dimension ist somit das Instrument für das Auffinden und Erspüren subjektiver Werte.

Sich innerlich auf Werte einzulassen bildet die Grundlage für die Erlebnistiefe (Genußfähigkeit, Leidensfähigkeit, „pathische Dimension“ des Menschen).

Durch die emotionale Gewichtung des Erlebten nach dem existentiellen Bedeutungsgehalt geschieht die Anbahnung zur Innenorientierung („innere Orientierung“ als Grundlage um zu wissen, was man will).

ST ist eine Voraussetzung für das handelnde Sich-Einlassen auf Welt.

### INTERPRETATION:

Ein **niederer ST-Wert** bedeutet emotionale Flachheit und Beziehungsarmut.

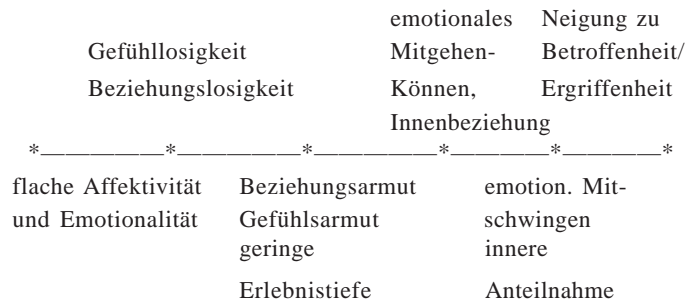
Das Leben ist gefühlsarm, vorwiegend sachlich und funktionalistisch. Die fehlende Empfindung macht hilflos im Wahrnehmen von Gefühlen und von Werten: Man weiß nicht, was man selbst will bzw. mag.

Das Fühlen der Wichtigkeit und Wertigkeit der Erlebnisinhalte („was es mit einem macht und was es einem bedeutet“) ist eingeschränkt. Aufkommende Gefühle werden schnell als störend und irritierend empfunden. Affektivität und Gefühlsamplitude sind flach, die Emotionalität ist schwer zugänglich oder abgestumpft.

Mit **steigendem ST-Wert** vergrößert sich die emotionale Innenwelt und das innere, anteilnehmende Beim-andere-Sein.

Bei **extrem hohem Wert** entwickelt sich diese Tendenz dahingehend weiter, daß die emotionale Ansprechbar-

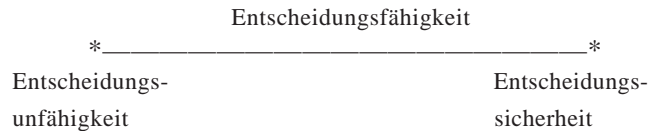
keit (Affizierbarkeit) einen dominierenden Charakter haben kann (wenn SD nicht entsprechend hoch mitgeht).



## 3) F = FREIHEIT

Die Subskala „F“ mißt die **Entscheidungsfähigkeit**.

Die Dimension liegt zwischen den Polen:



### BESCHREIBUNG:

**Freiheit (F)** erfaßt die Fähigkeit, **reale Handlungsmöglichkeiten im täglichen Leben ausfindig zu machen**, sie entsprechend **ihrer Wertigkeit zu hierarchisieren** und so zu einer **persönlichen Entscheidung zu kommen**.

Die Entscheidungsfähigkeit hängt einerseits ab von subjektiven Vorgaben (wie Kraft, Konzentration, Fähigkeit sich abzugrenzen und für das Eigene einzutreten), andererseits vom Sehen vorhandener Wahlmöglichkeiten und Alternativen.

In der Bezugnahme zu den inneren und äußeren Bedingungen entsteht die Entscheidungsklarheit (Evidenzgefühl für das Mögliche). Erst mit diesem Evidenzgefühl kann der Mensch urteilen, frei wählen und entscheiden.

Gelingt dies wiederholt ohne größere Probleme, so entsteht das Gefühl, frei zu sein.

### INTERPRETATION:

Ein **niederer F-Wert** bedeutet Entscheidungsschwäche, Unentschiedenheit und Entscheidungsunsicherheit.

Wenn die Freiheit als personale Fähigkeit im Vollzug behindert ist, wie es bei niederen F-Werten der Fall ist, so kann dies verschiedene Ursachen haben.

Es zeichnet sich ab, daß bestimmte Persönlichkeitsmerkmale bzw. Störbereiche zu spezifischen Problemen im Hinblick auf die Dimension Freiheit führen:

**Ängstliche Reaktionsform:** Es besteht Entscheidungs-unfähigkeit, z.B. aus Angst Fehler zu machen. Die Person traut sich nichts zu. Sie läßt sich z.B. lieber einen Auftrag

geben, anstatt selbst zu entscheiden.

*Depressive Reaktionsform:* Hier liegt Entscheidungsunfähigkeit in fehlender Kraft begründet.

*Entwicklungsgehemmte hysterische Reaktionsform:* Man sieht viele Möglichkeiten, weiß aber nicht, was man selber will und kann daher nicht wählen. Daraus resultiert ein Zerrissenheitsgefühl.

*Fehlende Existenzialität:* Kennzeichnend ist eine passive Lebenshaltung. Man glaubt, Entscheidungen würden zu nichts führen und könnten nichts ändern. Es wird überhaupt als sinnlos empfunden, Entscheidungen zu treffen. Daraus resultiert eine fatalistische Grundhaltung, z.B. kann dann Geld eine kompensatorische Funktion für mangelndes Freiheitsgefühl erhalten.

Mit **steigendem F-Wert** nehmen die Klarheit und Festigkeit in der Urteilsbildung und Entscheidungsfindung zu.

Je höher der Wert ist, desto leichter werden Handlungsmöglichkeiten ausfindig gemacht und Entscheidungen getroffen.

Bei **extrem hohem F-Wert** besteht die Neigung zu beurteilendem, kritischem und dominantem Verhalten, was mit einem Widerwillen gegen Einengung und Sich-Festlegen einhergeht. Diese Menschen bevorzugen es, sich aus Bindungen und nahen Beziehungen herauszuhalten und sind zurückhaltend im persönlichen Antwort-Geben, zumeist aus Angst vor Verletzung.

Unentschiedenheit	Klarheit Evidenz	Sicherheit/ Bestimmtheit (Dominanz), aber	* widerwillig gegen
*-----*	*-----*	*-----*	*-----*
Entscheidungsunfähigkeit	Entscheidungssicherheit	Entscheidungsfestigkeit	Einengung und sich Festlegen

#### 4) V = VERANTWORTUNG

Die Subskala „V“ mißt das **verbindliche Sich-Einlassen**.

Die Dimension liegt zwischen den Polen:

*-----*	*-----*
unverbindliches Sich-Einlassen	personales Engagement bzw. Pflichtbewußtsein

#### BESCHREIBUNG:

Mit der **Verantwortung (V)** ist hier die **Bereitschaft** erfaßt, **sich entschieden und umsichtig oder auch nur pflichtbewußt auf persönliche Aufgaben und Werte einlassen zu können**.

Das Handeln geschieht im Bewußtsein der Verbindlichkeit.

Die daraus resultierenden Konsequenzen werden vom Gefühl der Gewißheit, das Richtige zu tun, getragen. Das Pflichtbewußtsein kann kompensatorische Funktion übernehmen.

Verantwortung ist somit eine Grundlage für die Bildung eines stabilen Selbstwerts. Auch das Durchhaltevermögen geht in den Testwert ein.

#### INTERPRETATION:

Ein **niederer V-Wert** bedeutet geringe Eigenverantwortung und mangelndes bzw. gehemmtes Engagement. Das Leben geschieht einem, ist wenig geplant. Man verharrt in Wartestellung und ist mehr Zuschauer. Zurückhaltung und Verhaltenheit herrschen vor. Das Pflichtbewußtsein ist nicht hoch ausgeprägt, kann aber durchschnittlich ausgeformt sein.

Es zeichnet sich - wie bereits bei der Freiheit - ab, daß verschiedene Persönlichkeitsmerkmale bzw. Störbereiche zu unterschiedlichen Problemen mit der Verantwortung führen.

*Ängstliche Reaktionsform:* Es besteht Angst vor dem Schritt ins Leben, Angst vor bedrohlichen Konsequenzen. Man braucht Sicherheiten, Richtlinien, Unterstützung und Vorgaben für die Durchführung.

*Depressive Reaktionsform:* Hier herrschen Schuldgefühle vor, sowie Angst vor Schuld und vor der Last des Engagements.

*Entwicklungsgehemmte hysterische Reaktionsform:* Hier besteht Angst vor der Einengung durch Verbindlichkeiten und Verpflichtungen. Dies führt nicht selten zu Leichtfertigkeit im Verhalten.

Mit **steigendem V-Wert** nehmen entweder die Eigenverantwortung oder das engagierte Sich-Einlassen, oder auch beides zu. Man ist von den Lebensbezügen vermehrt angesprochen und pflegt einen verbindlicheren, sorgsameren Umgang.

Ein **extrem hoher V-Wert** entsteht durch konsequente Eigenverantwortung und authentisches Handeln und/oder hohes Pflichtbewußtsein, jedenfalls dürfte Konsequenz und Diszipliniertheit vorliegen.

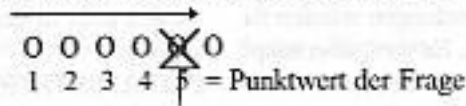
*-----*	*-----*	*-----*
Unverbindlichkeit, Sorglosigkeit Leichtfertigkeit	Unbekümmertes Angehen, mäßige Bereitschaft, für sich bzw. für sein Handeln einzustehen	engagiertes, konsequentes Handeln in Eigenverantwortung bzw. Pflichtbewußtsein
*-----*	*-----*	*-----*
geringe Eigenverantwortung, mangelndes Engagement	Verhaltenheit im Einsatz für das Eigene	Verbindlichkeit, Sorgfalt, Gewissenhaftigkeit, Authentizität

## Auswertungsschema für die Existenzskala

Mit Hilfe des folgenden Auswertungsschemas kann der Test auch ohne Schablonen ausgewertet werden

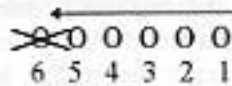
Der Punktwert jeder Frage errechnet sich durch einfaches Abzählen der Ringe von links nach rechts

bis zum angekreuzten Ring:



Achtung! Die mit \* gekennzeichneten Fragen sind umgekehrt gepolt

Ihr Punktwert errechnet sich daher durch Zählung von rechts nach links



### P-Wert:

SD	
Frage Nr.	Punkte
3	
5	
19	
32	
40	
42	
43	
44	
<b>TOTAL</b>	

ST	
Frage Nr.	Punkte
*2	
4	
11	
12	
13	
14	
*21	
27	
33	
34	
35	
*36	
41	
45	
<b>TOTAL</b>	

	$\bar{X}$	S
SD:	35	7
ST:	71	10
<b>P - Maß:</b>	<b>106,5</b>	<b>16</b>

### E-Wert:

F	
Frage Nr.	Punkte
9	
10	
*15	
17	
18	
23	
24	
*26	
28	
31	
46	
<b>TOTAL</b>	

V	
Frage Nr.	Punkte
1	
6	
7	
8	
16	
20	
22	
25	
29	
30	
37	
38	
39	
<b>TOTAL</b>	

F:	51	10
V:	57	11
<b>E - Maß:</b>	<b>107,6</b>	<b>20</b>

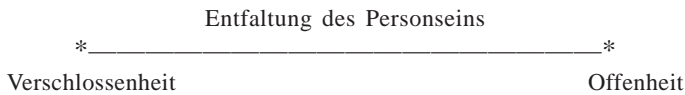
<b>P - Maß:</b>	<b>106,5</b>	<b>16</b>
<b>E - Maß:</b>	<b>107,6</b>	<b>20</b>
<b>Ges. Maß:</b>	<b>214,2</b>	<b>33</b>

**Qualitative Beschreibung der Summenwerte**

**1) P-WERT: „PERSONALITÄT“**

Der P-Wert (P=„Personalität“) ist ein Maß für die **Entfaltung des Personseins** im Hinblick auf **Weltoffenheit** und **Selbstwahrnehmung**.

Die Dimension liegt zwischen den Polen:



**BESCHREIBUNG:**

Der **P-Wert** wird aus der **Summe von SD-Wert und ST-Wert** gebildet. Der P-Wert beschreibt ein wesentliches Charakteristikum der Person, nämlich ihre kognitive und emotionale Zugänglichkeit für sich und die Welt.

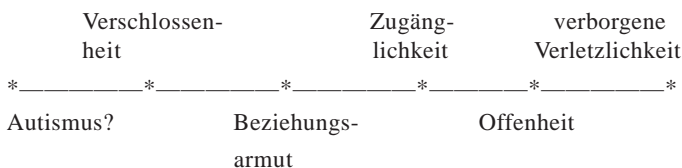
**ERLEBNISBEZOGENE BESCHREIBUNG: Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Person.**

**INTERPRETATION:**

Ein **niederer P-Wert** weist auf eine Verschlossenheit der Person hin. Die Person ist entweder mit sich selbst beschäftigt (anhaltende seelische Belastungen, Probleme, Störungen), oder sie hat in ihrer Entwicklung den Zugang zu sich selbst noch nicht erschlossen (Unreife) oder hat bereits einen Abbau der Persönlichkeit durchgemacht, was mit kognitiver und affektiver Beeinträchtigung einhergeht (z.B. chronifizierte Sucht, chronische Psychose).

Mit **steigendem P-Wert** nimmt die „Offenheit für Welt“ und für den Umgang mit sich selbst zu. Die Person wird zugänglicher.

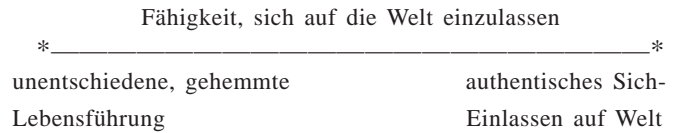
Der **extrem hohe Wert** stellt die Verletzlichkeit der Person in den Vordergrund und macht die Person bisweilen empfindsam (was von außen nicht immer gleich bemerkbar ist). Es überwiegt ein impressionistischer Wahrnehmungsstil, der stark auf die Sinneseindrücke und das Außenleben reagiert.



**2) E-WERT: „EXISTENTIALITÄT“**

Der E-Wert (E=„Existentialität“) ist ein Maß für die **Fähigkeit, sich entschieden und verantwortlich auf die Welt einzulassen**.

Die Dimension liegt zwischen den Polen:



**BESCHREIBUNG:**

Der **E-Wert** wird aus der **Summe von F-Wert und V-Wert** gebildet.

Der E-Wert beschreibt ein wesentliches Charakteristikum der menschlichen Existenz, nämlich sich in der Welt zurechtzufinden, zu Entscheidungen zu kommen und sich tatsächlich und verbindlich auf die Welt einzulassen.

Während „P“ ein Maß für den Umgang mit sich selbst („innere Welt“) ist, gibt „E“ Auskunft über die Fähigkeit, mit der äußeren Welt umgehen zu können, mit ihr zurechtzukommen in Übereinstimmung mit sich selbst („Authentizität“).

Die innere Erfüllung, die damit verbunden sein kann, hängt hingegen von der Höhe des P-Wertes ab.

**ERLEBNISBEZOGENE BESCHREIBUNG: Einsatzbereitschaft und Sorgfalt im Handeln**

**INTERPRETATION:**

Ein **niederer E-Wert** weist auf eine entscheidungsschwache und gehemmte Lebensführung hin. Sie ist geprägt durch: Entscheidungsunsicherheit, Unsicherheit des „existentiellen Ortes“ (da, wo man hingehört), Unverbindlichkeit, Zurückgezogenheit, Nichtwissen, was man soll, geringe Belastbarkeit, Störanfälligkeit, Neigung zu Engagements aus äußerlichen Beweggründen ohne inneres Berufensein.

Bei **steigendem E-Wert** nimmt der Grad der Entschiedenheit und Verantwortung in der Lebensführung zu. Das Leben gewinnt dadurch entweder an Erfüllung und wird authentischer oder es wird entschiedener aufgrund eines Pflichtbewußtseins oder auch aus Impulsivität, die mit einer Unverbindlichkeit (niederer V-Wert) einhergeht.

Bei **extrem hohem Wert** besteht ein klares, authentisches Zugehen auf die Welt.

Durch gute Orientierung und Sicherheit in der Entscheidungsfindung bestehen realistische Engagements aus Sorgfalt und/oder Pflichtbewußtsein.

Der existentielle Schritt aus sich heraus in die Welt wird als authentisch empfunden: Man findet sich in der Handlung wieder und tritt für die eigene Entscheidung ein.



lebt nicht das eigene Leben, geht sich "verlustig", findet seinen Platz nicht	Klarheit im Handeln aus Pflichtbewußtsein oder Unbekümmertheit	authentisches und bestimmtes sich Einlassen auf Welt
*-----*	*-----*	*-----*
unentschiedene, gehemmte Lebensführung; Fremdbestimmung	Entscheidungsunsicherheit im Handeln	Eigenverantwortung; kann für sich eintreten und sich durchsetzen

Bei **extrem hohem G-Wert** wandelt sich die Sensibilität der Person zur Verletzlichkeit, und das Engagement bekommt einen dominierenden Charakter.

Der optimale G-Wert liegt daher unter dem Extremwert.

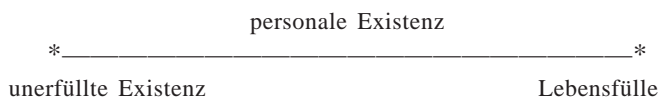
verschlossenes, fremdbestimmtes Leben	zugängliche, (klar)gestaltete Lebensführung	Lebensfülle, konsequentes Engagement Verletzlichkeit, Dominanz
---------------------------------------	---	--

*-----*	*-----*	*-----*
unerfüllte Existenz	verhaltenes, beziehungsarmes Leben	offenes, eigenverantwortetes Leben

### 3) G-WERT: „GESAMTWERT“

Der **G-WERT** ist ein Maß für **sinnerfüllte, personale Existenz**.

Die Dimension liegt zwischen den Polen:



#### BESCHREIBUNG:

Der **G-Wert** wird aus der **Summe von P-Wert und E-Wert** gebildet.

Der **Gesamtwert** ist eine Aussage über die **Fähigkeit, sich mit sich selbst und mit der Welt zurechtzufinden**. Er gibt einen Hinweis auf die Fähigkeit, sich mit den Angeboten und Forderungen des Lebens auseinandersetzen zu können und zu einer sinnerfüllten Lebensgestaltung zu kommen, die authentisch begründet ist. Diese Lebensführung orientiert sich am Gespür für die eigenen Bedürfnisse und Anliegen ebenso wie an den Aufforderungen der Situation, die aufeinander abgestimmt sind. So hat der Mensch mit einer entfalteten Personalität und Existentialität die Voraussetzung, sich in seinem Leben in dialogischem Austausch mit der Welt behaupten zu können.

#### INTERPRETATION:

Ein **niederer G-Wert** verweist auf eine unerfüllte Existenz. Sie beruht auf der Verslossenheit der Person (Selbstverhaftetheit und emotionale Unansprechbarkeit) sowie einer Gehemmtheit und fehlendem verbindlichem Engagement.

Mit **steigendem G-Wert** nimmt die innere Offenheit zu und läßt die Person auf die Anfragen und Angebote der Welt zugehen.

### Literatur:

- FRANKL V. (1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke
- FRANKL V. (1984) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie
- LÄNGLE A. (1988) Wende ins Existentielle. Die Methode der Sinnerfassung. In: Längle A. (Hrsg.) Entscheidung zum Sein. München: Piper, 40-52
- LÄNGLE A., ORGLER CH. (1988) Existenzskala. Fragebogen. Wien: GLE-Verlag
- ORGLER CH. (1988) Die existenzanalytische Anthropologie als ätiologischer Erklärungsbeitrag für psychopathologische Prozesse. Der existenzanalytische Fragebogen. Wien: Grund- und Integrationswiss. Fakultät d. Univ., unveröffentlichte Diplomarbeit
- ORGLER CH. (1990) Die existenzanalytische Anthropologie als ätiologischer Erklärungsbeitrag für psychopathologische Prozesse. Die Existenz-Skala. Eine Validierungsstudie im Gesundheitsbereich. Wien: Grund- und Integrationswiss. Fakultät d. Univ., unveröffentlichte Dissertation

#### Anschrift der Verfasser:

Dr. Alfred Längle  
Ed. Sueßgasse 10  
A-1150 Wien

Dr. Christine Orgler  
Einwanggasse 23/10  
A-1140 Wien

## Anregungen und Perspektiven

*Die Autorin, Wasiliki Winklhofer, zeigt die Problematik der Sucht in der Schule auf, weist auf einige Hintergründe ihrer Entstehung hin und bietet Ansätze, wie der Problematik im Vorfeld und im schulischen Bereich präventiv begegnet werden kann.*

## Beobachtungen zum Suchtverhalten in der Schule und Gedanken zur Sucht-Prävention

Immer häufiger begegnen wir in unseren Klassenzimmern Kindern, die zu dick sind und zwar Mädchen und Jungen. Bei genauem Hinsehen weisen sie auch oft Störungen in ihrem Sozialverhalten auf, sind z. B. scheu und gehemmt (eher die Mädchen) oder auftrumpfend, unkontrolliert aggressiv (eher die Jungen). Auf jeden Fall leiden sie spürbar daran, daß sie zu dick sind. Manchmal stellen wir beim Elternabend fest, daß auch ihre Eltern eine ähnliche Körperfülle aufweisen, so daß der Schluß naheliegt, daß sich im Eßverhalten ein Familienmuster entwickelt hat. Die Gründe dafür sind für uns LehrerInnen schwer zu erkennen, dazu wissen wir meist zu wenig über die Familienstruktur. Wir können nur die Folgen der Eßsucht wahrnehmen und das eventuell vorsichtig in einem Einzelgespräch mit dem Jugendlichen oder in der Elternsprechstunde zur Sprache bringen. Ein Faktor ist sicher die Bewegungsarmut und Bewegungsunwilligkeit. Auch müssen wir LehrerInnen immer wieder im Unterricht darum bitten, daß während der Stunde nicht gegessen oder getrunken wird.

