

THEMENSCHWERPUNKT

# **Schizophrenie**

Phänomenologie

Therapiekonzept

Fallbeispiele

Buchbesprechungen

# INHALT

Impressum .....	2	
Editorial .....	3	
<b>WISSENSCHAFT</b>		
Schizophrenie - ein Überblick (L. Tutsch) .....	4	
Der Verlust des Zusammenhalts. Psychopathologie und existentielle Themen in der Schizophrenie (A. Längle) .....	13	
Schizophrenie unter dem Blickwinkel der personalen Grundmotivation (K. Luss) .....	23	
Therapie mit einer chronisch schizophrenen Frau im ambulanten Bereich (P. Schmid) .....	27	
<b>FORUM, LESERBRIEFE</b>		
Erfahrungen im therapeutischen Umgang mit Psychosen (W. Winklhofer) .....	30	
Eine Anmerkung zur Anwendung der Existenz-Skala .....	33	
Dem eigenen Gespür trauen (E. Huber) .....	34	
<b>AKTUELLES</b>		
Existenzanalyse in Rumänien .....	36	
The World of Psychotherapy .....	37	
Gaby Reisenberger - 10 Jahre in der GLE .....	39	
<b>BUCHBESPRECHUNGEN</b> .....		40
<b>MITTEILUNGEN</b> .....		46
<b>TAGUNGSANKÜNDIGUNG</b> .....		51
<b>TERMINE</b> .....		52
Kontaktadressen .....		45

**Auf Grund des erweiterten Umfangs der Zeitschrift  
EXISTENZANALYSE wird sich im nächsten Jahr das  
Jahresabonnement auf öS 280,- / DM 40,- erhöhen.**

## 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 offi-  
zielle Organ der Gesellschaft für  
Logotherapie und Existenzana-  
lyse und erscheint 3x jährlich.

Die GLE ist Mitglied der Interna-  
tionalen Gesellschaft für Psycho-  
therapie (IFP), der European  
Association of Psychotherapy  
(EAP), des Österreichischen Bun-  
desverbandes für Psychotherapie  
(ÖBVP), der Internationalen Ge-  
sellschaft für Tiefenpsychologie  
e.V. Stuttgart, der Wiener Interna-  
tionalen Akademie für Ganz-  
heitsmedizin, der Martin-  
Heidegger Gesellschaft e.V. und  
des Verbandes der wissenschaft-  
lichen Gesellschaften Österreichs  
(VWGÖ).

Die GLE ist nach dem österrei-  
chischen Psychotherapiegesetz als  
Ausbildungsinstitution zum Psy-  
chotherapeuten gemäß dem  
Psychotherapiegesetz anerkannt.

Veröffentlichte, namentlich ge-  
kennzeichnete Beiträge geben  
nicht immer die Meinung der  
Redaktion wieder.

© by Gesellschaft für Logo-  
therapie und Existenzanalyse.

Mitglieder erhalten die Zeitschrift  