Es scheint so, als würde sich das Essen schon sehr früh als Einstiegsdroge Nr. 1 anbieten. Mir ist aufgefallen, daß heutzutage Kleinkinder bei der geringsten Unmutsäußerung sofort irgend etwas Eßbares in den Mund gesteckt bekommen. Vielleicht bahnt sich dabei bereits das Muster an, daß Frust

sich durch Essen in Lust verwandelt. Essen ist leicht verfügbar, es schmeckt und die Familie freut sich, wenn das Kind „gut ißt“. „Kühlschrank - Glotze - Bett“ sagte mir vor kurzem eine Studentin, die gerade damit kämpfte, der Frustration, die die Vorbereitung auf das Examen bringt, auf andere Weise zu begegnen, als durch die genannten Ersatzhandlungen, die allesamt eine Flucht vor der Auseinandersetzung bedeuten. Wir sehen immer wieder, daß Jugendlichen Auseinandersetzungen erspart geblieben sind, daß wohlmeinende Eltern sich selbst zu viel und den Kindern nichts zugemutet haben. Die jungen Menschen haben nicht gelernt, frei zu entscheiden und die Verantwortung dafür zu übernehmen. Der Effekt ist, daß sie die Wirklichkeit nicht aushalten und vor ihr in Ersatzwelten und Drogen flüchten oder auch in neurotisches Verhalten. Diesen Teufelskreis soll eine gute Erziehung durchbrechen. „Kinder lernen aus den Folgen“ heißt der Titel eines Buches von Rudolf Dreikurs. Diese Erfahrung dürfen wir ihnen nicht schuldig bleiben. Sie ist ein starker Faktor in der Prävention von Süchten.

Die Magersucht ist ebenfalls häufiger geworden. Es ist wohl so, daß heutzutage in jeder gemischten Klasse potentiell mindestens ein Mädchen magersuchtgefährdet ist.

Eine beginnende Magersucht ist in der Schule ohne vorherige Schulung der Lehrkräfte praktisch nicht zu er-

kennen. Es handelt sich ja meist um sehr angepaßte, freundliche, zuvorkommende, fleißige, ehrgeizige Schülerinnen, die den LehrerInnen alles rechtmachen wollen und meist zu den Klassenbesten zählen. Nicht sie ziehen die ständige Aufmerksamkeit der LehrerInnen auf sich, sondern die Dauerstörer, die sich auf diese Weise auch ihre Zuwendung holen. Erfahrene LehrerInnen wissen das. Die Hochleistungsbereitschaft der Magersüchtigen ist für die LehrerInnen nicht negativ besetzt, und so besteht normalerweise kein Anlaß, sich um die „gut funktionierende“ Starschülerin Sorgen zu machen, zumal gerade diese Mädchen mit Äußerungen über ihr Innenleben sehr zurückhaltend sind.

Eine Schülerin erzählte mir nach der Reifeprüfung: „Immer wenn es mir am schlechtesten ging, habe ich am meisten gelernt“. Diese Schülerin hat ein 1,0 Abitur hingelegt. Ihre seelische Verfassung war dementsprechend, nur wußte es in der Schule zum damaligen Zeitpunkt niemand. Sie hat später Medizin studiert, eine Lehranalyse gemacht und ist inzwischen eine erfolgreiche Therapeutin geworden. Eine andere Schülerin aus dem gleichen Jahrgang mußte ihr Abitur nachholen. Sie wog zum Abiturtermin noch 38 Kilo und hatte nicht mehr die Kraft, sich der Prüfung zu stellen. Sie studierte ebenfalls Medizin.

Hilfreich sind für uns LehrerInnen oft die Freundinnen der Magersüchtigen. In einem Fall kamen sie zu dritt voller Unruhe und Angst zu mir. Die eine berichtete, daß ihre Freundin immer dünner geworden sei, was sie beim Sportunterricht gemerkt hätten. Tatsächlich liegt das Sportdress ja mehr am Körper an als die sonst von den Magersüchtigen bevorzugten Schlabberkleider. (Die Sportlehrerinnen sind somit auch diejenigen, die körperliche Veränderungen am ehesten wahrnehmen können). Das andere Mädchen erzählte, daß ihre Freundin beim Schwimmen ganz blau geworden sei und fast einen Kreislaufzusammenbruch erlitten hätte. Mit ihr selber könne sie aber darüber nicht reden. Sie behaupte nämlich, es ginge ihr gut, und alles sei in Ordnung.

Im Fall der genannten Schülerin beschloß ich zusammen mit den drei Freundinnen, die Mutter zu einem Gespräch zu bitten. Diese hatte wohl schon einschlägig schlechte Erfahrungen gemacht, denn sie eröffnete unser Gespräch auf sehr aggressive Weise, indem sie mir vorwarf, die Schule würde suggerieren, daß sie als Mutter „wieder an allem schuld“ sei. Ihre Gespanntheit wich erst, als ich erklärte, es ginge hier nicht um Schuldzuweisung und ich wüßte sehr wohl, wie sehr sie durch ihre familiäre Situation belastet sei, worauf sie den Tränen nahe war. Ich sagte, es wäre jetzt wichtig, gemeinsam zu überlegen, wie wir ihrer Tochter helfen könnten. Wir besprachen die Möglichkeit einer Therapie, die sie dann auch wahrnahm und die ihr offenbar half, denn sie hat im Verlauf des Schuljahres wieder zugenommen. Mit ihr selber habe ich dieses Thema nie berührt. Sie wußte wohl, daß ich informiert war und mag vielleicht hie und da einen forschenden Blick von mir eingefangen haben, mehr nicht. Das Vorgehen ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Manchmal ist es gut, direkt und klar die Magersüchtige anzusprechen, besonders im vorgerückten Stadium, manchmal, wie im genannten Fall, ist der Weg über die Mütter wirksamer.

In einem anderen Fall, berichteten mir zwei Mädchen von ihrer bereits sichtbar magersüchtigen Freundin, die eine benachbarte Schule besuchte. Sie sagten, sie litten besonders darunter, daß ihre Freundin sich vollkommen abgeschottet hätte. Die Kontakte seien nur mehr äußerst dürftig und sachlich, telefonische Nachfragen würden kurz und kalt abgeblockt. „Warum macht sie das? Sie ist doch unsere Freundin, und wir haben sie gerne, aber wir kommen nicht mehr an sie heran.“ Die Mädchen litten unter der scheinbaren Kälte und der abweisenden Haltung ihrer Freundin, die jegliche Zuwendung verweigerte. Sie konnten nicht wissen, daß dies ein Symptom der Krankheit war und daß sich die Sehnsucht nach Liebe, Nähe und Anerkennung der Magersüchtigen paradoxerweise in diese strikte Abwehrhaltung kleidete. Dabei wirkte sie traurig und einsam

und im Gespräch auf eine seltsame Weise nicht anwesend.

Im vorliegenden Fall wählten wir den Weg über den Beratungslehrer der Schule. Er setzte sich mit dem Elternhaus in Verbindung. Er erfuhr, daß die Mutter Kollegin war und ihrerseits einen Todesfall durch Magersucht an ihrer Schule miterlebt hatte. Die Angst der Eltern war verständlich, sowie die Dringlichkeit, mit der sie versuchten, ihre Tochter zum Essen oder zu einer Therapie zu bewegen. Doch die Bereitschaft, sich einer Therapie zu stellen und auf den Krankheitsgewinn zu verzichten, ist nicht immer sofort gegeben. Eine frühere Schülerin, der ich begegnete und die inzwischen magersüchtig geworden war, antwortete mir auf die Frage, ob sie denn ihre Magersucht loswerden wolle: „Ich weiß es noch nicht genau“.

Während die Magersüchtigen zumindest im fortgeschrittenen Stadium auch in der Schule auffallen und unter Umständen in der Klasse dadurch eine Sonderstellung einnehmen, bleiben die bulimischen Mädchen dagegen jahrelang durch ihre geschickten Manipulationen von Familie und Schule unentdeckt. Sie haben weiterhin die gleiche Figur wie ihre Altersgenossinnen, weil sie mit Essen und nachfolgendem Erbrechen ihr gewohntes Aussehen beibehalten können. Ein Mädchen, das in einem Basketballverein aktiv Leistungssport trieb, vertraute mir zu meinem Erstaunen an, daß sie Bulimie habe. Sie erzählte auch, daß es in ihrer Familie Alkoholprobleme gebe. Davon berichtete sie aber erst, als sie die Schule mit mittlerer Reife verließ. Die Jugendlichen zeigen oft große Scheu und Schamgefühl, wenn in ihrer Familie derartige Probleme auftauchen, so als ob sie dafür verantwortlich wären. Sie sprechen davon nur im äußersten Notfall, d. h. wenn sie nicht mehr aus noch ein wissen. Ich vermute, daß das Leid der Kinder in dieser Hinsicht unendlich groß ist. Wir wissen es nur nicht, weil sie es stumm mit sich herumtragen, bis sie eines Tages davon krank werden. Nach meinen Beobachtungen hat z.B. die Zahl der Kinder mit depressivem Verhalten zugenommen. Und wiederum sind sie es, die in der

Schule weniger bemerkt werden, weil sie nicht stören. Die Störer sorgen einfach besser für sich als die stillen, unauffälligen, „gut funktionierenden“ SchülerInnen.

Auf den Zusammenhang zwischen sexuellem Mißbrauch und Eßstörungen wird immer wieder hingewiesen. Ein großer Prozentsatz der früh mißbrauchten Mädchen leidet später in der Pubertät an Anorexie oder Bulimie. Da die Kinder im Alter von 6-10 Jahren am meisten betroffen sind, ist es besonders wichtig, die GrundschullehrerInnen damit vertraut zu machen, wie sie in der Schule erste Anzeichen von sexuellem Mißbrauch wahrnehmen können, wie sie mit den Kindern im Unterricht darüber sprechen können, z. B. daß sie unangenehme Berührungen von wem auch immer ablehnen dürfen, wenn es ihrem Gefühl entspricht. Das ist besonders schwer, weil ja ein „gut erzogenes Kind“, das seine Eltern liebt und wiedergeliebt werden möchte, nicht nein sagen darf, wenn ein Erwachsener etwas von ihm will. Der Mut dazu muß erst geweckt und gestärkt werden. Die Schule kann das Ihrige dazu beitragen, die Kinder stark zu machen. Es gibt zum Thema Inzest bzw. sexueller Mißbrauch gute Literatur für die Hand der LehrerInnen mit ausgearbeiteten Unterrichtsbeispielen. In diesen Büchern wird auch darauf hingewiesen, wie präventive Elternarbeit zu diesem Thema aussehen kann und welche Schritte zu unternehmen sind, wenn sich der Verdacht erhärtet, daß ein Kind sexuell mißbraucht wird. Leider setzen die betroffenen Familiensysteme oft erbitterten Widerstand entgegen, wenn die Schule sich bemüht, dem mißbrauchten Kind zu helfen, vor allem, wenn der Täter aus dem familiären Umfeld stammt. Die Mütter schützen ihre Töchter oft nicht, weil sie Angst haben, daß sie dadurch ihren Mann verlieren, der der Täter ist. Mir ist eine Kollegin bekannt, der durch die strikte Verweigerungshaltung der Eltern und die Ohnmacht der zuständigen öffentlichen Einrichtungen buchstäblich die Hände gebunden waren. Das Elternrecht, so wichtig es sein mag, verhindert aber auch in einem solchen Fall den Schutz mißbrauchter

Kinder, und die Schule muß tatenlos zusehen, wie diese Kinder seelisch und körperlich zugrunde gerichtet werden.

## Andere Süchte der heutigen Jugendlichen

Sehr viele Jugendliche sind heute süchtig nach Spaß. Er ist augenblicklich zu haben, käuflich, konsumierbar, bedarf keiner eigenen Anstrengung, verlangt keine Verantwortung. Früher sagte man dazu vergnügungssüchtig. „Er war süchtig nach Spaß“ stand in einem Bericht der Süddeutschen Zeitung über den Schüler Patrick, der nach einer geradezu klassischen Drogenkarriere an einer Überdosis Heroin gestorben war. Vielleicht entspringt die Sucht nach Spaß der Ahnung um die echte Freude, zu der der Zugang verlorengegangen ist - Spaß also als Ersatz für Freude.

Spaß bringen z. B. die Techno-Raves. Das sind bis zu 74 Stunden dauernde Tanzfeste, die vielfach nur mit aufputschenden Drogen wie „Exstasy“ oder Getränken wie „Red Bull“ durchzustehen sind. Die Kids bewegen sich dort in ihrer „Szene“, die durch strikte Kleidervorschriften und die Musikrichtung gekennzeichnet ist. Ihre Musikstars sind ihre Identifikationsfiguren, das war immer schon so. In der Schule bekommen wir von den Raves allenfalls die Montagsmüdigkeit mit, wenn die SchülerInnen wieder aus ihrer Parallelwelt vom Wochenende auftauchen. „Was wißt ihr schon von unserem Leben?“ sagte einmal ein Schüler. In der Tat, wir wissen wenig. Die Parallelwelten der Jugendlichen sind uns Erwachsenen verschlossen, und so erleben sich LehrerInnen hoffnungslos abgehängt, kommen schwer an die Gefühle und an die Interessen der Jugendlichen heran. Das erklärt auch die Tatsache, daß es schwer ist, die Jugendlichen zu motivieren. An dieser Stelle besteht die Aufgabe der Schule darin, ihr inhaltliches Angebot und ihre Methoden zu überdenken und zu verändern und die Jugendlichen dort abzuholen, wo sie gerade stehen. Die Schule muß etwas

mit ihrem Leben zu tun haben. Es ist notwendig, ihnen dann im Rahmen der Schule die Möglichkeit zu verschaffen, z.B. Freude, Selbstbestätigung, Sicherheit, Annahme ihrer Person, das Gefühl von Aufgehobensein usw. zu erleben. So könnten wir auch ihrer Kommunikationsunwilligkeit und Kommunikationsunfähigkeit begegnen.

Alkohol und Nikotin gelten als Einstiegsdrogen. Die SchülerInnen werden schon in ihrer Kindheit damit konfrontiert, weil diese Drogen gesellschaftsfähig sind und das Beispiel der Erwachsenen nachgeahmt wird, sobald die Jugendlichen in die Erwachsenenwelt einsteigen wollen. Das beginnt schon erschreckend früh, nämlich im Alter von 10-12 Jahren. Die eigentliche Kindheit wird sichtlich immer kürzer.

Eine gängige Frage bei Festen, Schulausflügen oder Skilagern ist: „Dürfen wir etwas trinken?“ Gemeint ist natürlich Alkohol. Wenn ich frage, warum sie denn trinken wollen, ist die Antwort: „Da ist man gut drauf.“ oder „Da findet man schneller Anschluß.“ Ein Nein durchzusetzen kostet immer erhebliche Kraft. Das Gefühl dafür zu wecken, daß es doch besser sei, aus eigener Kraft ohne künstliche Hilfsmittel „gut drauf“ zu sein und Beziehung mit anderen aufnehmen zu können, verlangt mühevollen Erziehungsarbeit. Außerdem durchschauen die Jugendlichen sehr wohl die Doppelbödigkeit und die Verlogenheit der Erwachsenen. Was ist, wenn die LehrerInnen beim Skilager selber rauchen oder trinken?

Was andere Drogen wie Haschisch, Heroin, Kokain, Crack, Designerdrogen (also mit einem Chemiekasten im Labor herzustellende Drogen) angeht, ist zu sagen, daß alle SchülerInnen im Verlauf ihrer Schulkarriere in irgendeiner Weise damit konfrontiert werden, sei es auf privaten Festen, auf dem Schulweg, in der Schule oder anderswo. Manche Jugendliche lehnen die Drogen schlichtweg ab, andere nehmen etwas aus Neugierde, um dann zu sagen: „Das ist nichts für mich“. Andere, sehr wenige, bleiben daran hängen. Meines Erachtens gibt es keine Schule, die ganz von Drogen frei ist. Wer etwas anderes

behauptet, der ist einer Illusion verfallen. Die Existenz des Drogenproblems ist zu sehen, sollte aber auch nicht dramatisiert werden. Die Schule hat das Drogenproblem ja nicht zu verantworten. Ebenso wenig hat die Schule hier den Moralapostel zu spielen. Entscheidend ist, wie Eltern und Schule mit dem Drogenproblem umgehen bzw. mit den SchülerInnen, von denen sie wissen, daß sie Drogen nehmen. Verständnis und Zuwendung einerseits sind nötig, denn der Griff zur Droge drückt ja ein ungestilltes Bedürfnis aus, andererseits sind Klarheit und Konsequenz im Umgang mit solchen SchülerInnen und mit ihren Familien unerlässlich. Absolute Strenge ist angesagt, wenn SchülerInnen beim Dealen in der Schule angetroffen werden. Da die Schule die Verantwortung für alle SchülerInnen hat, muß der/die DealerIn, meiner Ansicht nach die Schule verlassen.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang die präventive Elternarbeit an der Schule. In einer Informationsveranstaltung für Eltern, die an meiner Schule vom Leiter einer Drogenberatungsstelle gehalten wurde, teilte dieser mit, daß 75 % seiner Klientel aus den sogenannten „guten“ Familien kämen, die ihre Kinder jedoch zu sehr verwöhnten. Viele Eltern sind bereit, für ihre Kinder das Beste zu geben, lassen sich aber dabei von den eigenen Vorstellungen leiten, was das Beste sei. Die Kinder werden dazu nicht befragt. Eine Mutter eines ehemals Drogensüchtigen, die vom Referenten mit eingeladen worden war, erzählte, ihr Sohn sei erst clean geworden, als sie und ihr Mann versucht hätten, trotz der Drogensucht ihres Sohnes wieder ihr eigenes Leben zu leben, was ja nichts mit Egoismus zu tun habe. Sie hatten ihren Sohn grenzenlos verwöhnt, materiell und durch ständige überfürsorgliche Zuwendung, sich selbst aber dabei übersehen. Der Sohn wollte das gar nicht. Verwöhnende Eltern erdrücken ihr Kind, machen es abhängig und lebensuntüchtig. Verwöhnte Kinder spüren, daß sie aus eigener Kraft nichts leisten, sie können nicht stolz sein auf sich, entwickeln kein Selbstwertgefühl. Sie geraten anderer-

seits in eine krasse Ichbezogenheit und in eine Forderungs- und Konsumhaltung, die uns auch in der Schule schwer zu schaffen machen. Verwöhnte SchülerInnen fordern lautstark ihre Rechte, die Pflichten dagegen sind weniger gefragt.

In der Erziehung ist ein gutes Maß an Nähe und Loslassenkönnen, Geborgenheit und Selbständigkeit, Freiheit und Verantwortlichkeit vor allem auch in der Pubertätsphase notwendig. Wenn einer der Faktoren das Übergewicht erhält, begünstigt das ein Abgleiten in Suchtverhalten und Ersatzbefriedigungen. So überfordert z. B. ein allzu-großes Maß an Freiheit die Jugendlichen, zu viel aufgebürdete Verantwortung z. B. für die Geschwister belastet sie zu stark. Ein Ausweichverhalten bietet Entlastung. Wenn beide genannten Faktoren in einem erträglichen Maß gegeben sind, werden Kinder stark. Starke Kinder zeugen auch von der Stärke der Eltern und nicht von deren Schwäche, wie unlängst jemand befürchtete. Diese beiderseitige Stärke schließt sehr wohl faire Auseinandersetzung mit ein, in denen um klare Grenzen gerungen wird. Eltern oder LehrerInnen, die Kindern oder Jugendlichen aus falsch verstandener Liberalität oder Bequemlichkeit eine solche positive Konfrontation vorenthalten, verhindern, daß die Kinder ein eigenes persönliches Profil entwickeln. Sie haben Schwierigkeiten, ihre Identität zu entdecken. Jugendliche, die nicht wissen, wer sie sind, was sie wert sind, was sie leisten können, wenn sie wirklich gefordert sind, werden extrem anfällig für Verführung, Manipulation und Süchte jeglicher Art. Sie haben wohl eine Ahnung von dem, was in ihnen steckt, können es aber nicht leben, sich selber nicht spüren. So driften sie in das Ersatzleben der Sucht ab. Welche Form der Sucht sie dann wählen, hängt vom Charakter, der Familienstruktur, den verfügbaren Mitteln, der Umgebung und manchmal auch dem Zufall ab. Die Jugendlichen sind da auch recht findig und einfallsreich. Sie würden aber auf keinen Fall einen Finger rühren, wenn ihr süchtiges Verhalten keinen Gewinn brächte. So ist bei Behandlung der Drogenthematik im

Unterricht von der Frage auszugehen: „Was bringt die Droge?“ Aus den Antworten ist der angepeilte, jedoch verfehlte eigentliche Wert ersichtlich, der dann gemeinsam behandelt werden kann z.B. Coolness, bzw. Selbstsicherheit.

Ein relativ neues Medium, das süchtig machen kann, ist der Computer. Viele Familien verfügen bereits über ein solch teures Gerät. Die nachmittags vielfach alleingelassenen Kids sitzen stundenlang vor Tastatur und Bildschirm. Das beweist auch, zu welcher Geduld und Konzentration sie fähig sind, wenn ihnen etwas wichtig ist.

Der Computer spielt mit ihnen Schach, entführt sie in fiktive Welten, testet ihre Intelligenz, stellt sie vor Probleme, die es zu „knacken“ gilt. Sie erleben eine Art Partner, der nie ungeduldig oder müde wird. Sie erfahren endlich eine Herausforderung, die in ihrem sonstigen oft so abgrundtief langweiligen, vorfabrizierten Leben nicht anzutreffen ist. Gerade beim Computer ist leicht einsehbar, daß er eine Ersatzfunktion hat. Es ist aber auch interessant, daß die Jugendlichen immer wieder etwas finden, das zumindest einen Teil ihrer Wünsche und Sehnsüchte befriedigt. Das Gefährliche daran ist, daß wesentliche existentielle Bedürfnisse wie z.B. Vertrauen, Verständnis, Liebe, Offenheit, persönliches Interesse, dabei nicht erlebt werden können und sich ein Defizit entwickelt, das seelisch krank macht. Das Wort „Sucht“ hat von seiner Wurzel her sprachlich nichts mit „suchen“ zu tun, sondern mit „siech“ und englisch „sick“, also „krank“. Wir kennen Kinder, die zu toben anfangen, wenn Eltern ihnen den Game-boy wegnehmen und Jugendliche, die Entzugserscheinungen entwickeln, wenn sie Computerverbot bekommen.

Zusammenfassend ist aus meiner Sicht als Pädagogin zu sagen, daß sich bei den Jugendlichen, die im schulischen Bereich durch Suchtverhalten auffällig geworden sind, und das ist doch eine wenn auch wachsende Minderheit, Lebensbedingungen feststellen lassen, die durch nicht geglückte Erziehungs- und Beziehungsprozesse verursacht wurden. Dies spielt sich vor

dem Hintergrund der modernen wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Gegebenheiten ab. Mehr oder weniger schwerwiegende Fehlbestände und Fehlleistungen im körperlichen, seelischen und geistigen Bereich sind bei jungen Menschen und nicht nur bei ihnen, die Folge. Das Abgleiten in die verschiedenartigen Süchte ist als Zeichen dafür zu werten, daß das eigentlich Gesuchte nicht gefunden werden konnte. Das Suchtverhalten verspricht aber einen wenn auch täuschenden Halt und Ersatz-Sinn. Genetische oder biochemische Faktoren kann ich als Pädagogin dabei naturgemäß nicht beurteilen.

## Was kann die Schule tun?

Notwendig ist eine Intensivierung der Zusammenarbeit zwischen den Erziehungsinstitutionen und dem Elterntaus. Dabei sollte die Suchtprävention schon im Kindergarten beginnen.

Aufklärungsarbeit für Eltern, Jugendliche und LehrerInnen ist von besonderer Wichtigkeit. Von Jugendlichen werden dabei Drohungen, Abschreckung und repressives Verhalten nicht akzeptiert.

Als sehr wirksam erweisen sich Veranstaltungen, in denen Fachleute gemeinsam mit Eltern von süchtig gewordenen Jugendlichen oder z.B. AnorexiepatientInnen den jungen Menschen Rede und Antwort stehen. Sehr beeindruckt haben meine SchülerInnen die Patientinnen aus dem Therapiezentrum für Eßstörungen des Max-Planck-Institutes in München. Sie bewunderten ihren Mut, öffentlich von ihrer Krankheit vor unbekanntem Leuten zu sprechen, die Klugheit ihrer Eigenanalyse, den festen Willen, diese Arbeit an sich selbst zu leisten, die Anstrengung, die diese Mädchen auf sich nahmen, die Krankheit zu überwinden.

Weiterhin hat z.B. ein kompletter Jahrgang der 10. Klassen das Therapiezentrum besucht und so Einblick gewonnen in die therapeutische Arbeit. Sie haben sozusagen Psychotherapie zum Anfassen erlebt mit den

vielfältigen Methoden wie Körperarbeit, Kunsttherapie, Rollenspiel und Gruppengesprächen usw. Dies diente auch zum Abbau von Berührungsängsten gegenüber einer therapeutischen Einrichtung.

Die Zusammenarbeit mit dem Therapiezentrum läßt sich intensivieren. Gedacht ist z. B. an Gesprächsgruppen, die durch kompetente, entsprechend geschulte Personen geleitet werden. Diese so dringend notwendigen Gespräche könnten auch außerhalb der Schule stattfinden. Das ist auch deswegen zu bedenken, weil sich die SchülerInnen oft scheuen, ihre Probleme oder die der Familie ihren KameradInnen oder der Schule preiszugeben. Sie wollen sich und ihre Familie schützen.

In der Schule brauchen wir LehrerInnen, die im Umgang mit der Suchtproblematik geschult sind. Es gibt dazu einschlägige Lehrerfortbildungen.

Eine wichtige Rolle kommt unserem pädagogischen Konzept zu. Wie muß die Lehrtätigkeit aussehen, damit sie präventiv wirken kann? Das kann nur eine personale, ganzheitliche Pädagogik sein, die Körper, Seele und Geist anspricht. Existentielle Bedürfnisse wie z. B. Achtung vor der Würde des Einzelnen, Anerkennung, Wertschätzung, Liebe, Gerechtigkeit, Zuverlässigkeit, Freiheit, Verantwortlichkeit sind Grundzüge einer solchen personalen Pädagogik. Die Person des jungen Menschen steht im Mittelpunkt und nicht sein bloßes Funktionieren.

Eine solche Pädagogik wird handlungsorientiert sein, eigenverantwortlich und Spielraum lassen für Kreativität und Träume, für Körpererfahrung und Eigenwilligkeit. Sie ist nicht quantitativ sondern qualitativ auszurichten. Sie muß auch etwas mit dem Leben der SchülerInnen zu tun haben, damit sie Freude daran haben und motiviert sind. Jugendliche wollen im Grunde etwas leisten. Es stimmt einfach nicht, daß sie faul sind. Sie wollen aber, daß das, was sie tun, auch einen Wert darstellt in ihren Augen. Damit erleben sie ihr Tun als sinnvoll und erfüllend. Das ist die beste Motivation.

Wenn ich meine SchülerInnen befrage, was ihnen im Leben wichtig ist, so nennen sie fast durchwegs zuerst Freundschaft, an zweiter Stelle Frieden, dann die Unversehrtheit der Natur. Geld wird unter „ferner liefen“ genannt und zwar meist von den männlichen Jugendlichen.

Freundschaft als erste Wahl zeigt, welche Wichtigkeit die Jugendlichen der menschlichen Nähe, dem Gedanken- und Gefühlsaustausch beimessen. Die Sehnsucht nach intakter Beziehung ist groß. Wir haben gesehen, daß gerade an dieser Stelle großer Mangel herrscht, was wiederum zu Krankheit und Sucht führen kann.

Wie glaubwürdig sind wir Erwachsenen, da wir uns anscheinend so schwer tun, tragfähige Beziehungen aufzubauen und zu führen. Kriege sind ein Extrembeispiel dafür. Die Jugendlichen in meiner 11. Klasse waren verzweifelt und weinten, als der Golfkrieg ausbrach.

Für ökologisches Denken und Tun sind Kinder schon von der Grundschule an zu begeistern. Sie stehen ihrer eigenen Natur noch näher. Was muß einem jungen Menschen zugestoßen sein, daß er sich seiner eigenen Natur so entfremdet, daß er sich zu Tode hungern will? Welche Zeichen der inneren Not haben die Erwachsenen übersehen? Wo ist die Achtsamkeit des Herzens im Umgang mit jungen Menschen?

Die Jugendlichen halten uns immer wieder einen Spiegel vor. Sie geben uns Erwachsenen damit die Chance, umzudenken. Damit wir endlich aufmerksam werden, sehen sie sich manchmal genötigt, aus unserem System auszusteigen durch ihre Krankheiten, Süchte oder Schulversagen. Das sind ihre letzten Mittel, die vom unbewußten Opfern der eigenen Schulkarriere bis hin zur Selbsterstörung durch Magersucht oder Bulimie gehen können. Sie zwingen uns Erwachsene damit, uns mit ihnen zu beschäftigen und uns selber dabei zu verändern.

Gerade die sogenannten schwierigen Kinder in Familien und in der Schule sind die interessantesten. Sie sind diejenigen, die uns auch am meisten

herausfordern und damit weiterbringen.

Süchtiges Verhalten sehe ich also vom Standpunkt der Pädagogin aus als Zeichen dafür, daß der echte Sinn verfehlt wurde. Es ist unsere Aufgabe, gemeinsam herauszufinden, worin für jeden Einzelnen dieser Sinn bestehen könne nach dem Motto: Sinn im Leben ist die beste Prävention. Das bedeutet letzten Endes Erfüllung durch Engagement für eine Sache oder für andere Menschen, wie es die Jugendlichen in ihrer oben genannten Werteskala deutlich gemacht haben.

## Literatur

- BRAECKER S., WIRTZ-WEINRICH W. (1991) Sexueller Mißbrauch von Mädchen und Jungen. Weinheim u. Basel: Beltz
- BROSCH R., JUHNKE G. (1995) Jugend und Sucht. Ein Ratgeber. Wien: Orac
- DREIKURS R. (1973) Kinder lernen aus den Folgen. Wie man sich Schimpfen und Strafen sparen kann. Freiburg: Herder 7. Auflage
- FRANKL V.E. (1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke 19. Auflage
- FRANKL V.E. (1987) Logotherapie und Existenzanalyse. München: Piper
- GERLINGHOFF M. (1986) Magersüchtig. Eine Therapeutin und Betroffene berichten. München: Piper, 2. Auflage
- GERLINGHOFF M., BACKMUND H. (1994) Magersucht. Anstöße zur Krankheitsbewältigung. München: dtv
- JANKE K., NIEHUES S. (1995) Echt abgedreht. Die Jugend der 90er Jahre. München: Beck
- LÄNGLE A. (1987) Sinnvoll leben. St. Pölten, Wien: Niederösterreichisches Pressehaus
- LÄNGLE A. (1988) Entscheidung zum Sein. Viktor Frankls Logotherapie in der Praxis. München: Piper
- STEINHAGE R. (1989) Sexueller Mißbrauch an Mädchen. Ein Handbuch für Beratung und Therapie. Reinbek: rororo
- WAIBEL E.M. (1994) Erziehung zum Selbstwert. Persönlichkeitsförderung als zentrales pädagogisches Anliegen. Donauwörth: Auer
- WIRTZ U. (1989) Seelenmord. Inzest und Therapie. Zürich: Kreuz Verlag
- ZÖPFL H. (Hrsg.) (1993) Drogen. Informieren und Vorbeugen in der Erziehung. Donauwörth: Auer

# Erfahrungen aus dem klinischen Alltag mit Suchtkranken

*Im folgenden Artikel werden Erfahrungen aus dem klinischen Alltag der letzten 5 Jahre im Krankenhaus Maria Ebene in Feldkriech/Vorarlberg zusammengetragen, welche sich insgesamt auf etwa 500 Patienten beziehen.*

*Maria Ebene ist ein Krankenhaus mit 50 Betten, vorwiegend für Alkoholabhängige, Medikamentenabhängige und Polytoxikomane, vereinzelt auch Drogenabhängige. Die Patienten verbleiben für 8 Wochen in stationärer Therapie, bei Persönlichkeitsstörungen wird der Aufenthalt meist auf 16 Wochen verlängert.*

*Johannes Rauch und Astrid Görtz geben einen persönlichen Erfahrungsbericht, ausgehend vom Erleben der Patienten, wie es sich ihnen in therapeutischen Einzelgesprächen und Gruppensitzungen darstellte. Entwicklungen und Wege, die in die Abhängigkeit führen, werden aufgrund von Beobachtungen aus der therapeutischen Arbeit beschrieben, weiters werden die therapeutische Haltung und einzelne therapeutische Schritte besprochen.\**

Die auffallendste Gemeinsamkeit im Erleben der Patienten ist der Wunsch, zu sich zu finden. Für viele Suchtkranke steht die Frage „Wer bin ich?“ im Zentrum ihres Suchens. So steht auch am Beginn der Suchttherapie, wie sie seit Jahren in Maria Ebene durchgeführt wird, eine Übung, die sich dieser Frage widmet und für die ein ganzer Tag reserviert ist. Die Übung wird als „Selbst“-Übung bezeichnet. Als „Ich“ wird das Bild verstanden, das ich von mir habe, als „Selbst“ das Bild von mir, das ich durch andere zurückgespiegelt bekomme. Ich zeige mich aus einem tiefen Wissen um mich selbst dem anderen und handle in die Welt hinein. Daraus bekomme ich Rückmeldungen bzw. Rückspiegelungen. Rückmeldungen, die nahe an meinem Wesen sind, bringen mich mir selbst sehr nahe. Je mehr die Rückmeldung von mir bzw. von meinem „Ich“ abweicht, desto stärker entsteht Verunsicherung, die

schmerzt, die aggressiv macht, die in die Depression führt. In der wiederholten Abweichung dieser Rückmeldung falle ich in eine Rolle und gehe mir selbst dabei immer mehr verloren.

In der erwähnten Übung, die immer in der Gruppe durchgeführt wird, wird in einem Zustand von Entspannung folgenden angeleiteten Fragen nachgegangen:

- Welches grundsätzliche Gefühl bleibt, wenn ich von mir spreche?
- Welche Menschen haben mich in meinem Wesen erkannt (jetzt und früher)?
- Welche Menschen haben mich mir selbst nahe gebracht, haben mich in meinem Wesen gefördert?
- Kann ich Situationen finden, in denen ich in bezug auf mich selbst in die Irre geführt wurde oder werde?

Im Anschluß an die Entspannung wird in der Gruppe zum Erlebten Stellung

genommen.

Die erstaunliche Beobachtung bei vielen Suchtkranken (etwa 2/3) ist, daß diese Erfahrung, im Wesen erkannt zu sein, gänzlich fehlt, vor allem in den Jahren des Aufwachsens. Bei Eltern und Lehrern haben die wenigsten dies erfahren. Wenn überhaupt, waren es Personen am Rande, wie etwa Nachbarn oder entferntere Bekannte. In der Übung wird dies als tiefe Betroffenheit und Trauer erlebt. Darin wird der personale Wert des Einzelnen deutlich spürbar.

Aus der Beobachtung dieses Phänomens stellt sich die Frage, warum diese Trauer so viele Jahre nicht gespürt und zugelassen werden konnte? Viele trauerten in der Einsamkeit. Dies verstärkte den Schmerz noch weiter. Auch das Funktionieren in einer Rolle, welches die Distanz zum eigenen Wesen noch vergrößert, intensiviert den Schmerz.

Um diesen tiefen Schmerz zu lindern, wird irgendwann zum Alkohol gegriffen. Der Schmerz wird dabei quasi narkotisiert. Alkohol baut Blockaden ab, und im Rausch wird es möglich, für kurze Zeit die Rolle abzulegen, die Einsamkeit zu überwinden, sich als Person zu zeigen, der Sehnsucht nach Nähe zu einem anderen nachzugehen, den Mut aufzubringen, ein Mädchen anzusprechen oder es zum Tanz aufzufordern, usw.. Dieses Erlebnis von „Ichselbst-Sein“ ist an den Alkohol gebunden. Mittel- und langfristig entstehen daraus psychische und körperliche Abhängigkeit. In der chronischen Phase der Alkoholabhängigkeit geht sich die Person in der Rolle des „Alkoholikers“ fast gänzlich verloren. Der personale Wert gerät so in Gefahr, daß daraus oft die Motivation zur Therapie entsteht.

Die beschriebene Entwicklung konnte im Leben vieler Suchtkranker rückblickend gesehen werden.

Das zentrale Erleben ist, daß Lebensraum und Person verletzt, nicht geachtet, nicht gesehen, bedroht (worden) sind. Eine Patientin schildert dies mit folgenden Worten:

„Innere Leere. Ich fühle mich ungeliebt, überflüssig. Niemand ver-

steht mich. Überflüssig. Einsam, einsam ... Verlassen, allein ... Verrückt. Übrig. Als Nichts, als Null. Dreck ... der letzte Dreck... Ich fühle mich wie eine wunde Hülle. Es schmerzt. Nirgendwo dazugehörig. Ich fühle mich daneben. Alles in allem fühle ich mich wie ein total schmerzender Knäuel, das nur noch versucht zu funktionieren. Ich bin schlecht und vollkommen daneben. Zu Tode müde. Ich kann nicht mehr leben, aber auch nicht sterben. Ich weiß nicht, wer ich bin. Schmerz, Qual, verletzt, blutend vegetiere ich dahin. Ich will endlich geliebt werden."

In der Therapie zeigt sich, daß das Erleben von Wut meist gänzlich fehlt. Wut ist ein Ausdruck von Trauer, sie zeigt den personalen Wert. In der Wut geht es nicht wie im Zorn darum zu zerstören, sondern das auszudrücken, was mir wichtig und wert ist. Wut ist ein heilendes Gefühl. Darin zeigt sich die Person authentisch, in der Verletzung ihres Wertes und im Einsatz um diesen. Wenn der Ausdruck von Wut nicht möglich ist - oft bringt sich die Person (das Kind) dadurch in reale Gefahr, verlassen, nicht angenommen, zerstört zu werden - wird zu einem Ersatzmittel, z.B. Alkohol, gegriffen und der Weg in die Sucht geöffnet. Auf diesem Weg konnten wir drei Reaktionsweisen, möglicherweise auch Stadien beobachten:

1) Die Person flieht, geht weg, läßt

sich den Raum nehmen, gibt auf. Daraus resultiert Aggression gegen sich selber. Darunter lauert die Angst, daß „das, was mir wichtig ist, keinen Platz hat“.

- 2) Die Person läßt zu, daß das, was ihr wichtig ist, verletzt wird, schluckt den Ärger, wartet ab, läßt sich entwerten, begibt sich in eine leidvolle Situation. Diese angepasste Haltung führt in Depression und Resignation, in ein Nicht-mehr-kämpfen-Wollen.
- 3) Die Person wirkt zerstörerisch. Sie versucht, „sich irgendwie Raum zu verschaffen“, zum Beispiel durch das Trinken.

Ein Ziel der Therapie ist es, zur eigenen Wut zu kommen. Auf den drei angesprochenen Ebenen führt das zu folgender Erfahrung:

- 1) Raum haben („Hier kann ICH sein“ - auch in der Rolle des Alkoholikers kann ICH sein).
- 2) Sich Raum nehmen („Gut, daß ich bin“).
- 3) „Es ist gut, so wie es ist.“ („Es darf so sein.“)

Wie wir am Beginn dieses Berichts erwähnt haben, geht es dem Suchtkranken im Grunde darum, sich in seiner Person zu erfassen und zu entdecken. Im therapeutischen Umgang ist uns die dialogische Haltung von großer Wichtigkeit. In Einzelgesprächen, in den Gruppensitzungen und in der Soziotherapie wird viel Rückmeldung über das eigene Wesen ge-

geben. Lückenlose Abstinenz ist in dieser Zeit unbedingte Voraussetzung. So kann erlebt werden, daß die Überwindung der Rolle, das Sich-Zeigen und Zu-sich-Stehen ohne Suchtmittel möglich ist.

Das Wesen der Person kommt am stärksten in Entscheidungen zum Tragen. Verantwortung für das Eigene zu übernehmen, kann Angst machen. Im Laufe der Therapie werden immer auch folgende Fragen erarbeitet:

- Wozu will ich abstinenz sein?
- Wofür will ich mich einsetzen?
- Wofür will ich gelebt haben?

Das Wesen der Person wird dort sichtbar, wo ich beginne, die eigene Welt mitzugestalten und sie nicht länger passiv über mich ergehen zu lassen. Die Gruppe als Raum für Begegnung in der Auseinandersetzung mit diesen Fragen wird sehr wichtig genommen.

*Mag. Johannes Rauch ist seit 10 Jahren als Kreativtherapeut und Psychotherapeut im Krankenhaus Maria Ebene in Feldkirch/Vorarlberg tätig.*

*Mag. Astrid Görtz, Psychotherapeutin in Ausbildung, verbrachte zwei Sommer als Praktikantin in Maria Ebene und arbeitete dort eng mit Johannes Rauch zusammen.*

---

\* An dieser Stelle sei auch eine im Krankenhaus laufende empirische Studie zur Therapieevaluation erwähnt, an der bereits 237 Patienten teilgenommen haben. Dabei werden unter anderem die Parameter Befindlichkeit, Symptombelastung, Lebensqualität, seelische Gesundheit, das Selbstbild nach dem Gießen-Test und die Existentialität nach der Existenz-Skala untersucht. In einer Nachuntersuchung werden die Patienten nach einem halben Jahr zum Therapieerfolg aus ihrer Sicht befragt. Katamnestiche Daten liegen derzeit von etwa 50% der Befragten vor.



## Sinn Glaube - Sinngespür

## Anregungen aus dem Exerzitienbuch des Ignatius?

Obwohl ich existenzanalytischer Laie bin, möchte ich mich in der anregenden Diskussion „Sinn Glaube - Sinngespür“ zu Wort melden. In den terminologischen Disput einzugreifen bin ich nicht befähigt, ich möchte aber von meiner Erfahrung als geistlicher Begleiter schreiben. Meines Erachtens haben beide Begriffe ihre Berechtigung: Sinn Glaube ist in Extremsituationen angezeigt, Sinngespür in allen anderen Phasen des Lebens.

Nehmen wir als Beispiel eine hoffnungslose Situation, ein schwarzes Loch der Aussichtslosigkeit. Hier wird das Sinngespür zum Überleben nicht ausreichen. Die Initialdosis zum Bewältigen dieser Situation kann meines Erachtens nur der Sinn Glaube sein. In der Extremsituation ist wahrscheinlich kein inneres Instrumentarium für das Sinngespür ausgebildet.

Theologisch gesehen könnte man hier die Definition von „Glaube“

aus dem Hebräerbrief einsetzen: „Glaube ist: feststehen in dem, was man hofft, überzeugt sein von Dingen, die man nicht sieht.“ (Hebr. 11,1) Von diesem archimedischen Punkt aus müßte dann das Sensorium für das Sinngespür entwickelt werden, das dann alle anderen Phasen des Lebens umfaßt. Hier trifft sich - soweit ich es sehe - die gesunde christliche Tradition mit der Grunderfahrung der Existenzanalyse. Die „Regeln zur Unterscheidung der Geister“ des Ignatius von Loyola, seine Bemerkungen am Beginn des Exerzitienbuches und seine Weisungen bezüglich der Wahl (gemeint sind Entscheidungen im Leben) sind im wesentlichen eine Anleitung zur Entwicklung des Sinngespürs: Der Exerzitiengeber (Therapeut) soll im Prozeß den Empfangenden (Klient) weder zu dieser oder jener Lebensweise hinbewegen, sondern dazu verhelfen, daß Gott selbst sich ihm mitteilen kann, um ihn zum je eigenen Weg

hin zu disponieren. Der Exerzitiengeber soll in der Mitte wie eine Waage stehen, damit der Schöpfer unmittelbar mit dem Geschöpf und das Geschöpf mit dem Schöpfer wirken kann (vgl. Exerzitien 15). Hier ist Gott nicht als Außenstehender gemeint, sondern im augustinischen Sinn als der „Deus intimior intimo meo“, als der Gott in mir, der mir näher ist als ich mir nahe bin. Man könnte diese Gotteserfahrung auch Gewissen, inneres Licht oder innere Gewißheit nennen. Der Redlichkeit halber muß noch angeführt werden, daß Ignatius seine Anleitungen streng kirchlich einbindet (Zeit der Inquisition!).

Mir erschiene es als lohnenswerte Aufgabe, das Exerzitienbuch existenzanalytisch zu durchleuchten. Dies könnte fruchtbar sein für das letztlich gemeinsame Ziel, den Menschen auf dem Weg zu seiner persönlichen Sinnfindung zu begleiten, hin zu seinem Leben in Fülle (Joh 10, 10).

*Anschrift des Verfassers:*

*Dr. theol. Rupert Dinthobl  
Wolfsgartenweg 34/9  
A-5020 Salzburg*

## Herbstakademie 1996 - Herbstakademie 1996 - Herbstakademie 1996

<b>Hannover</b>	31. August	Symposion für (in Ausbildung stehende) ExistenzanalytikerInnen <i>Referenten:</i> A. Kunert, S. Längle, M. Lumbe/Walter Winklhofer, J. Rauch/E. Kohler, M. Sacher, Wasiliki Winklhofer
<b>München</b>	5.-6. Oktober	
<b>Wien</b>	27.-29. September	<i>Referentin:</i> W. Popa
<b>Altllengbach</b>	18.-20. Oktober	<i>Referenten:</i> A. Böttcher-Poetsch, P. Freitag, R. Kunert, K. Luss, J. Rauch/E. Kohler, St. Wiesnagrotzky
<b>Steiermark</b>	18.-20. Oktober	<i>Referent:</i> A. Längle. Seminar für die ehemalige Ausbildungsgruppe Graz 1987

Ein ausführliches Programm liegt diesem Heft bei bzw. kann bei der GLE Wien angefordert werden.

## Herbstakademie 1996 - Herbstakademie 1996 - Herbstakademie 1996

# Behinderung geht uns alle an

*Bericht über die Jahrestagung der GLE vom 3.-5. Mai 1996*

**in Rothenburg o.d.T. zum Thema: "Ich kann nicht... Behinderung als menschliches Phänomen"**

Freitag früh kamen wir (= zwanzig Personen aus Wien) nach einer gemeinsamen Reise mit dem Bus am Tagungsort an: unausgeschlafen, aber voll Erwartung! Die Tagungsstätte selbst, schon von außen ein imposantes Gebäude, ließ uns das Phänomen "Behinderung" gleich sehr anschaulich erfahren: Es galt, zahllose Stufen hinauf- und dann wieder hinunterzusteigen, um ans Ziel zu gelangen. Auch das bezaubernde, "wildromantische" Städtchen Rothenburg, das sich hinter wuchtigen Stadtmauern verschanzte, wollte erst "erobert" werden. Ich nahm diese Hindernisse als Herausforderung, und es war die Mühe wert!

Die Tagung selber begann am **Freitag** nachmittag. In seiner Begrüßung meinte der Vorsitzende der GLE, DDr. Alfred Längle, das schwierige Thema dieser Tagung betreffe nicht nur Randgruppen, sondern gehe uns alle an.

Dr. Silvia Längle hielt den ersten Vortrag mit dem Titel: "*Behinderung und Existenzanalyse*". Darin bezog sie sich nicht nur auf Behinderung im engeren Sinne, sondern auf schicksalhafte Einschränkungen jeder Art. Sie beschrieb die Gefühle, die durch diese Einschränkungen ausgelöst werden und überlegte, was Halt geben könnte, um das Vertrauen ins Leben nicht zu verlieren. Durch ihren Vortrag hindurch war zu spüren, daß sie selbst solche Einschränkungen erfahren hatte und dennoch das Ja zum Leben sagen

konnte. (Der Vortrag ist in dieser Nummer der "Existenzanalyse" in vollem Wortlaut abgedruckt.)

"*Leben im Rollstuhl - Schicksal und Herausforderung*". Unter dieses Motto hatte Dipl. Soz. Päd. Ilse Schubert die sehr persönlich gehaltene Schilderung ihres Lebens gestellt. Es war beeindruckend zu hören, wie sie ihr Schicksal gemeistert und schließlich zu sich selber gefunden hatte. Entscheidend waren "der Wille zum Weg" und "ein Ja zum Leben". Daß sie uns mit ihrem Vortrag daran teilhaben ließ, erntete viel Beifall.

Der Tagungsleiter Karl Rühl, der sehr umsichtig und energisch die Zeitstruktur im Auge behielt, gab dann die Einteilung für die "*existentiellen Gesprächsgruppen*" bekannt. Sie waren eine willkommene Bereicherung an diesem Nachmittag. Im Anschluß an das bisher Gehörte halfen sie, dem eigenen Bezug zum Tagungsthema auf die Spur zu kommen und lösten in meiner Gruppe viel persönliche Betroffenheit aus: Dieses Thema geht tatsächlich jeden an!

"*Behinderung phänomenologisch erschaut*" war der Aspekt, dem Dr. Elfe Hofer ihr Referat widmete. Für sie ist Behinderung "eine Facette des ganzheitlichen Phänomens Leben". Sie sprach von "Geröll im Weg" und davon, daß nicht alle Behinderungen sichtbar seien. Anhand von Beispielen aus ihrer langjährigen Arbeit mit behinderten Menschen verdeutlichte sie die Konsequenzen ihrer Sichtweise für die Praxis und vermittelte uns einen guten Eindruck davon, wie diese Men-

schen gefördert werden können. Daß ihr selber diese Tätigkeit ein persönliches Anliegen war, kam klar zum Ausdruck.

Auch die nächste Rednerin, Prof. Dr. Barbara Fornefeld, konnte mich von ihrer hingebungsvollen Art der Arbeit mit behinderten Kindern überzeugen. Ihr Vortrag mit dem Titel "*Wahrnehmen und Sinnstiften des (behinderten) Menschen*" war sprachlich anspruchsvoll und ausgezeichnet illustriert durch Bilder, die sie mitgebracht hatte. An den Beispielen aus ihrer Arbeit wurde deutlich, wie viel an positiver Veränderung auch bei Menschen mit schweren Behinderungen möglich ist.

Gespannt warteten alle auf den öffentlichen Vortrag von DDr. Alfred Längle. Zusätzlich zu den Tagungsteilnehmern waren noch viele von außen gekommen, um etwas über "*Leben als Schicksal - Bedingungen und Grenzen menschlicher Existenz*" zu hören. Wie immer gelang es Dr. Längle vom ersten Moment an, die zahlreichen Zuhörer zu fesseln, und er ließ so manchen seine Müdigkeit vergessen. In einer poetisch durchwirkten Sprache vermittelte er nicht nur Gedanken und Inhalte, sondern gleichzeitig Stimmungen, Ahnungen und Gefühle, wie etwa, wenn er von der "Sehnsucht des Menschen nach dem Schwerelosen" sprach, oder davon, daß es tatsächlich "Tage mit dem Hauch des Paradieses" gäbe. Nichtsdestoweniger lebten wir aber "in einer beinhalten Realität", die nicht den Wünschen des Menschen folge, sondern uns Widerstand und Grenzen entgegensetze, die andererseits aber auch Halt vermittelten. "Es ist wichtig", sagte er, "daß wir unsere Träume, Sehnsüchte und Ideale bewahren, damit wir nicht abstumpfen; daß wir uns ein Stück Himmel offenhalten, dabei aber die Steine auf dem Boden nicht übersehen." Andernfalls wäre unser Leben entweder eine "Träumerei" oder ein "Sich-Zerreiben-an-Hindernissen". In der Folge ging er auf verschiedene Arten von Behinderung ein und sprach von der Angst, plötzlich vor unüberwindbaren Hindernissen zu stehen. Eigent-

lich sei das eine "Daseinsangst", die Angst, "weggespült und ausgelöscht zu werden". Über die persönliche Betroffenheit im Umgang mit Behinderten (Was täte ich, wenn ...?) kam er schließlich auf seine eigene Betroffenheit als Vater eines behinderten Sohnes zu sprechen. Kann ich ihn annehmen und lieben? hatte er sich gefragt. Diesem Kind das Leben zu verweigern, das hätten er und seine Frau nicht übers Herz gebracht. Sie rangen sich durch zu einer "empfangenden Haltung": das Leben zu nehmen wie es ist und etwas daraus zu machen. Das war der berührendste Teil dieses Vortrages, das ging unter die Haut!

Sie zu nehmen als die, die sie sind - das sei wichtig bei behinderten Menschen. Dieses Leben anzunehmen wie es ist; sich darauf einzulassen, damit umzugehen; manches aber auch sein lassen, es lassen können - darauf komme es an.

Dr. Längle schloß - wiederum sehr berührend - mit einem Gedicht von Erich Fried: "Es ist, was es ist, sagt die Liebe..."

Am **Samstag** früh motivierte uns die Tagesleiterin Elfriede Raschzok sehr stimmungsvoll mit dem Hinweis auf die Naturschönheiten und den Gesang der Vögel. Als Referent machte Günter Funke den Anfang. Der Titel seines Referates: "*Ethik und Existenzanalyse*" weckte Neugier. Zu Recht. "Was sollen wir tun?" Aus dieser Frage resultiere "die Spannung zwischen Sein und Sollen". "Wer kann oder darf sagen, wie der Mensch sein soll?" fragte er weiter. Er warnte davor, das "Sollen" von außen an einen Menschen heranzutragen, denn "was für den einen Sinngehalt ist, ist für den anderen Leere!" In der Psychotherapie stelle sich oft heraus, daß die Menschen vom "Sollen" geknechtet wären. Er verlangte, das "Sollen" hätte dem "Sein" Platz zu machen; er betonte den Vorrang des Persönlichen vor dem Allgemeinen und ging so weit, Psychotherapie als "Un-moral" zu bezeichnen. Für ihn hieß Psychotherapie, dem Patienten (und damit seiner "Person") ins Antlitz zu sehen und als "Anwalt des (= seines, Anm.) Lebens"

zu handeln.

Dieser Vortrag hatte etwas Radikales in seiner Warnung vor dem "Sollen" - dennoch halte ich diese Hinweise im Hinblick auf die Praxis für wichtig und berechtigt!

Der nächste Vortrag paßte gut zum vorangegangenen, wenngleich er sich in Stil und Präsentation sehr von ihm unterschied. Prof. Georg Theunissen sprach über "*Personenbegriff, Behindertenfeindlichkeit und die neuere Euthanasiedebatte*". Gegen zunehmende behindertenfeindliche Tendenzen trat er ein für das Recht behinderter Menschen auf ein erfülltes und möglichst selbständiges Leben. Heutzutage werde geistig behinderten Menschen vielfach ihr Personsein abgesprochen. Er hingegen vertrat den Standpunkt, das Personale entstehe durch Beziehung - durch ein In-Beziehung-Treten mit anderen, und das sei auch dem geistig behinderten Menschen möglich. Wieviel Freude, Wärme, Liebe könnten z.B. betroffene Eltern im unverstellten Antlitz ihres Kindes erfahren! Er plädierte daher auf Achtung vor der Würde eines jeden Menschen, ob "gesund", behindert oder alt und krank. Es gäbe auch ein Recht auf ein krankes und behindertes Leben! Nicht "Sterbehilfe" täte deshalb Not, sondern Hilfe für das Leben: lebensnotwendige Pflege und mitmenschlicher Beistand.

In der dem Vortrag folgenden *Diskussion* gab es kontroverse Wortmeldungen zum Thema "Euthanasie", verbunden mit dem Hinweis auf ihre Gefahren.

Der **Nachmittag** war den verschiedenen *Workshops* gewidmet, die sich mit unterschiedlichen Aspekten von Behindertsein (nicht nur im engeren Sinne) auseinandersetzten. Die kurzen Einführungen der Workshopleiter am Samstag früh versprachen ein spannendes Arbeiten.

Der **Abend** bot kulinarisch und künstlerisch etwas vom Feinsten. Nachdem wir uns durch das hervorragende Fränkische Büffet durchgekostet hatten, faszinierte und erheiterte uns ein

unglaublich vielseitiger Marcus Jeroch mit seinem "Wortheater": Sprachkunst, Pantomime, Jongliernummern und Musik, zuweilen in Verbindung miteinander. In clownesker Aufmachung und wechselnder Kostümierung regte er zu lachendem Nachdenken an. Auch Anspielungen auf das Tagungsthema wußte er geschickt in seine Darbietung zu integrieren. Ein schöner Abend!

Nach einem erbaulichen Morgengruß des Tagesleiters Jochen Pawelke hielt Karl Rühl den ersten Vortrag am **Sonntag** mit dem Titel: "*Die Begegnung mit dem Behinderten. Erleben und Haltung des Therapeuten*". Anhand eines Beispiels aus der Arbeit mit einer behinderten Frau schilderte er uns sehr bewegend, wie er auf ganz praktische Art versucht hatte, ihre Situation nachzuempfinden: Er hatte sich nicht gescheut, sich im Sinne eines Perspektivenwechsels selber einmal in ihren Rollstuhl zu setzen, um ein wenig davon zu spüren, wie es ihr in dieser Situation ging. Trotz immer wieder auftretender Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht bei sich selber wagte er die Auseinandersetzung mit dem Schicksal dieser Person und ihrem entstellten Gesicht. So half er ihr von der Annahme des Faktischen zu einer realistischen Neuorientierung. In seiner Vorgangsweise bewies er ein feines Gespür und viel Phantasie. Dieser Vortrag erschütterte und begeisterte zugleich, denn es war spürbar, daß Karl Rühl in der Arbeit mit dieser Frau mit seinem ganzen Herzen dabei gewesen war. (Das vorliegende Heft der "Existenzanalyse" enthält eine Kurzfassung dieses Vortrags).

"*Bleiben geistig behinderte Menschen Stiefkinder - auch in der Psychotherapie?*" Dieser Frage ging Prim. Dr. Albert Lingg in seinem Referat nach. Nach der Schilderung der Situation der geistig Behinderten früher - wobei er auch eigene frühere Fehler im Sinne einer unkritischen Übernahme der herrschenden Sichtweise von behinderten Menschen zugab - beschrieb er die Situation heute: Mit der Tendenz zur Enthospitalisierung gingen eine

“theoretische” Aufbruchsstimmung und andererseits eine “ideologische Verbohrtheit” einher, die eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Berufsgruppen erschweren. Als “Schwierige, die keiner mag”, würden geistig Behinderte dennoch in vielen Fällen aufgrund begleitender psychischer Probleme psychotherapeutische Hilfe benötigen. Sie seien ja sehr wohl fähig, über innerseelische Vorgänge zu kommunizieren. Zusammenfassend betonte er ihr Recht auf Leben. Notwendig sei der Versuch, ihre Sprache zu verstehen, ihnen zu geben, was sie brauchten und zu sehen, was sie uns geben könnten. Durch die eher zurückhaltende Art seines Vortrages hindurch hatte er uns damit eindringlich gezeigt, wie engagiert er sich für diese Personengruppe einsetzt.

Die nachfolgende Rednerin Dipl. Psych. Ilse Badelt verdeutlichte in ihrem Vortrag “*Psychotherapie mit geistig Behinderten*” sehr anschaulich, wie diese Arbeit aussehen kann. In einer Haltung von einfühelndem Verstehen und Akzeptanz auf der Basis von Authentizität (“Echtheit, Kongruenz”) versucht sie zu ergründen, was den Behinderten bewegt, hilft ihm, das

auszudrücken und zeigt viel Geduld, bis eine Veränderung möglich wird. An ihrem Vortrag haben vor allem ihr Engagement, ihre Beziehung zu und ihr Umgang mit den geistig behinderten Personen beeindruckt und begeistert. Es war absolut glaubwürdig, daß diese Arbeit ihr Leben bereichert hat.

Auch der letzten Referentin an diesem Vormittag gelang es, uns mit ihrer eigenen Begeisterung anzustecken. Fee Czisch hatte den Titel gewählt: “*Kinder sehen die Welt naturgemäß anders als wir Erwachsenen.*” Und genau darauf bemüht sie sich, in ihrer schulischen Arbeit mit Kindern einzugehen. Sie versucht zu ergründen, was jeder einzelne kann (“Förderung der Eigenheiten”), was mehrere miteinander können (“Förderung des Gemeinsamen”) und auf diese Art Hilfestellung zur Entfaltung einer autonomen Persönlichkeit zu geben. Dies erreicht sie mit Hilfe von offenem Unterricht und unkonventioneller Arbeitsweise, bei der das lustvolle Lernen ohne Druck im Vordergrund steht. Ihren Beispielen aus der Praxis hätte ich noch lange zuhören können. Bei so einer Lehrerin wäre wohl jeder von uns gern in die Schule gegangen!

Die vorgesehene **Diskussion** zum

Abschluß erübrigte sich, da niemand das Bedürfnis hatte, dem Gesagten etwas hinzuzufügen. Offenbar standen alle noch unter dem Eindruck des Gehörten.

Mit den abschließenden Grußworten von Diakon Karl Rühl und DDr. Alfried Längle endete diese Tagung. Dr. Längle dankte allen sehr herzlich, die zum Gelingen beigetragen hatten.

Diesem Dank möchte ich mich anschließen. Besonders zu erwähnen wäre noch die umsichtige und fürsorgliche Reiseleitung durch Gabriele Reisenberger, die mir in der Fremde ein Gefühl von Heimat vermittelte. Dazu trugen auch faszinierende Begegnungen und interessante Gespräche mit KollegInnen bei.

Insgesamt war es wieder eine sehr gelungene Tagung, die schon Lust macht auf die nächste!

*Emma Huber*

# Mitgliederversammlung der GLE

am 4. 5. 1996 um 18.00 Uhr

in der Tagungsstätte Wildbad, Rothenburg o.d.T.

A. Längle begrüßt als Vorsitzender der GLE die anwesenden Mitglieder und verliest die Tagesordnung.

- 1) Bericht der Vorstandsmitglieder
- 2) Herbstakademie 1996
- 3) Jahrestagung 1997
- 4) Ort, Zeit, Thema für Jahrestagung 1998
- 5) Allfälliges

## ad 1. Vorstandsberichte

- a) Am Beginn des Berichts des Vorstandes werden Personalien besprochen.
- b) Beda Wicki berichtet über die Entwicklung in der Schweiz. Es gelingt der GLE immer besser, in der Schweiz Fuß zu fassen. Derzeit gibt es eine Ausbildungsgruppe für Psychotherapeuten.
- c) Wasiliki Winklhofer: in München laufen derzeit Beraterausbildungen, ein regelmäßiger Jour Fixe wurde eingerichtet und soll helfen, den Kontakt zu den ehemaligen Ausbildungskandidaten aufrecht zu erhalten.
- d) Walter Winklhofer: Durch mehrere namhafte Geldspenden an die Deutsche Sektion ist es gelungen, einige Projekte zu unterstützen, wobei insbesondere die Projekte von Wilhelmina Popa in Temesvar gefördert werden.
- e) Christoph Kolbe: Seit einem Jahr etabliert sich das Norddeutsche Institut für EA und LT immer besser. Es laufen Ausbildungsgruppen für Berater. Neue Ausbildungsgruppen sind geplant. Schwerpunkt des Institutes ist die Fortbildung. Der Kontakt zu ausgebildeten Existenzanalytikern soll aufrecht erhalten werden.

f) Lilo Tutsch: Die Ausbildungskurse in Wien laufen konstant weiter, jährlich werden neue Kurse für Therapieausbildung begonnen.

In 2-jährigen Abständen beginnen Beraterkurse.

Berufspolitisch ergibt sich immer wieder die Notwendigkeit, Gutachten über Kandidaten zu schreiben, die eine Ausbildung im Ausland gemacht haben. Für diese Kandidaten gibt es Anfragen an die GLE aus dem Bundesministerium für Gesundheit, inwiefern eine Anerkennung erfolgen könnte.

g) Alfried Längle: Österreichische Kandidaten, die derzeit in Ausbildung stehen und die Ausbildung in der Zeit der „Übergangsbestimmungen“ begonnen haben, sollten den Abschluß bis 1997 erreichen. Für Kandidaten, die bis zu diesem Zeitpunkt die Ausbildung nicht abschließen können, ist es notwendig, eine Kurzform des Propädeutikums nachzumachen. Die abgeleiteten Ausbildungsabschnitte werden voll anerkannt.

Weiters berichtet A. Längle über die sehr verdienstvolle Arbeit von Fr. Dr. Popa in Rumänien, wodurch es gelungen ist, die Existenzanalyse in Rumänien gut zu verankern. In Kroatien entwickelt sich eine zunehmende Präsenz der EA.

Die Umfragen unter den Mitgliedern der GLE fand guten Zuspruch, die ausgesandten Fragebögen wurden in einem hohen Anteil an die GLE zurückgesandt. Die Auswertung der Fragebögen wird etwa im Herbst vorliegen.

h) Christian Probst: an der Universität Graz ist die EA fixer Bestandteil im Vorlesungsangebot der Medizini-

schen Fakultät und im Propädeutikum. Weiters laufen Lehraufträge an der Pädagogischen Akademie der Diözese Graz Seckau.

Im Institut für EA in Graz arbeiten zur Zeit 8 Therapeuten. Der Schwerpunkt der Arbeit im Institut ist die Patientenbetreuung. Die Auslastung ist gut. Der Um- und Ausbau des Institutes konnte im Mai dieses Jahres abgeschlossen werden.

Die Multizentrische Effizienzstudie läuft weiter. Es liegen bereits etwa 40 abgeschlossene Prüfprotokolle vor. Interessierte Mitglieder, die an dieser Studie mitmachen möchten, werden eingeladen, Prüfprotokolle bei der GLE Wien anzufordern.

i) Silvia Längle: berichtet über die Neugestaltung und Weiterentwicklung des ehemaligen Bulletins, jetzt „Existenzanalyse“. Die Leser sind aufgefordert, einen regen Austausch in der Rubrik Forum zu führen und werden ermutigt, dies auch in Zukunft zu tun.

j) Günter Funke: berichtet über das Berliner Institut für EA und LT. Die Arbeit am Institut schreitet gut voran, die Auslastung ist zufriedenstellend.

In Österreich bestehen Aktivitäten in Linz, Salzburg und Innsbruck. Es finden zahlreiche existenzanalytische Vorträge im gesamten österreichischen Raum statt.

## ad 2. Herbstakademie 1996

Im Herbst dieses Jahres ist wieder eine Fortbildungsakademie geplant. Ziel ist die weitere Vertiefung von Spezialfeldern, die im Interesse der praktisch tätigen ExistenzanalytikerInnen liegen. Um ein möglichst „passendes“ Angebot erstellen zu können, fordert A. Längle die Mitglieder auf, ihre Erfahrungen, Wünsche und Anregungen mitzuteilen. In zahlreichen Wortmeldungen wird darauf hingewiesen, daß es wünschenswert wäre, möglichst früh die Termine für die Herbstakademie bekanntzugeben, damit Interessierte das Angebot wahrnehmen können.

Konkret wird der Wunsch geäußert, einen fixen Zeitpunkt für die Herbstakademie im Jahresablauf festzulegen. Das 1. und 3. Oktoberwochenende könnten für einen solchen Zweck gut genutzt werden. Weiters soll nach Möglichkeit das Programm für die Herbstakademie bereits bei der Jahrestagung der GLE im Frühjahr aufliegen. Besonders wird darauf hingewiesen, daß auf die Bedürfnisse der Berater bei der Erstellung des Angebotes der Herbstakademie mehr Rücksicht genommen werden soll.

### ad 3. Jahrestagung 1997

Als Termin für die Jahrestagung 1997 wird der 18.-20. April festgelegt. Die Tagung wird in Steyr in Oberösterreich stattfinden. Themen der Tagung: „Arbeitswelt“. Als Tagungsorganisation hat sich Dr. Kurt Wawra angeboten. Es wird angeregt, die Bereiche der „Nichtarbeitswelt“ (gemeint sind diejenigen, die keinen Platz im Arbeitsgeschehen finden) und Berufswahl in die Tagungsthemen aufzunehmen. Weiters soll darauf Rücksicht genommen werden, daß der Begriff „Arbeit“ nicht mit dem Terminus „Beruf“ gleichgesetzt wird.

### ad 4. Jahrestagung 1998

Es liegen keine konkreten Vorschläge betreffend den Ort für die Tagung 1998 vor. Dr. Jana Bozuk schlägt Prag als Tagungsort vor. Termin wird voraussichtlich das letzte Aprilwochenende 1998 sein.

Themenwünsche:

- Erste Grundmotivation
- Ambivalenz
- das Unbewußte

Mehrfach wird gewünscht, daß es wieder ein „therapeutisches Thema“ sein soll, das 1998 vertieft wird.

### ad 5. Allfälliges

Zu diesem Punkt gibt es keine Wortmeldungen.

*Christian Probst*

## Gespräche zur Wahrung berufspolitischer Interessen

**Am 5. März waren DDr. Alfried Längle und Dr. Gerhard Stumm in zweifacher Funktion bei Gesundheitsministerin Dr. Christa Krammer:**

1. Übergabe der über 1250 Resolutionen gegen die Zuerkennung der Gesamtvertragsfähigkeit für Psychotherapie für den Berufsverband Österr. PsychologInnen (BÖP): Die Gesundheitsministerin zeigte sich beeindruckt von der großen Zahl an unterzeichneten Stellungnahmen. Immerhin haben sich damit fast die Hälfte aller faktisch in freier Praxis tätigen PsychotherapeutInnen an dieser Initiative beteiligt. Sie ließ erkennen, daß sich der BÖP in dieser Frage von ihr keine Unterstützung erwarten könne. Da aber der Antrag derzeit im Psychotherapiebeirat behandelt wird, wolle sie dem offiziell vorgesehenen Weg nicht vorgreifen. Außerdem möchte sie eine allfällige Stellungnahme des BÖP auf das Gutachten des Beirats abwarten, bevor sie den Bescheid ausstellt. Zur Sprache kam auch, daß der BÖP weder Psychotherapie in seinen Satzungen hat, noch die Aufnahme aller PsychotherapeutInnen als Mitglieder ermöglicht. Von Belang ist weiters der enorm hohe Organisationsgrad des ÖBVP, der ein Vielfaches des BÖP beträgt. Einer aktuellen Auswertung zufolge sind ca. zwei Drittel aller in freier Praxis tätigen PsychotherapeutInnen Mitglied im ÖBVP. Dies und noch weitere Gründe stellen die Zuständigkeit des BÖP in Sachen Gesamtvertragsfähigkeit für Psychotherapie ganz entschieden in Frage. Es schien uns, daß ihr nicht unbekannt ist, daß der Hauptverband den BÖP zu diesem Vorgehen animiert hat. Dies leitet über zum zweiten Teil des Gesprächs, dem wir insgesamt

mehr Zeit widmeten.

2. Übergabe der Stellungnahme der psychotherapeutischen Fachvereine zum Verhältnis von ASVG und Psychotherapiegesetz:

In dieser Frage bekamen wir mehrfach zu hören, daß die Kassen kein Geld haben und daher kein politischer Schwung für die Realisierung der Psychotherapie auf Krankenschein bestünde. Darüber hinaus dürften einige Politiker dieses Thema mit der Beschließung der 50. ASVG-Novelle abgehakt haben, weil sie dies mit der Realisierung gleichsetzten. Eine Schützenhilfe durch Krammer gegenüber dem Hauptverband ist nach unserem Eindruck jedenfalls nicht zu erhoffen. In der Qualifikationsfrage verhielt sie sich neutral, obwohl die anerkannten PsychotherapeutInnen dies per Bescheid des BMfGK sind, und obwohl das ASVG ausdrücklich die Qualifikation gemäß PthG als ausreichend für die Krankenbehandlung im Sinne des ASVG hält.

Rege Zustimmung gab sie der Überlegung, den Abschluß des Gesamtvertrages neben entsprechenden Kontrollen an die Limitierung der Kosten zu binden. Krammer gab jedoch ihrem Optimismus Ausdruck, daß die Verhandlungen zwischen Hauptverband und ÖBVP schon noch zum Abschluß eines Gesamtvertrages führen werden.

*Dr. Gerhard Stumm  
DDr. Alfried Längle*

Aus: WLP-Nachrichten 3/96, S. 7

RENATE HUTTERER-KRISCH (HRSG.)

## **Psychotherapie mit psychotischen Menschen**

Springer Verlag Wien, New York 1994, 818 Seiten, öS 1.095,-

Im 1. Teil des Sammelwerkes „Psychotherapie mit psychotischen Menschen“ wird zunächst ein *historischer Überblick* über den Einsatz der verschiedenen psychotherapeutischen Methoden auf dem Gebiet der Psychosen gegeben:

Der Begriff Psychose im Sinne von Seelenkrankheit wurde wahrscheinlich 1845 zum ersten Mal von Feuchtersleben gebraucht und erfuhr im Laufe der Zeit einen Bedeutungswandel. In den heute gängigen Klassifikationsschemata DSM-III-R und ICD 10 ist er nicht mehr aufzuführen.

1911 prägte Eugen Bleuler den Begriff der Gruppe der Schizophrenie, wobei einzelne psychoanalytische Erfahrungen in seine Schizophrenielehre einfließen.

Die von Kraepelin vorgezeichnete klinische Psychiatrie, die Psychoanalyse und andere psychotherapeutische Schulen gingen getrennte Wege. Heute stellt sich die Forderung eines Miteinanders mehr denn je, da die Frage nach der Ätiologie der schizophrenen Erkrankungen noch nicht gelöst ist.

In den Anfängen der Psychotherapie war die Haltung gegenüber der Behandlung psychotischer Erkrankungen durch Psychotherapie eher skeptisch.

1940 meinte Freud, daß Schizophrenie nicht psychotherapeutisch behandelt werden könne, da die Herstellung einer Übertragung nicht möglich sei. Paul Federn (erster Schüler Freuds), Fromm-Reichmann, Sullivan, Arieti, Winicott, Sechehaye bis Benedetti und Mentzos bewiesen in ihren Arbeiten, daß Schizophrene psychotherapeutisch behandelt werden können. Mentzos (1991) geht davon aus, daß viele psychotische Symptome nicht die direkte Folge angenommener biologischer Defekte oder psychischer Traumatisierungen sind, sondern Reaktionen darauf. Aus seiner Sicht dient die psychotische Symptomatik dem Schutz und der Abwehr.

Adler setzte sich in „Lebenslügen und Verantwortlichkeit in der Neurose und Psychose“ auch mit den Psychosen auseinander (1920). Laut Adler baut sich der Patient seine mit der Wirklichkeit kontrastierende Innenwelt auf Grundlage einer verfehlten individuellen Perspektive auf. Adler entwickelte 23 Thesen zum Erscheinungsbild der Paranoia.

Zur psychotherapeutischen Grundhaltung des Therapeuten schreibt Adler, daß Wahnsinn den höchsten Grad von Isolierung bedeutet. Er meinte, daß es eine Kunst sei, solche Fälle zu heilen - wozu es Geduld und ein besonders freundliches, zuvorkommendes Verhalten brauche. Ebenso wird die Notwendigkeit der angemessenen Nähe und Distanz, des Verstehens, der Empathie, der fürsorglichen Anteilnahme, des Gewährlassens einerseits und wirklichkeitsbezogener Deutung, Sachlichkeit, Enthüllung

und Aufdeckung schizophrener Problematik andererseits hervorgehoben.

C.G. Jung gehörte zu den ersten, die den Mut hatten sich auf Psychotherapie mit Schizophrenen einzulassen. Er begann seine Karriere auf Burghölzli, wo Bleuler der Leiter war.

Auch das Katathyme Bilderleben fand einen Zugang zu psychotisch reagierenden Menschen über Imaginationen und Symbolisierungen.

Im Vordergrund der verhaltensorientierten Verfahren zur Schizophreniebehandlung stehen Techniken des operanten Konditionierens mit dem Ziel der Optimierung der Lebensqualität. Unter anderem wurde soziales Kompetenztraining und IPT (Brenner et al), wo soziale Fertigkeiten und weitere Therapieelemente integriert wurden, entwickelt.

Leff und Vaughn bezogen Angehörige schizophrener Patienten in ihre Arbeit basierend auf der „Expressed-Emotion“-Forschung mit ein. Auf dieser Grundlage entwickelte sich die „Behaviorale Familientherapie“.

Die gestalttherapeutische Grundhaltung in der Arbeit mit psychotischen Menschen ist gekennzeichnet durch eine primär unterstützende Haltung, keine vorrangig aufdeckende Haltung. Cynthia O. Harris beschrieb spezielle Techniken für die Arbeit mit psychotischen Menschen (1992). Hanika betont die Schutzfunktion des Widerstandes, ebenso weist er darauf hin, daß der Psychotherapeut aktiv, engagiert und direkt sein sollte und nicht zu abstinert.

Für Moreno (Psychodrama) war der springende Punkt in der Arbeit mit psychotischen Patienten, daß sich der Patient oft nicht von der Psychose trennen will, die für ihn normal geworden ist. Oft sei sie das Resultat vieler Jahre schöpferischer Arbeit und zu kostbar, um sie aufzugeben.

Moreno forderte 1959, die Wirklichkeit der Psychose zu akzeptieren, mit Hilfs-Ich aktiv in der Selbstverwirklichung zu helfen und den Patienten mit seinem von der Norm abweichenden Benehmen wieder in die Kultur einzureihen.

Rogers deutete schizophrene Symptome als eine Form der Selbstmitteilung. Einige klientenzentrierte Autoren betrachten die Gesprächspsychotherapie bei psychotischen Patienten als nicht indiziert (Teusch, Swildens). Binder und Binder beschäftigten sich in jüngster Zeit mit der gesprächstherapeutischen Behandlung von psychotischen Menschen.

Umfassende systemische Ansätze, das Wesen, die Ätiologie und die Therapie der Schizophrenie zu formulieren, führten im angloamerikanischen Raum zu zahlreichen Publikationen (Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne 1969; Bateson, Jackson, Haley und Weakland 1969). Therapieergebnisse über das Miteinbinden der Familien von

schizophrenen Menschen in die Therapie publizierten Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin und Prata 1975. Schizophrenie wird hier als Kommunikationsweise verstanden.

Haley, Watzlawick und andere Autoren führten „paradoxe Verschreibungen“ in die Familientherapie ein. Weitere Autoren, die einen systemischen Ansatz vertreten: Simon 1988, Böker und Brenner 1989.

Raoul Schindler setzte sich für Gruppenpsychotherapie bei Menschen mit schizophrenen Psychosen ein.

Eine Annäherung zwischen Psychiatrie und Psychotherapie ist anhand der in den letzten 10 Jahren erschienenen Publikationen abzulesen. Psychodynamisches Wissen und Wissen um Psychohygiene stellen wichtige Faktoren im psychiatrischen Alltag dar (sozialpsychiatrische Tagung Gugging 1993).

Ein weiteres Kapitel in „Psychotherapie mit psychotischen Menschen“ ist der *Wirksamkeitsforschung der verschiedenen Psychotherapiemethoden* gewidmet. Eine Literaturrecherche der Universität Innsbruck ergab, daß es in den letzten 10 Jahren im deutschsprachigen Raum relativ wenig Wirksamkeitsstudien zur Psychose-Psychotherapie gibt. In diesen Wirksamkeitsstudien konnte gezeigt werden, daß sämtliche Therapierichtungen wirksam sind und keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Therapieeffekts vorhanden sind. Nicht die therapeutisch theoretische Ausrichtung ist für die Veränderung des Patienten wichtig, sondern die Art der zwischenmenschlichen Beziehung.

Benedetti (1975, 1983), Müller (1972, 1976), Matussek (1976) haben Psychotherapie bei Psychosen bei ca. der Hälfte der Patienten als hilfreich eingestuft - längere (mehrjährige) Therapiezeiträume werden empfohlen. Folgende Forderungen an zukünftige psychotherapeutische Wirksamkeitsstudien wurden gestellt:

- Entwicklung individueller psychosozialer Behandlungsstrategien.
- Verstärkter Einbezug prozeßorientierter Forschung.
- Wiederholung einschlägiger Untersuchungen; dadurch werden bereits erhobene Befunde bestätigt und gegebenenfalls differenziert.
- Untersuchung der Auswirkung der Angehörigkeitsgruppenarbeit.
- Vergleich der Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer Methoden (wie sie wirken, welche Wechselwirkungen, in welchem Ausmaß sie wirken.....)
- Auswahl möglichst umschriebener, operationalisierter Parameter.
- Wissenschaftliche Unabhängigkeit und Neutralität.
- Austausch und Anreicherung zwischen wissenschaftlicher Forschung und klinischer Praxis (Forschungsprojekte bleiben so am Boden der Realität).

Den weitaus größeren Raum im ersten Teil des Buches nehmen *Beschreibungen der einzelnen psychotherapeutischen Methoden* (Theorie und daraus resultierende therapeutische Konsequenzen) ein.

Die Tiefenpsychologie ist durch Beiträge zur Psychoanalyse, Individualpsychologie, analytischen Psychologie und katathym-imaginativen Psychotherapie repräsentiert. Weiters stellen sich Verhaltenstherapie, Personenzentrierte/Klientenzentrierte Psychotherapie, Gestalttherapie, Psychodrama, systemische Familientherapie, Gruppenpsychotherapie, Existenzanalyse und Logotherapie, Transaktionsanalyse, konzentrierte Bewegungstherapie und körpertherapeutische Ansätze vor.

In all diesen Beiträgen war es für mich spannend zu erleben, daß das Sprichwort „Alle Wege führen nach Rom“ auch auf dem Gebiet der Psychosenpsychotherapie Gültigkeit hat. Diese verschiedenen Wege mit Hilfe der Darstellungen zu beschreiten war besonders interessant.

Angesprochen haben mich die psychotherapeutischen Grundlinien, wie sie im individualpsychologischen Artikel angeführt werden, vor allem die Punkte 1-5 (Kontaktanbahnung, Rekonstruktion einer vertrauensvollen Beziehung, Rekonstruktion des Realitätsbezugs, Rekonstruktion und Stabilisierung des Selbstwertes, Erarbeitung des Anlasses und aktueller Problemfelder), die aus existenzanalytischer Sicht auf jene Dimension verweisen, wo die Hauptstörung von Schizophrenen liegt, nämlich das Grundvertrauen.

Der Artikel über die analytische Psychologie betont, daß kein normiertes Setting für psychotische Patienten angewendet werden sollte und wie wichtig die Begleitung des Patienten in der Psychose ist, sowie das Ansprechen des Angstmachenden.

Die Darstellungen zur Verhaltenstherapie haben mich nicht so sehr wegen ihrer methodischen Aussagen angesprochen, sondern wegen der übersichtlichen Zusammenfassung der Epidemiologie und Ätiologie der Schizophrenie.

Wasser auf meine existenzanalytische Mühle war der kurze Abriß „Die Psychose aus phänomenologischer Sicht“ im Artikel der Gestalttherapie, wo unter anderem gesagt wird: „Aus phänomenologischer Sicht können wir nicht sagen ‘die Psychose ist’. Alles andere sind Konzepte, die die Wirklichkeit zu beschreiben versuchen, aber nicht die Wirklichkeit sind. Es ist klar, daß man Konzepte braucht, um adäquat therapieren zu können. Im unmittelbaren Kontakt mit den Patienten sind diese jedoch hinderlich. Hier spielt die Anwesenheit des Therapeuten eine zentrale Rolle“.

Im Artikel über verschiedene Gruppentherapiemodelle finden sich interessante Anregungen zum Verständnis des Gruppenprozesses für die Arbeit mit Schizophrenen.

Ich bedaure es, daß im Beitrag „Person und Psychose - existenzanalytische Aspekte und logotherapeutische Ansätze“ die personale Grundmotivation keine Berücksichtigung gefunden hat, da sich daraus Züge zum Verstehen schizophrener Menschen finden und therapeutische Konsequenzen ableiten ließen. Etwas verwirrend ist für mich die Aussage, daß für die Existenzanalyse im Vordergrund der Symptomatik der endogenen Depression die Angst steht. Weiters erkenne ich in den Ausführungen zur speziellen Existenzanalyse der Schizophrenie kein klares Therapie-



modell oder Therapiekonzept. Die Schwerpunkte bewegungstherapeutischen Arbeitens in der Psychosenpsychotherapie erlebe ich für die therapeutische Begegnung mit schizophrenen Menschen als überlegenswert (übungs-zentriert-funktionale Wahrnehmungsangebote, Umgang mit Gegenständen, Umgang mit Raum und Zeit, Spielangebote, Angebotsrichtlinien anhand der Scharetterschen Ich-Dimensionen).

Im 2. Teil des Buches werden in verschiedenen Beiträgen die spezifischen Probleme und Erfahrungen in der Psychotherapie bei Menschen mit psychotischen Störungen beschrieben, die die Ausführungen des 1. Teils vertiefen und erweitern. Details erspare ich nun den LeserInnen dieser Zeilen. Ich möchte aber eine Einladung zur kritischen Aus-

einandersetzung mit den Ausführungen in diesem Buch aussprechen, da ich diese als anregend und äußerst befruchtend erlebt habe.

Zusammenfassend möchte ich betonen, daß ich „Psychotherapie mit psychotischen Menschen“ für ein überaus gelungenes Buch halte, das einen guten Überblick über die verschiedenen therapeutischen Angebote in diesem Bereich gibt. Problembereiche des stationären wie auch des ambulanten Settings werden beleuchtet, ebenso psychosoziale Aspekte betrachtet.

Die Beiträge sind umfassend, wie die Therapie mit schizophrenen Menschen sein sollte ....

*Dr. Karin Luss*

PETER OSTEN

## **Die Anamnese in der Psychotherapie - integratives Konzept**

Ernst Reinhardt Verlag, München Basel 1995.

Mehr Menschen als bisher können psychotherapeutische Behandlungen in Anspruch nehmen. Psychotherapie dringt in unterschiedliche Institutionen ein. Umso wichtiger wird die Entscheidung, wer welche Psychotherapie bekommt, wann sie beginnen soll und welche Indikationen dafür maßgeblich sind. Eine gut geführte Anamnese differenziert die soeben angeführten Bereiche und ermöglicht somit eine adäquate Entscheidung. Das hier vorliegende Buch widmet sich diesem Thema mit großer Sorgfalt. Ein schulenübergreifendes Konzept von Anamnese wird aber nicht dargestellt (wie am Klappentext behauptet). Mehr als das, ist es die Darstellung der Integrativen Psychotherapie von Hilarion Petzold und deren Sicht der Anamnese, was nicht minder interessant ist, aber eben nicht das gleiche.

Schon in der Einleitung wird klar, daß sich das Buch dem Leser nicht so einfach erschließen wird. Eine neue Sprache (jene der integrativen Psychotherapie) wird langsam zu erlernen sein, um sich den Inhalt zu nähern. Zudem läßt der Autor nie einen Begriff für sich alleine stehen, sondern splittet diesen beständig in seine Bestandteile auf oder versucht ihn mit mehreren Eigenschaftswörtern zu beschreiben. Das Lesen wird mühsam. Der Autor entzieht sich dem Leser. Es ist nur schwer faßbar, was er gerade sagen will bzw. welchen Standpunkt er soeben bezieht. Im folgenden stelle ich die Inhalte des Buches kurz vor.

Über die Herkunft und bisherige Verwendung des

Anamnesebegriffes kommt Osten zu den Grundlagen anamnestischer Arbeit, welche er in den Begriffen Bewußtsein, Wirklichkeit und Erkenntnis beschreibt. Es folgt eine genaue Darstellung der obigen Begrifflichkeit aus der Sicht der integrativen Psychotherapie.

In einem großen Kapitel über klinische Perspektiven Integrativer Anamneseerhebung findet sich eine Vielfalt von Theorien und Anschauungen zu Entwicklungspsychologie, Gefühl, Denken und Erinnern, Übertragung und Widerstand, Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit sowie Protektive Faktoren.

Über letztgenanntes gelangt ein ressourcenorientierter Zug in die Psychotherapeutische Anamnese. Die Anamneseerhebung sollte sich den „protektiven Faktoren“ der Lebensgeschichte des Klienten zuwenden. Gesundheitsfördernde „salutogene“ Ereignisketten werden dem/der KlientIn damit deutlich gemacht. Für die Therapie werden die Ressourcen des einzelnen Patienten nutzbar gemacht.

Wie bedeutsam Einstellungen und Überzeugungen für die Bewältigung von inneren und äußeren Belastungen sind, hat V.E. Frankl mit seiner Erzählung aus dem Konzentrationslager (viele Menschen starben nach Weihnachten 1944) aufgezeigt. Osten bezieht sich auf Anthonovsky (Einstellungen, Überzeugungen, Kompetenzen - wichtig für günstige oder ungünstige Bewältigung) und Lazarus (Subjektive Bewertung der Situation wesentlich). Für die Anamnese heißt dies, daß stärker gesundheitsfördernde Elemente miterhoben werden

müssen. Ein wichtiger Nebeneffekt ist, daß durch diese Vorgehensweise auf die alleinige Deutungsmacht des Therapeuten verzichtet werden muß. Die Anamnese wird zu einem dialogisch wechselseitigen Prozeß.

Im ersten Teil beschreibt der Autor drei anamnestiche Phasen und stellt Voraussetzungen des Therapeuten sowie der therapeutischen Situation vor. Mit einer Checkliste für alle drei Phasen und der Beschreibung von Diagnoseerstellung und Befund endet das Buch.

Interessant ist die Vorgehensweise des Autors im Bezug auf die Durchführung und Analyse der Anamnese. Zeitlich hintereinander gibt er drei Schritte an. Der Erstkontakt, welcher vor allem die Art und Weise der Kontaktaufnahme und die ersten Reaktionen des Therapeuten darauf beinhaltet. Das Erstinterview, welches aus ersterem folgt und in einer „initialen Szene“ die Besonderheiten des Beziehungsverhaltens des Klienten aufzeigt. Der Therapeut verhält sich in diesem ersten geplanten Gespräch offen und wenig strukturierend. Die detaillierte halbstrukturierte Anamneseerhebung läßt der Autor den beiden ersten Phasen folgen. Hier geschieht detailliert anamnestiche Arbeit an der Geschichte des Klienten. Diese kann über einige Stunden dauern. Der Autor entzieht sich inhaltlich und zeitlich der Begrenzung oder einem Abschluß indem er schreibt: „Anamnese kann vor dem Hintergrund der angestellten Überlegung in einem 4-5stündigen Setting nie vollständig oder abgeschlossen sein.“ Diese Sichtweise der Unabgeschlossenheit ergibt sich, weil der Autor die Anamnese als erste therapeutische Intervention und nicht als eindeutig begrenztes diagnostisches Verfahren vorstellt. Vor allem der soeben beschriebene Teil ist wegen seiner Informationsfülle und Konkretheit ein Gewinn für jeden Interviewer.

Im theoretischen Teil wird eine Entwicklungspsychologie von Geburt bis Tod des Menschen dargestellt. Diese Position soll als Absage an das Fixierungsmodell der Psychoanalyse (Kindheit lege Verhaltensweisen fest) gelten. Ebenso wendet sich das Buch vom Konzept der Zentriertheit auf Pathologisches ab und versucht protektive Faktoren hervorzukehren.

Im besonderen das detaillierte halbstrukturierte Interview weckt in mir die Frage nach Ausmaß und Steuerung der Anamnese. Gehe ich zu straff vor, könnte es für den Patienten ein peinliches Befragtwerden sein. Frage ich zu wenig, erhalte ich zuwenig Information. Der Fehler dieser Fragestellung liegt darin, daß ich die Steuerung alleine bei mir lasse. Eine gute Anamnese wird vom Klienten mitgesteuert, sowohl was die Inhalte als auch das Ausmaß betrifft. Darüber gibt das Buch

Auskunft, aber wie diese Steuerung aussieht und welche Besonderheiten sie aufweist, das fehlt. Nur zwischen den Zeilen erfährt der Leser einiges über die Bedeutsamkeit des Beziehungsaufbaues zwischen Therapeut und Klient. Jener Prozeß, der das Therapeut-Klient-Team von den vielen theoretischen und faktischen Situationen zu jenen hinführt, die für die Therapie wichtig sein werden, bleibt unbeachtet.

Die Stärke des Buches liegt in der ungeheuer vielfältigen Auflistung aller zu befragenden Themen und Bereiche, Gefühle sowie die theoretische Fundierung derselben. Zusätzlich werden einige hilfreiche Techniken der Exploration angegeben. Am ehesten erschließt sich diese Fülle, wenn man sich dem Buch wie einem Lexikon nähert. Leider fehlt dazu das Sachwörterverzeichnis. Das sehr ausführliche Inhaltsverzeichnis ist unter diesem Aspekt gesehen unzureichend.

An dem im Untertitel angeführten Ziel, ein Integratives Konzept der Anamneseerhebung zu schaffen, geht der Autor vorbei. Zu sehr steht die Vielfalt im Vordergrund. Die notwendige Einengung, welche die erforderliche Reduktion von Komplexität mit sich bringt, wird nicht gemacht. Bei mir als Leser drängt sich der Verdacht auf, daß mit der Auflösung von Subjekt und Objekt auch die Auflösung des Standpunktes der Betrachtung vollzogen wurde. Der Verlust von Klarheit und Eindeutigkeit ist eine Folge davon.

Ganz persönlich fehlt mir die Bezugnahme auf die existentielle Dynamik von Einengung und Weitung, von Fragen und Offenlassen, von Einfordern und Kommenlassen, welche den der Anamnese innewohnenden Prozeß beschreiben würde.

Das Buch überfordert den Leser und, es überfordert den Autor. In einer hochstilisierten Sprache (geeignet für eine wissenschaftliche Dissertation aus dem Gebiet Philosophie/Psychologie) versteckt der Autor seine eigene Zerrissenheit in Bezug auf „selber führen wollen“ und „sich führen lassen“. Der Leser wird von Vielfalt und Komplexität überwältigt. Vielleicht löst sich so der Konflikt des Autors, indem dem Patienten ähnliches passiert.

Als Lehrbuch (am Klapptext angeführt) wäre mir dieses Buch zuwenig strukturiert und zuwenig pädagogisch durchdacht. Als wissenschaftliches Werk und Kompendium der Anamnese in der Psychotherapie ist es bereichernd und regt zur kritischen Reflexion herkömmlicher Anamnese-Praxis an.

*Mag. Wilfried Peinhaupt*

MICHAEL TITZE

## Die Heilkraft des Lachens.

### Mit therapeutischem Humor frühe Beschämungen heilen

Kösel Verlag, München 1995

Dieses Buch gehört nicht zu den Neuerscheinungen, die sich in nur wissenschaftlicher Weise mit dem in Europa noch wenig bekannten Fachgebiet der Gelotologie (Lehre vom Lachen) beschäftigen. Es stellt vielmehr eine kreative Kombination aus Märcheninterpretation (Pinocchio), biographischer Erzählung, klinischen Falldarstellungen aus der Praxis des Autors und Verweisungen auf literarische und philosophische Aspekte dar. Dabei ist das Ganze in einen wissenschaftlichen Zusammenhang gestellt, der sich in profunder Weise ebenso auf die Erkenntnisse der modernen Schamforschung bezieht, wie er die Ergebnisse der ebenfalls neuen Humorforschung berücksichtigt. Das Buch erhält jedoch seine besondere Spannung und Lebendigkeit durch die Figur des **Docht**, dessen Geschichte das vorliegende Buch leitmotivartig durchzieht, und zwar als des Hampelmanns Pinocchio unglücklicher Doppelgänger. Wie dieser ist er der verhängnisvollen Wirkung destruktiver Beschämungen ausgesetzt, an denen er im Unterschied zu Pinocchio, der sich aus diesen Verstrickungen schließlich befreien kann, zugrunde geht.

Titze läßt diesen Docht noch einmal aufleben und macht ihn zum Sinnbild und Träger von Einzelschicksalen, die sich aus den klinischen Fallbeispielen, aber auch aus lebensgeschichtlichen Vignetten bekannter literarischer und philosophischer Persönlichkeiten (z. B. F. Nietzsche, H. Hesse) herleiten - eine gelungene Darstellung und Aufbereitung, die die Lektüre des Buches spannend und abwechslungsreich macht. So gelingt es dem Autor, die Genese und Auswirkung früher Beschämungen einfühlsam und bewegend verständlich zu machen und gleichzeitig - und dies ist der zweite Schwerpunkt des Buches - die Möglichkeit einer Befreiung aus der Unlebendigkeit und Erstarrung des **Pinocchio-Komplexes** (was wohl einen besseren Buchtitel gegeben hätte!) durch die Kraft des Humors aufzuzeigen. Titze sieht dabei im Humor und Lachen den positiven Kontrapunkt zur sogenannten Gelotophobie, der Angst vor dem Ausgelachtwerden. Diese Angst ist ein typisches Kennzeichen schamgebundener Menschen und kann im Extrem zur sozialen Isolation und zum Außenseitertum führen, wie Titze anhand etlicher Fallbeispiele nachweist.

Die „heilende Kraft“ des Lachens oder besser: des Humors, die sich am ehesten in therapeutischen Gruppen entfalten kann, wird im zweiten Teil des Buches beschrieben. Der Leser kann sich hier informieren über eine Reihe von innovativen Techniken und Interventionen, besonders auch über den Einsatz des sogenannten therapeutischen Clowns. Der Autor zeigt auf, welche Funktionen Narren, Schelme

und Clowns immer schon übernommen haben und beschreibt in diesem Zusammenhang den Therapeutischen Clown als einen lächerlichen Protagonisten, der bewußt das Ausgelachtwerden intendiert und provoziert. Er ist das „unverschämte“ Kind, das sich über Regeln und Normen hinwegsetzt und sein Scheitern „lustvoll“ inszeniert. Titze führt hier einige Clownsübungen beispielhaft an, die sich in der Praxis auch eigener therapeutischer Humorgruppen bewährt haben.

Unverständlich bleibt, weshalb für dieses Buch ein so nichtssagender Titel gewählt wurde, der dem Anliegen und Inhalt nicht gerecht wird und den Leser in die Irre führen kann, da es im wesentlichen nicht um die „heilende Kraft des Lachens“ geht, sondern um die Behandlung von frühen Beschämungen, wie der Untertitel andeutet. Auf die bessere Titelwahl „Pinocchio-Komplex“ wiesen wir schon hin. Geht man aber der innersten Intuition nach, die den Autor bewegt und sich in den häufigen Bezügen auf lebensphilosophisches Gedankengut zeigt, dann ist es eigentlich ein Buch, das die Begriffe einer „Lebenskraft“ oder „Lebensfreude“ in seinem Titel haben sollte. Denn im letzten geht es, phänomenologisch gesehen, darum, daß die Schamangst zwar die ursprüngliche „Lebendigkeit des Lebens“ überdecken, aber nicht vernichten kann. Insofern weist das Buch der psychotherapeutischen Praxis und Forschung überhaupt einen neuen Weg, nämlich auf die originäre Lebensäußerung selbst zu achten, da sie auch noch in den Erstarrungen anzutreffen ist. Das Buch weist nur dezent auf die Quelle dieser nicht versiegenden Lebenskraft hin, nämlich auf die phänomenologische Selbstaffektion, die in ihrem Wesen Freude des Lebens an seinem je einmaligen, individuellen Sich-Erleben ist. Damit enthält dieses Buch auch Ansätze für eine philosophisch-psychologische Anthropologie, die durch die lebensphänomenologische Forschung gerade entdeckt werden und hier vor allem auch aus der Praxis belegt werden.

Insgesamt handelt es sich aber um ein Buch, das neugierig macht, weil es eine Thematik anspricht, die in dieser Form im deutschsprachigen Raum noch nicht behandelt wurde. Es tun sich hier außerdem neue, erfrischend unkonventionelle Therapiemöglichkeiten auf - weg vom getragenen Ernst klassischer Psychotherapie hin zu einer humorvollen Lebendigkeit im therapeutischen Gruppensetting. Das Buch kann Fachleuten verschiedener Humandisziplinen ebenso empfohlen werden wie Betroffenen, die unter Schamproblemen leiden.

*Univ.-Doz. Dr. Rolf Kühn*

---

# Publikationsrichtlinien für wissenschaftliche Artikel in „Existenzanalyse“

*Im Zuge der Layout-Neugestaltung des Heftes „Existenzanalyse“ haben sich auch neue Anforderungen bezüglich der Gliederung von Beiträgen für den Wissenschaftsteil ergeben.*

## Publikationsbedingungen

Es werden nur Arbeiten angenommen, die für die wissenschaftliche Weiterentwicklung der Existenzanalyse und Logotherapie allgemein und in ihren fachlichen Anwendungsbereichen von Interesse sind oder aber der Fortbildung für Mitglieder der GLE dienen. Die Redaktion behält sich vor, notwendige sprachliche und formale Verbesserungen durchzuführen. Überarbeitete Artikel werden im Verlauf der redaktionellen Tätigkeit dem Verfasser nochmals zur Kenntnis gebracht.

## Gliederung der Beiträge

1. Hauptüberschrift
2. Autor
3. Unterüberschrift
4. Abstrakt
5. Text (klare Abschnitte mit Zwischenüberschriften)
6. Literatur
7. vollständiger Name des Verfassers, Berufsbezeichnung und Anschrift

## Formales

- \* Manuskripte sind 11/2zeilig, einseitig maschinengeschrieben zu verfassen. Wenn möglich, bitten wir um Beilage einer Computerdiskette mit der abgespeicherten Datei, beschriftet mit dem Dateinamen. Verwendete Programme sollten vorzugsweise Microsoft-kompatibel sein (z.B. Word, Wordstar, Pagemaker, Word Perfect, Word für Windows, Word für MS-DOS, Windows Write, Works für Windows, abgespeichert entweder in Word-Dokumenten (\*.doc), Rich Text Format (\*.rtf) oder Textdateien (\*.txt)). Das Abstrakt soll den Inhalt des Artikels so wiedergeben, daß die wesentliche Aussage und die Art der Behandlung des Themas daraus ersichtlich werden. Das Abstrakt darf 10 Zeilen nicht überschreiten.
- \* Wird im fließenden Text ein Zitat verwendet, so ist der Zitat anfang und das Ende beim Zitieren (gilt auch für einen oder mehrere Sätze) mit Anführungszeichen zu be-

legen. Anschließend müssen Name des Autors, Jahreszahl der Publikation sowie Seitenzahl in Klammer gesetzt werden wie z.B.: „Zitat“ (Frankl 1987a, 73 ff.)

- \* Das Literaturverzeichnis ist ans Ende zu stellen, in alphabetischer Reihenfolge unter Angabe des vollen Titels der Arbeit wie z.B.:

Längle A. (1987a) Entscheidung zum Sein. München: Piper, 40-52

Funke G. (1990) Wider die Tyrannei der Werte. In: Rothbucher H. et al. (Hrsg) Tagungsbericht der 39. Intern. Pädagog. Werktagung. Salzburg: O. Müller

Angaben zu Zeitschriftenbeiträgen sind folgendermaßen wiederzugeben:

Kühn R. (1994) Sinn und Zeiterfahrung. Zeitschrift f. Individualpsychologie, 19. Jg., 65-73

- \* Abbildungen und Tabellen, etc. sollten so gezeichnet sein, daß sie direkt zur fotomechanischen Reproduktion übernommen werden können, so keine Diskette vorhanden ist. Außerdem sind bei Texten ohne mitgelieferter Diskette Tabellen als Anhang beizufügen. Der entsprechende Platz im Text ist mit der Tabellennummer zu kennzeichnen. Deskriptive Texte zu Abbildungen oder Tabellen sind ebenfalls mit der entsprechenden Nummer gekennzeichnet gesondert nachzustellen, gegebenenfalls als Anhang 2.

- \* Es können nur Hochglanzfotos mit entsprechender Schärfe für Reproduktionen angenommen werden.

## Druckreife Ausgestaltungsmöglichkeit der Texte

- \* Unterstreichen / Kursivschrift für Hervorhebungen im Text
- \* Halbfettdarstellung im Druck (soll durch Wellenlinie gekennzeichnet werden)
- \* Petitdruck ist möglich, soll mit einer Randklammer (petit dazuschreiben) versehen, jedoch nicht engzeilig geschrieben werden

Wir bitten die Autoren wissenschaftlicher Artikel, diese Richtlinien zu befolgen.

P. Freitag  
(für das Redaktionsteam)

### Krankenkassen-Zuschuß zur Psychotherapie in Österreich

In den WLP-Nachrichten 1/96 werden von Dr. Gerhard Stemberger einige wertvolle Hinweise für die Praxis im Hinblick auf das Antragsformular und dessen Handhabung durch die WGKK abgedruckt. Wir bringen eine Zusammenfassung:

Ein Antrag auf Vorausgenehmigung eines Zuschusses zu Therapiekosten kann unter Punkt 7 des betreffenden Formulars für max. 50 Std. gestellt werden. Die voraussichtliche Gesamtdauer der Therapie, anzugeben unter Punkt 6a, wird im Regelfall eine höhere Stundenanzahl darstellen. Neuerdings wird im Sichtvermerk der Krankenkasse nicht nur die Anzahl der vorausgenehmigten Stunden, sondern auch der Zeitraum, für den die Vorausbewilligung gilt, genannt (z.B. 40 Stunden bis 31.12.1996). Da sich die Bewilligung auf eine „kontinuierliche Therapie“ bezieht, wird der Zeitraum unter Berücksichtigung, der in Punkt 8 erfragten Sitzungsfrequenz veranschlagt. Die Verständigung des/der PatientIn erfolgt meist binnen 2 Wochen.

Die WGKK erwartet diesen Gedanken entsprechend die Einhaltung folgender Regeln:

1. Die **Vorausgenehmigung erlischt**, wenn die bewilligte Therapie nicht innerhalb eines halben Jahres ab Bewilligung begonnen wird.
2. Erforderlich ist ein **neuerlicher Antrag** auch, wenn zwar einige bewilligte Stunden noch offen sind, die Therapie aber auf mehr als ein halbes Jahr unterbrochen wird.
3. Die 2 Komponenten der Vorausbewilligung sind
  - \* eine bestimmte Stundenanzahl und
  - \* ein Zeitraum für die Inanspruchnahme dieser Stunden

Somit ist zeitgerecht vor Ablauf der genehmigten Stunden bzw. des bewilligten Zeitraumes ein **Fortsetzungsantrag** einzureichen, spätestens aber 2 Wochen vor Ende der Vorausgenehmigung.

Damit die WGKK den Zeitraum für die Konsumation der Stunden nicht zu knapp bemißt, wird eine entsprechende Beschreibung der Sitzungsfrequenz unter Punkt 8 oder ein Hinweis unter Punkt 9 (Anmerkungen) des Antragsformulars empfohlen.

Eine nicht fristgerechte Einreichung des Fortsetzungsantrages oder ein Ihrer therapeutischen Meinung nach unangemessener Zeitraum für bewilligte Stunden können laut telefonischer Auskunft der WGKK auch auf kurzem Wege besprochen werden. Die WGKK wird sich um eine kulante Lösung bemühen. Ansprechpartner sind für

**Fachfragen:** Vertrauens-Psychotherapeutin Dr. Zissler  
Tel.: 60122-DW 2219

**Verrechnungsfragen:** Frau DDr. Fleischmann  
Tel.: 60122-DW 2303

Bitte beachten Sie, daß Beträge und Honorarnoten von den Krankenkassen nur dann positiv bearbeitet werden können, wenn anerkannte (= die vom Bundesministerium für Gesundheit bei der bescheidmäßigen Anerkennung registrierte Methodenbezeichnung) Psychotherapiemethoden angegeben sind und der einreichende Therapeut in die Liste eingetragen ist. In unserem Fall ist dies:

- \* für TherapeutInnen, die noch innerhalb der Übergangsregelung abschließen „Existenzanalyse und Logotherapie“
- \* für TherapeutInnen die nach Ende 1997 abschließen „Existenzanalyse“.

*P. Freitag*

### Regelung für die 2. Übergangsbestimmung bezüglich des Propädeutikums

Der Österreichische Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik führt eine Arbeitsgruppe innerhalb des Anrechnungsausschusses für die 2. Übergangsbestimmungen. Geltend für KandidatInnen, die die Frist 31.12.1997 nicht einhalten können, geben die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe nun folgendes Ergebnis einer vorläufigen Interpretation des § 26 (2) PthG bekannt:

KandidatInnen, die ihr Fachspezifikum in der Übergangsregelung begonnen haben, können dies ohne Unterbrechung bei ihrer fachspezifischen Einrichtung fortsetzen, müssen dieses jedoch entsprechend ergänzen, sodaß es den geltenden gesetzlichen Richtlinien in vollem Umfang und damit den Curricula, die erst nach dem 1.1.1992 begonnen haben, entspricht.

Zusätzlich muß auch der Abschluß des Psychotherapeutischen Propädeutikums nachgewiesen werden. Alle Teile nachweisbarer Aus- und Fortbildung, die nicht bereits auf das Fachspezifikum angerechnet wurden, werden selbstverständlich auf die Inhalte des Propädeutikums angerechnet. Die verbleibenden, noch zu erbringenden Teile können parallel zum Fachspezifikum absolviert werden.

Um diese KandidatInnen zu entlasten, besteht bei den Propädeutikumseinrichtungen voraussichtlich die Bereitschaft zu einem spezifischen Angebot.

*P. Freitag*

## Beratercurriculum - Übergangsfrist

### Abschlüsse für das konzessionierte Gewerbe der Lebens- und Sozialberatung in Österreich

Die dreijährige Ausbildung der GLE für Logotherapie und existenzanalytische Beratung und Begleitung war vor Jahren vom Österreichischen Wirtschaftsministerium als Voraussetzung für das konzessionierte Gewerbe der Lebens- und Sozialberatung anerkannt worden. Bedingung für die Erlangung des Gewerbescheins war lediglich der zusätzliche Nachweis von 12 Stunden „betriebswirtschaftliche Grundlagen“.

Nun ist einige Unsicherheit bezüglich der Abschlußmöglichkeit entstanden, da der Handelsminister per 5. September 1995 eine neue Verordnung über den Befähigungsnachweis für dieses Gewerbe erlassen hat. Diese Verordnung sieht eine Reihe von Veränderungen vor, auf die wir aber hier nicht eingehen möchten, um keine weiteren Unklarheiten für unsere Ausbildungskandidaten zu schaffen. Denn es gibt bisher noch keine Kandidaten in der GLE, die in die neue Verordnung fallen würden.

Entscheidend zum jetzigen Zeitpunkt ist, daß alle Ausbildungskandidaten, die vor dem 5. September 1995 ihre Ausbildung in Logotherapie und/oder Existenzanalyse bei der GLE begonnen haben, nach der alten Verordnung einen Gewerbeschein beantragen können. Die Übergangsfrist ist unbegrenzt, was soviel heißt, daß man auch noch in Jahren den Gewerbeschein nach der alten Verordnung beantragen kann.

A. Längle

## Gruppenversicherung für AusbildungskandidatInnen

### Haftpflicht und Rechtsschutz für PsychotherapeutInnen

Liebe AusbildungskandidatInnen,

wir möchten Euch über die Möglichkeit einer Rechtsschutz-/Berufs-Haftpflichtversicherung für psychotherapeutisch Tätige informieren und Euch diese empfehlen. Fast jede Versicherungsanstalt bietet eine solche Möglichkeit an. Wir haben uns beim ÖBVP erkundigt: Durch eine Mitgliedschaft kann man in eine Gruppenversicherung aufgenommen werden, deren Deckungsumfang wir hier kurz vorstellen.

**Haftpflichtversicherung:** Grundsätzlich sind die versicherten Personen gegen Ansprüche Dritter, welche aus einem Sach- oder Personenschaden, den das Mitglied im Rahmen seiner Tätigkeit als Therapeut oder Psychologe im

Sinne ihrer Vereinsstatuten schuldhaft verursacht (ABGB) bis zu einem Betrag von öS 5 Mio. gedeckt. Darüber hinaus sind noch reine Vermögensschäden, also Forderungen, welche nicht auf einen vorhergegangenen Personen- oder Sachschaden zurückzuführen sind und von einem Mitglied verschuldet werden, bis öS 100.000,- mitgedeckt.

**Rechtsschutzversicherung:** Dieser Vertrag sorgt für die Wahrnehmung rechtlicher Interessen der versicherten Personen und trägt die dabei entstehenden Anwalts-, Gerichts- und Sachverständigenkosten. Der Versicherungsschutz regelt sich nach den allgemein gültigen Bedingungen für die Rechtsschutzversicherung und die zusätzlich geschriebenen Bedingungen, welche - entgegen den ARB 88 - auch Vorsatzdelikte (taxativ angeführt) mitdeckt.

Versicherungssumme beträgt öS 320.000,- je Fall.

Kosten pro Jahr: öS 484,-

Detaillierte Informationen über diese Gruppenversicherung könnt ihr beim ÖBVP (Tel.: 0222/512 70 90) einholen.

Eine Mitgliedschaft beim ÖBVP bietet außerdem die Möglichkeit, in eine Liste von freien Therapeutenplätzen aufgenommen zu werden. Der ÖBVP weist Klienten auf Anfrage zu.

Wir wünschen Euch einen schönen Sommer und hoffen, Euch beim Kandidaten-Treff bei der Herbstakademie zu sehen.

F. Heindl und U. Podirsky

## Zur Vorlesung von Rolf Kühn

### Einführung in die französische Philosophie (Descartes und die Folgen bis zur Gegenwart)

Blockveranstaltung an der Universität Wien. Näheres finden Sie im Terminteil des Heftes.

Ausgehend von Descartes' Zweifel-, Zwei-Substanzen- und Morallehre sollen die Hauptentwicklungen daraus im französischen Spiritualismus, Positivismus, Intuitionismus und Existenzialismus an Texten einführend erarbeitet werden (Malebranche, Maine de Biran, Comte, Bergson, Sartre, Marcel). Die zusätzliche Berücksichtigung der reflexiven Wahrnehmungsphilosophie (Alain, Weil, Merleau-Ponty) soll den Hintergrund der neueren französischen Phänomenologie und Hermeneutik wie des Poststrukturalismus verstehen lassen (Ricoeur, Henry, Derrida). Das Seminar ist besonders für Studienanfänger bestimmt, schließt aber andere Semester und vor allem auch Romanistikstudenten nicht aus, sofern sie an französischen Originaltexten arbeiten wollen.

R. Kühn

## Praxiseröffnungen

**WIEN** Eröffnung der Gemeinschaftspraxis von:  
Mag. Rudolf KUNERT (Tel. 406 43 85)  
Andrea KUNERT (Tel. 408 06 20)  
Mag. Gabriele KOZDERA (Tel. 4021517)  
Maria Treu Gasse 6/9  
1080 Wien  
(Praxisverlegung)  
Kleiner Raum (12 m<sup>2</sup>) noch tageweise zu  
vergeben.

**WIEN** Raum in existenzanalytisch-psychothera-  
peutischer Gemeinschaftspraxis im  
5. Bezirk tageweise zu vermieten.  
**Auskunft:**  
Mag. Claudia Prendinger  
Rainergasse 36/6  
1050 Wien  
Tel.: 0222/586 09 45

## Publikationen

- KÜHN R. Leben als Bedürfen. Eine lebensphä-  
nomenologische Analyse zu Kultur und Wirtschaft.  
Berlin: Springer-Verlag
- LÄNGLE A., PROBST CH. Suffering of Old Age.  
Specifics of Old Age from an Existential-analytical  
Perspective. In: Hofmann P., Wieselmann G.,  
Zapotoczky H. (Eds.) (1995) International  
Conference on Aging, Depression and Dementia.  
Proceedings. Vienna: Maudrich, S. 189-193
- WURST E. & MASLO R. Seelische Gesundheit - Perso-  
nalität - Existentialität. Ein empirischer Beitrag aus  
existenzanalytischer Sicht. In: Zeitschrift f. Klini-  
sche Psychologie, Psychopathologie und Psychothe-  
rapie, Jg. 44 (1996), S. 200-212

## Abschlußarbeiten in Logotherapie und Existenzanalyse

- BÖTTCHER-POETSCH A. Wertwahrnehmung. Ein  
körperorientierter Ansatz.
- BRAUN U. Was Lebensqualität erst ermöglicht: Die Be-  
deutung von Seinsgrund, Grundwert und Selbstwert  
unter Berücksichtigung von Fortbildungen im  
Kindergartenbereich.
- GRABNER D. Die Arbeit mit dem Traum in der therapeu-  
tischen Praxis. Wahrnehmungs- und Arbeitsweisen  
verschiedener Therapierichtungen bei einem Traum-  
bericht (Dissertation)

## Neue Mitglieder

Frau Ingrid BORTH-FRANK, Bad Essen (D)  
Frau Petra EHART, Wien (A)  
Frau Dr. Maria HIL-IVIC, Wien (A)  
Frau Corinna LADINIG, Wien (A)  
Frau Birgitta MULLAN, Wien (A)  
Frau Eveline STREITLER, Dornbirn (A)  
Frau Dr. Eva WACLAWEK, Wien (A)  
Frau Andrea WOLFF, Münster (D)  
Herr Michael ADAMETZ, Wien (A)  
Herr Markus ANGERMAYER, Linz (A)

Ausgetretene Mitglieder:

Herr Dr. med. Leo HUBER, Matzen (A)  
Frau Christine GOTTSCHALK-BATSCHKUS, München (D)

## Neue Ausbildungsgruppen

### **KLAUSENBURG/RUMÄNIEN - EXISTENZ- ANALYTISCHES FACHSPEZIFIKUM Ausbildung für Psychologen**

**Leitung:** Dr. Christian Furnica (Leiter der Psychia-  
trischen Klinik Arad)  
**Beginn:** 16.-28. April 1996 (Wochenendkurs)

### **TEMESVAR/RUMÄNIEN - EA-FACHSPEZIFIKUM Ausbildung für Klinikpsychiater und Psychologen**

**Ort:** Klinikum Gataia  
**Leitung:** Dr. Christian Furnica  
**Beginn:** 15.-24. Juli 1996 (Blockkurs)

### **TEMESVAR/RUMÄNIEN - GRUNDAUSBILDUNG IN EXISTENZANALYSE Ausbildung für Ärzte, Psychologen und Sozialassistenten**

**Leitung:** Doz. Dr. T. Mircea, Dr. L. Nußbaum,  
L. Gheorghiu  
**Beginn:** Herbst 1996 (Wochenendkurs)

### **PRAG - EXISTENZANALYTISCHES FACH- SPEZIFIKUM**

**Leitung:** Jana Bozuk, Alfred Längle  
**Beginn:** 5./6. Oktober 1996 (Aufnahmeseminar)  
2./3. November (1. Ausbildungseinheit)  
**Ort:** Karls-Universität Prag  
**Information:** GLE Wien

# MITTEILUNGEN

## Neue Ausbildungsgruppen Fortzsetzung

### MÜNSTER - EXISTENZANALYTISCHE BERATUNG

**Leitung:** Christoph Kolbe  
**Beginn:** 21.-24. November 1996  
**Information:** Norddeutsches Institut für Existenzanalyse  
Borchersstr. 21  
D-30559 Hannover, Tel.: 0511/5179000

### BERLIN - EXISTENZANALYTISCHE BERATUNG

**Leitung:** Günter Funke  
**Beginn:** November 1996  
**Information:** Berliner Institut für Existenzanalyse und  
Logotherapie, Lietzenburger Str. 39  
D-10789 Berlin, Tel./Fax: 030-2177727

### MÜNCHEN - EXISTENZANALYTISCHE BERATUNG

**Leitung:** Wasiliki Winklhofer  
**Beginn:** Frühjahr 1997  
**Information:** Wasiliki Winklhofer, D-80797 München,  
Schleißheimerstraße 200

Tel.: 089/3087471

### VORARLBERG - EXISTENZANALYTISCHE BERATUNG

**Leitung:** Christoph Kolbe  
**Beginn:** Sommer 1997  
**Information:** Norddeutsches Institut für Existenzanalyse  
Borchersstr. 21  
D-30559 Hannover, Tel.: 0511/5179000

### WIEN - EXISTENZANALYTISCHE BERATUNG

**Leitung:** Alfried Längle  
**Beginn:** 20.-22. September 1996  
**Information:** GLE Wien, 0222/9859566

## Bankverbindungen der GLE

**Österreich:** Konto Nr.: 040-33884, Erste Österr.  
Spar-Casse-Bank  
**Deutschland:** Konto Nr.: 3135400, Bank für Sozial-  
wirtschaft GmbH., Berlin  
Konto Nr.: 902-127810, Stadtparkasse  
München  
**Schweiz:** Konto Nr. 80-5522-5, Schweiz. Kredit-  
anstalt, 6301 Zug  
**Finnland:** Konto Nr.: 500001-524312, OKO-  
Bank,  
Helka Makkonen, Logotherapian GLE-  
keräily  
**Andere Länder:** Wir bitten um Zahlung mittels Postan-  
weisung

## Kontaktadressen der GLE

Dr. Christian Firus, Albertine-Assor-Straße 6a, D-22457 Hamburg  
Günter Funke, Seelingstraße 29, D - 14059 Berlin (Tel.: 030/3226964)  
Dipl. theol. Erich Karp, Meisenweg 11, D - 73035 Göppingen (Tel.: 07161/641 - Klinik am Eichert)  
Dr. Krizo Katinic, Kneza Borne 1, 41000 Zagreb, Kroatien (Tel: 414839)  
Dr. Christoph Kolbe, Borchersstraße 21, D - 30559 Hannover (Tel.: 0511/5179000, Fax: 0511/521371)  
Dr. Milan Kosuta, Sermageoa 17, 41000 Zagreb, Kroatien, (Tel.: 41-239193)  
Univ.-Doz. Dr. Rolf Kühn, Kaiserstraße 37, D-78532 Tuttlingen (Tel.: 07461/77280)  
Dr. Heimo Langinvainio, Riihitie 3 A 1, SF - 00330 Helsinki 33  
Dr. Helka Makkonen, Topeliusksenk. 35/11, SF - 00250 Helsinki 25 (Tel.: 417247)  
Dr. Wilhelmine Popa, Unterratherstraße 44, D - 40468 Düsseldorf (Tel.: 0211/410292 oder 02102/470818 nach 20 Uhr)  
Univ. Prof. Dr. Heinz Rothbucher, Pädagogische Akademie, Akademiestraße 23, A-5020 Salzburg (Tel.: 0662/629591/12)  
Dr. Inge Schmidt, Pfeifferhofstraße 7, A-5020 Salzburg (Tel.: 0662/822158)  
Univ. Doz. Dr. Mircea Tiberiu, Str. Tarnave No. 2, 1900 Timisoara, Rumänien  
Dr. Beda Wicki, Weststraße 87, CH - 6314 Unterägeri (Tel.: 042/725270)  
Dr. Walter Winklhofer, Nymphenburgerstraße 139, D - 80636 München (Tel.: 089/181713)  
Stud. Dir. Wasiliki Winklhofer, Schleißheimerstraße 200, D - 80797 München (Tel.: 089/3087471)  
Dr. Christopher Wurm, Chatham House, 124 Stephen Terrace, Gilberton SA 5081, Australien (Tel.: 08/3448838, Fax: 08/3448697)  
Institut für Existenzanalyse und Logotherapie Graz, Neutorgasse 50, A - 8010 Graz (Tel.: 0316/815060)  
Gesellschaft f. Existenzanalyse u. Logotherapie in München e.V., Wertherstraße 9, D-80809 München (Tel./Fax: 089/3086253)  
Berliner Institut für Existenzanalyse und Logotherapie, Lietzenburger Straße 39, D - 10789 Berlin (Tel./Fax: 030/2177727)  
Norddeutsches Institut für Existenzanalyse Hannover, Borchersstr. 21, D-30559 Hannover (Tel.: 0511/5179000, Fax: 521371)  
SINNAN - Institut für Existenzanalyse und Logotherapie, Weststraße 87, CH-6314 Unterägeri (Tel.: 042/725270)



# Jahrestagung der GLE

vom 18.-20. April 1997

Arbeitstitel:

## Die Person in der Arbeitswelt

in Steyr/Oberösterreich, Museum der Arbeitswelt

Die Vorstellungen von Sinn, Wert und Gestalt der Arbeit sind gesellschaftlich bedingt und historischem Wandel unterworfen. Arbeitsplatz und Lebensplatz, Arbeitszeit und Lebenszeit sind in unserer „Arbeitsgesellschaft“ voneinander getrennt, da im Zuge der letzten 300 Jahre die produzierende Tätigkeit sukzessive aus dem Haushalt ausgelagert wurde. Galt Arbeit im Zeitalter der griechischen Klassik noch als Mühe und Plage, so erfuhr sie im Laufe der Jahrhunderte einen Bedeutungswandel. Bei Hegel (1770-1831) ist Arbeit ein „Wesensmerkmal des Menschen“. Auf dem Weg über Karl Marx gewann das Hegelsche Denken Einfluß auf die verschiedenen Spielarten des Marxismus. Die positive Umbewertung der Arbeit bezieht sich jedoch einseitig auf produktive Erwerbsarbeit, jene Arbeit, die Mehrwert produziert. Die „unproduktive“ ( sprich nicht remunerierte) Arbeit im Haushalt, die Hege und Pflege der Kinder und der älteren Generation verlor an Stellenwert, obwohl sie die Voraussetzung für die freigesetzte produktive männliche Kraft der Gesellschaft war. Da Erwerbstätigkeit und Selbstwertgefühl gesellschaftlich gesehen zusammenhängen, ja sogar die eigene Identität aufgrund des ausgeübten Berufes erlebt wird, die Arbeitsplatzsituation hingegen sich seit Jahren entwickelt von einer Vollbeschäftigung, wird Arbeit immer mehr zu einem Problembereich.

Die Tagung möchte auf dem Hintergrund dreier Ebenen, der **gesellschaftlichen, anthropologisch-philosophischen und therapeutisch-beraterischen**, folgende Themen aufgreifen:

1. Der gesellschaftliche Bedeutungswandel der Arbeit in der Geschichte und in den verschiedenen Kulturen.
2. Was bedeutet Arbeit für das Mensch-Sein, was bedeuten Berufswahl und Pensionierung?
3. Was ist Arbeit? Können wir auf dem Hintergrund der existenzanalytischen Anthropologie eine Definition formulieren? Wo liegt der Unterschied zwischen Tätigkeit und Beschäftigung?
4. Gibt es personalistische Kriterien für einen menschenwürdigen Arbeitsplatz?
5. Wie verhalten sich Selbstwert und Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit zueinander?
6. weitere Themen: Identität und Arbeit, Routine, innere Kündigung, Burn out, Arbeit als Sucht usw.

Die Erfahrungen und Gedanken innerhalb der GLE zum Thema möchten wir für die Tagung gerne nutzen. Bitte richten Sie inhaltliche Anregungen oder eine kurze Notiz, wenn Sie sich in Form eines Werkkreises einbringen möchten, bis spätestens Ende September an die folgende Anschrift:

**Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse**  
**„Die Person in der Arbeitswelt“**  
**Eduard Sueßgasse 10, A-1150 Wien,**  
**Tel.: +43-1-985 95 66, Fax: +43-1-982 48 45**

# TERMINE

## ÖSTERREICH - KONGRESSE-SYMPOSIEN

<b>30.6.-4.7.96</b>	<b>Wien</b>	<p><b>The World of Psychotherapy.</b> 1. Kongreß des World Council for Psychotherapy (WCP), ein Council, das aus der Initiative des EAP (European Association of Psychotherapy) und insbesondere des Präsidenten des ÖBVP, Dr. Alfred Pritz, entstanden ist.</p> <p><b>Information:</b> ICOS - Congress Organisation Service GmbH., Johannesgasse 14, 1010 Wien, Tel.: +43/1/51280910, Fax: +43/1/512809180</p> <p>Im Subsymposium zu Logotherapie und Existenzanalyse ist die GLE durch folgende Seminare vertreten:</p> <p><b>Chr. u. A.M. Furnica:</b> Das Menschenbild Frankls und des rumänischen Philosophen Lucian Blagh</p> <p><b>Dr. Ch. Kolbe:</b> Biographische Arbeit und Perspektiven-shifting in der Existenzanalyse und Logotherapie</p> <p><b>A. Längle:</b> Die Methode der "personalen Existenzanalyse" (PEA)</p> <p><b>Chr. Wurm:</b> Applying Logotherapy and Existential Analysis to Alcohol Dependence</p>
<b>15.-19.7.96</b>	<b>Salzburg</b>	<p><b>Ich und die Anderen</b> - 45. Internationale Pädagogische Werktagung. Auf dieser Tagung wird die Existenzanalyse durch Günter Funke und Susanne Jaeger-Gerlach vertreten:</p> <p><b>G. Funke:</b> Über die Wiederentdeckung von Solidarität und Vertrauen in der Beziehung (Vortrag am 19.7.)</p> <p><b>G. Funke:</b> Ich-Du-Wir. Mich selbst verstehen - den anderen sehen, miteinander wachsen (Werkkreis)</p> <p><b>S. Jaeger-Gerlach:</b> Tue ich was ich will? - Will ich was ich tue? (Werkkreis)</p> <p><b>Ort:</b> Salzburg, Große Aula der Universität</p> <p><b>Veranstalter:</b> Kath. Bildungswerk Salzburg</p> <p><b>Information:</b> Geschäftsführung der Pädagogischen Werktagung (R. Donnenberg), Kapitelplatz 6, A - 5020 Salzburg, Tel.: 0662/8047-511 bzw. 518 (Mo-Mi 9-12 Uhr)</p>
<b>18.-20.4.97</b>	<b>Steyr</b>	<p><b>Die Person in der Arbeitswelt.</b> Jahrestagung der GLE.</p> <p><b>Ort:</b> Museum der Arbeitswelt</p> <p><b>Information:</b> Sekretariat der GLE</p>

## ÖSTERREICH - VORLESUNGEN

<b>WS 96</b>	<b>Wien</b>	<p><b>Logotherapie und Existenzanalyse klinischer Syndrome.</b> VO, 1 st. mit Univ.-Lekt. DDr. A. Längle und Univ.-Doz. Dr. Ch. Simhandl</p> <p><b>Ort:</b> "Blauer Salon" (Ebene 5) der Univ. Klinik f. Psychiatrie</p> <p><b>Zeit:</b> Di 15.10. von 12.00-13.00 Uhr (Vorbesprechung der Vorlesung)</p>
<b>WS 96</b>	<b>Wien</b>	<p><b>Einführung in die französische Philosophie (Descartes und die Folgen bis zur Gegenwart)</b></p> <p>VO, 2st mit Univ.-Doz. Dr. R. Kühn</p> <p><b>Ort:</b> Institut für Philosophie NIG III</p> <p><b>Zeit:</b> 17.-31.10.1996.</p> <p>Vorbesprechung: 10.10.96, 18.00 Uhr, NIG III</p>

## TERMINE

<b>WS 96</b>	<b>Salzburg</b>	<b>Pädagogische Anthropologie. Schwerpunkt Logotherapie und Existenzanalyse</b> mit Prof. Dr. H. Rothbucher <i>Ort:</i> Universität Salzburg, Institut für Erziehungswissenschaften <i>Auskunft:</i> Sekretariat des Pädagogischen Instituts (0662/629591)
<b>WS 96</b>	<b>Graz</b>	<b>Zur Entstehung, Diagnose und Therapie der Neurosen aus existenzanalytischer Sicht</b> mit Dr. Ch. Probst, Dr. B. Jöbstl und M. Probst. Blockveranstaltung. Die Vorlesung ist für das Propädeutikum/Psychotherapie und für die vertiefte Ausbildung im Rahmen des Rigorosums aus Psychiatrie für MedizinstudentInnen mit 1 Semesterwochenstunde anrechenbar. <i>Ort und Zeit:</i> nach Vereinbarung <i>Auskunft:</i> Sekretariat der Universitätsklinik für Psychiatrie, Tel.0316/385-3612

### ÖSTERREICH - ERWACHSENENBILDUNG

<b>28.11.96</b>	<b>Linz</b>	<b>Aus der Praxis der Psychotherapie. Ein Dialog der Schulen zum Thema "Krebs"</b> mit Ing. Josef Trimmel (Individualpsychologie) und Mag. Dr. Johannes Wolfslehner (Logotherapie und Existenzanalyse) <i>Veranstalter:</i> VHS Linz und Oberösterreichischer Landesverband für Psychotherapie. Coulinstraße 13/2, 4020 Linz, Tel./Fax: 0732/609827
-----------------	-------------	--

### ÖSTERREICH - FORTBILDUNG FÜR EXISTENZANALYTIKER

<b>27.-29.9.96</b>	<b>Wien</b>	<b>Herbstakademie der GLE.</b> Referentin: W. Popa <i>Ort:</i> GLE, Ed. Sueßgasse 10, 1150 Wien <i>Anmeldung:</i> Sekretariat der GLE Broschüre in diesem Heft bzw. auf Anforderung bei der GLE
<b>18.-20.10.96</b>	<b>Altlenzbach/Wien</b>	<b>Herbstakademie der GLE.</b> Referenten: A. Böttcher-Poetsch, P. Freitag, R. Kunert, K. Luss, J. Rauch/E. Köhler, St. Wiesnagrotzky <i>Ort:</i> Seminarhotel Lengbachhof, Steinhäusel 8, 3033 Altlenzbach <i>Anmeldung:</i> Sekretariat der GLE Broschüre in diesem Heft bzw. auf Anforderung bei der GLE
<b>18.-20.10.96</b>	<b>Steiermark</b>	<b>Herbstakademie der GLE.</b> Die personalen Grundmotivationen und ihre Bedeutung für Methodik und Klinik (für die ehemalige Ausbildungsgruppe Graz 1987). Referent: A. Längle

### ÖSTERREICH - ALLGEMEINE FORTBILDUNG

<b>12.7.96</b>	<b>Graz</b>	<b>Meine Lebensverhinderungen.</b> Für AusbildungskandidatInnen und andere interessierte LogotherapeutInnen und ExistenzanalytikerInnen. Leitung: E. Walzl und E. Berdnik <i>Ort:</i> Bildungshaus Maria Trost/Graz <i>Zeit:</i> 13.00-19.00 Uhr <i>Kosten:</i> 600,- <i>Anmeldung:</i> Institut für LT/EA in Graz, Tel.: 0316/815060 (begrenzte Teilnehmerzahl)
----------------	-------------	--

## TERMINE

<b>8.-10.7.96</b>	<b>Innsbruck</b>	<b>Personale Begegnung und Sinnerfahrung in der Schule.</b> Leitung: G. Funke <i>Veranstalter:</i> Pädagogisches Institut
<b>5.9.96</b>	<b>Salzburg</b>	<b>Personale Begegnung zwischen Schüler und Lehrer - Existenzanalyse als Hilfestellung für Lehrer und Erzieher.</b> Vortrag von A. Längle und M. Probst <i>Veranstalter:</i> Landwirtschaftliche Schulen Salzburg <i>Information:</i> Sekretariat Landesschulinspektor Auer, Tel.: 0662/8042-2219
<b>13.-14.9.96</b>	<b>Innsbruck</b>	<b>Allgemeine Weiterbildung zur EA/LT.</b> Fortbildungsreihe mit hohem Selbsterfahrungsanteil. Leitung: G. Funke Dauer: 1 Jahr (10 WE)
<b>27.-29.9.96</b>	<b>Salzburg</b>	<b>Personale Pädagogik.</b> Fortbildung für Pädagogen. Leitung: G. Funke <i>Veranstalter:</i> Pädagogisches Institut <i>Weitere Termine:</i> 15.-17.11.96
<b>10.-13.10.96</b>	<b>Linz</b>	<b>Personale Pädagogik.</b> Fortbildung für Pädagogen. Leitung: G. Funke <i>Veranstalter:</i> Pädagogisches Institut <i>Weitere Termine:</i> 05.-08.12.96
<b>30.10.96</b>	<b>Dornbirn</b>	<b>Authentisch leben.</b> Lehrerfortbildung in Zusammenarbeit mit dem Pädagogischen Institut. Leitung: Dr. Christoph Kolbe <i>Zeit:</i> 15.00 - 21.00 Uhr
<b>31.10.96</b>	<b>Dornbirn</b>	<b>Authentisch leben.</b> Supervision. Lehrerfortbildung in Zusammenarbeit mit dem Pädagogischen Institut. Leitung: Dr. Ch. Kolbe <i>Zeit:</i> 9.30 - 16.30 Uhr
<b>5.-6.11.96</b>	<b>Schwarzach</b>	<b>Umgang mit Grenzsituationen.</b> Intensivkurs für das Pflegepersonal. Leitung: A. Längle <i>Ort:</i> Krankenhaus Schwarzach/St. Veit

## ÖSTERREICH - SUPERVISION

<b>3. Do im Monat</b>	<b>Wien</b>	<b>Supervisionsmöglichkeit logotherapeutischer Themen</b> aus Beratung und Therapie, Anwendung Franklscher Methoden <i>Ort:</i> "Institut für Logotherapie und andere Methoden der Psychotherapie" (MR Dr. Eva Kozdera), Lainzer Straße 50, 1130 Wien, Tel.: 877 12 97. <i>Zeit:</i> 19.00-21.00 Uhr.
<b>nach Vereinb.</b>	<b>Wien</b>	<b>SV-Gruppe für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen.</b> <b>Zielgruppe:</b> LehrerInnen, PsychotherapeutInnen und PsychotherapeutInnen in Ausbildung, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, sowie in psychosozialen oder pädagogischen Arbeitsfeldern tätige Personen. Leitung: Andrea Kunert <i>Ort:</i> Psychotherap. Praxis, Maria Treu Gasse 6/9, 1080 Wien <i>Anmeldung</i> bei A. Kunert, Tel.: 02231/66840 oder 4080620
<b>Freitag nachmittags</b>	<b>Wien</b>	<b>Offene Supervisionsgruppe für AusbildungskandidatInnen.</b> Termine nach Übereinkunft <i>Ort:</i> Psychotherapeutische Praxis von Mag. Rudolf Kunert, Maria Treu Gasse 6/9, 1080 Wien <i>Anmeldung:</i> R. Kunert, Tel.: 406 43 85

## TERMINE

<b>7.9.96</b>	<b>Wien</b>	<b>Supervision für Berater</b> (Gruppe 10c) <i>Leitung:</i> A. Längle und S. Längle <i>Weitere Termine:</i> 12.10.96 09.11.96 07.12.96
<b>31.10.96</b>	<b>Dornbirn</b>	<b>Supervision für Berater/Therapeuten.</b> <i>Leitung:</i> Dr. Ch. Kolbe <i>Zeit:</i> 18.00 - 22.00 Uhr
<b>12.12.96</b>	<b>Dornbirn</b>	<b>Supervision für Berater/Therapeuten.</b> <i>Leitung:</i> Dr. Ch. Kolbe <i>Zeit:</i> 17.00 - 22.00 Uhr

### ÖSTERREICH - JOURS FIXES

<b>1. Di im Monat</b>	<b>Graz</b>	<b>Jour fixe für LogotherapeutInnen</b> am Grazer Institut für Existenzanalyse und Logotherapie. <i>Ort:</i> Neutorgasse 50, 8010 Graz, Tel.: 0316/815060 <i>Zeit:</i> 19.00-21.00 Uhr Je nach Vereinbarung finden Themen- bzw. Fallsupervisionen statt. Alle der Existenzanalyse und Logotherapie Nahestehenden sind herzlich dazu eingeladen.
<b>30.9.96</b>	<b>Wien</b>	<b>Forschungsgespräch</b> der GLE. Beginn 20.00 Uhr. <i>Weitere Termine:</i> 25.11.1996 3.2.1997 14.4.1997 9.6.1997

### DEUTSCHLAND - KONGRESSE-SYMPOSIEN

<b>27.-31.10.96</b>	<b>Lindau</b>	<b>Leidenschaft und Rituale - was Leben gelingen läßt.</b> Arbeits- tagung der Int. Gesellschaft f. Tiefenpsychologie. Die Existenz- analyse wird vertreten durch einen Kurs von Christine Wicki- Distelkamp <i>Information:</i> Internationale Gesellschaft f. Tiefenpsychologie, Postfach 1147, D-73201 Plochingen, Tel.: 07153/21062
---------------------	---------------	--

### DEUTSCHLAND - FORTBILDUNG FÜR EXISTENZANALYTIKER

<b>31.8.1996</b>	<b>Hannover</b>	<b>Symposion für (in Ausbildung stehende) Existenzanalytike-          rInnen im Rahmen der Herbstakademie der GLE.</b> <i>Ort:</i> Norddeutsches Institut für Existenzanalyse <i>Information:</i> Norddeutsches Institut für Existenzanalyse 30559 Hannover, Borchersstr. 21, Tel.: 0511/5179000 Broschüre in diesem Heft bzw. auf Anforderung bei der GLE
<b>5.-6.10.96</b>	<b>München</b>	<b>Herbstakademie der GLE.</b> Referenten: A. Kunert, S. Längle, M. Lumbe/Walter Winklhofer, J. Rauch/E. Kohler, M. Sacher, Wasiliki Winklhofer <i>Ort:</i> Akademie Schönbrunn, Gut Häusern 1, 85229 Markt Indersdorf <i>Anmeldung:</i> Sekretariat der GLE Broschüre in diesem Heft bzw. auf Anforderung bei der GLE

# TERMINE

## DEUTSCHLAND - SUPERVISIONEN

<b>9.8.96</b>	<b>Hannover</b>	<b>Ausbildung Hannover 5.1.</b> Leitung: Dr. Ch. Kolbe <i>Ort:</i> Norddeutsches Institut für Existenzanalyse 30559 Hannover, Borchersstr. 21 <i>Zeit:</i> 10.00 - 20.00 Uhr <i>Weiterer Termin:</i> 8.11.1996
<b>13.9.96</b>	<b>Hannover</b>	<b>Ausbildung Hannover 4.</b> Leitung: Dr. Ch. Kolbe <i>Ort:</i> Norddeutsches Institut für Existenzanalyse 30559 Hannover, Borchersstr. 21 <i>Zeit:</i> 9.00 - 14.00 Uhr
<b>26.9.96</b>	<b>Hannover</b>	<b>Ausbildung Hannover 5.2.</b> Leitung: Dr. Ch. Kolbe <i>Ort:</i> Norddeutsches Institut für Existenzanalyse 30559 Hannover, Borchersstr. 21 <i>Zeit:</i> 11.00 - 18.00 Uhr <i>Weitere Termine:</i> 9.11.1996 18.12.1996
<b>18.10.96</b>	<b>Hannover</b>	<b>Ausbildung Hannover 3.</b> Leitung: Dr. Ch. Kolbe <i>Ort:</i> Norddeutsches Institut für Existenzanalyse 30559 Hannover, Borchersstr. 21 <i>Zeit:</i> 13.00 - 19.00 Uhr Weiterer Termin: 19.10.1996

## DEUTSCHLAND - JOURS FIXES

<b>17.10.96</b>	<b>München</b>	<b>Erfahrungen mit der LT und EA in meinem beruflichen Arbeitsfeld</b> - eine Fortbildungsreihe (Die Themen für die folgenden Sitzungen werden beim ersten Treffen festgelegt) <i>Ort:</i> Wasiliki Winklhofer, Schleißheimerstr. 200, 80797 München <i>Zeit:</i> jeweils Do von 19.00-21.00 Uhr <i>Kosten:</i> pro Person DM 25,- <i>Weitere Termine:</i> 12.12.1996 20.2.97
	<b>Raum Nürnberg</b>	<b>Existenzanalytischer Arbeitskreis.</b> <i>Information:</i> Karl Rühl, Erlenstraße 13, 90587 Veitsbronn, Tel.: 09111/754578.
	<b>Raum Hannover</b>	<b>Existenzanalytischer Arbeitskreis.</b> <i>Information:</i> Helga Grasshoff, Hachingweg 11a, 30916 Isernhagen FB, Tel.: 05139/87843

## TERMINE

### ANDERE LÄNDER

24.-31.8.96	Toscana/I	<b>Traum - Selbsterfahrung - Supervision.</b> Leitung: G. Funke <i>Anfragen und Anmeldung:</i> G. Funke, Institut für Existenzanalyse und Logotherapie Berlin, Lietzenburgerstr. 39, D-10789 Berlin, Tel. 030/2177727
August 96	Toscana/I	<b>Biographische Arbeit</b> - Selbsterfahrung für Ausbildungskandidaten. Leitung: Ch. Kolbe <i>Anfragen und Anmeldung:</i> Institut für Existenzanalyse Hannover, Borchersstraße 21, D-30559 Hannover, Tel.: 0511/5179000
15.-16.11.96	Zagreb	<b>Tagung der Kroatischen Gesellschaft für Existenzanalyse und Logotherapie</b>
WS 96/97	Temesvar	<b>Existenzanalyse und Logotherapie.</b> Vorlesung an der Fakultät für Psychologie. Leitung: Doz. Dr. med. Tiberiu Mircea und Dr. med. Simona Stefaniga <i>Ort:</i> Universität Temesvar/Rumänien

### WEITERE ANKÜNDIGUNGEN

11-14.7.96	Los Angeles	<b>Fifth Conference of the International Society for Philosophy and Psychotherapy.</b> Thema: Liberation Secular & Spiritual. <i>Veranstalter:</i> The International Society for Philosophy and Psychotherapy, c/o Dr. Mary-Rose Barral, Gannon University 921, Erie, PA 16541, USA
8.-9.11.96	Wien	<b>Spektrum der Zwangsstörungen "Zwischen Zwang und Drang"</b> <i>Ort:</i> Universitätsklinik für Psychiatrie, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Hörsaal A, Kliniken am Südgarten <i>Veranstalter:</i> Universitätsklinik für Psychiatrie und Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie und Evaluationsforschung (Univ. Prof. Dr. H. Katschnig)
4.-5.10.96	Innsbruck	<b>Arbeits-Leben für alle. Gesellschaftspolitische Tagung der Lebenshilfe Österreich</b> <i>Information:</i> Lebenshilfe Österreich, Dachverband für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, Schönbrunner Str. 179, 1120 Wien, Tel.: 812 26 42/DW 75 (Christa Ortner)
13.-14.12.96	Wien	<b>Krise der Wissenschaften - Wissenschaft der Krisis?</b> Im Gedenken an Husserls "Krisis" - Abhandlung (1935/36 - 1996) <i>Referenten:</i> W. Blankenburg, U. Clesges, F. Fellmann, K. Held, M. Ruggenini, H.R. Sepp, R. Turnher, B. Waldenfels <i>Ort:</i> Club Universitaire, Herrengasse, 1010 Wien <i>Information:</i> Prof. Helmuth A. Vetter, Tel./Fax: +43-1-4702081

## Ankündigungen für das Studienjahr 1996

### NEUE

AUSBILDUNGSGRUPPE 21.-24.11.1996 **Ausbildung in Logotherapie und existenzanalytischer Beratung - Münster**  
Leitung: Dr. Ch. Kolbe  
21.6.1996 Informationstag

### SEMINARE UND SELBSTERFAHRUNG

30.11.-1.12.1996 **Was ich meinen Eltern gerne einmal sagen würde...**  
Leitung: Prof. Anke Böttcher-Poetsch

### SELBSTERFAHRUNG

**Fortlaufende Selbsterfahrungsgruppe im Raum Hamburg**  
Leitung: A. Böttcher-Poetsch/H. Dorra

17.-24.8.1996 **Toscana: Biographie-Selbsterfahrung**  
Leitung: A. Böttcher-Poetsch/Ch. Kolbe

### OFFENE SUPERVISIONS-ANGEBOTE

28.11.1996 Leitung: Dr. Christoph Kolbe  
Zeit: 10.00 - 18.00 Uhr

### SYMPOSION

31.8.96 **Herbstakademie der GLE** für (in Ausbildung stehende) ExistenzanalytikerInnen (Information siehe beiliegendes Heft)

### EINFÜHRUNG IN DIE EXISTENZANALYSE

16.10.1996 **Existenzanalyse der Angst**  
Leitung: Dr. Christoph Kolbe  
Zeit: 19.00 - 21.00 Uhr

13.11.1996 **Existenzanalyse der Depression**  
Leitung: Helmut Dorra  
Zeit: 19.00 - 21.00 Uhr

### *Information und Anmeldung:*

Norddeutsches Institut für Existenzanalyse  
Borchersstr. 21, 30559 Hannover,  
Telefon: 0511/5179000, Fax: 0511/521371



## Ankündigungen für das Studienjahr 1996

NEUE AUSBILDUNGSGRUPPE	Frühjahr 1997	<b>Ausbildung in Logotherapie und existenzanalytischer Beratung und Begleitung.</b> Ausbaubar zu einer Therapieausbildung in Logotherapie und Existenzanalyse Leitung: A. Längle, Ch. Wicki-Distelkamp
SELBSTERFAHRUNG	Herbst 1996	<b>Fortlaufende Selbsterfahrungsgruppe im Raum Zug</b>
	Herbst 1996	<b>Neue existenzanalytische Selbsterfahrungsgruppe im Raum Zug.</b> InteressentInnen erhalten nähere Auskunft bei Sinnan
SEMINARE	28. - 29.09.1996	<b>Leben in der Spannung von Angst und Halt.</b> Logotherapeutisch-existenzanalytisches Verständnis und Umgang mit Ängsten. Raum Zug, 28.9., 14.00 Uhr bis 29.9., 13.00 Uhr
	11.11. und 18.11.1996	<b>Lebenswertem auf der Spur.</b> Eine pädagogische Herausforderung. Schindellegi, je 20.00-22.00 Uhr
	23. - 24.11.1996	<b>Lebenswertem auf der Spur.</b> Wege zu einem erfüllten Leben. Raum Zug. 23.11., 14.00 Uhr bis 24.11., 12.00 Uhr

**Information und Anmeldung:** Institut für Existenzanalyse und Logotherapie - SINNAN  
Weststraße 87, CH - 6314 Unterägeri  
Tel.: 042/72 52 70

# LAUFENDE AUSBILDUNGSGRUPPEN

## FACHSPEZIFIKUM

BERN	WIEN 11b	WIEN 12a	WIEN 13b	INNSBRUCK	TEMESVAR
07.-12.10.96	16.-19.09.96	29.8.-1.9.96	09.-13.09.96	27.-29.09.96	14.-28.9.96
20.-25.01.97	18.-21.11.96	19.-20.10.96	02.-06.12.96	19.-20.10.96	
28.4.-3.5.97	24.-28.02.97	09.-10.11.96	17.-21.03.97	23.-24.11.96	
	12.-16.05.97	07.-08.12.96	02.-05.06.97		
		04.-05.01.97	08.-12.09.97		

## LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYTISCHE BERATUNG

### HANNOVER 6

19.-22.09.96  
05.-08.12.96

### VORARLBERG B2

05.-08.09.96 (Osttirol)  
02.-03.11.96  
14.-15.12.96

### WIEN 11C

07.-08.09.96  
05.-06.10.96  
09.-10.11.96

# NEUE AUSBILDUNGSGRUPPEN

## LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYTISCHE BERATUNG

VORARLBERG	PRAG	BERLIN	MÜNCHEN	MÜNSTER	WIEN 13C
Sommer 1997	5.-6.10.1996 (Aufn. WE) 2.-3.11.1996 30.11.-1.12.1996	Nov. 1996	Frühjahr 1997	21.-24.11.1996	20.-22.9.1996 (Aufn. WE) 30.11.-1.12.96 11.-12.1.97 15.-16.2.97 01.-02.3.97
<b>KLAUSENBURG</b> (Rumänien)	<b>TEMESVAR</b> (Rumänien)				
Sommer 1996	Herbst 1996				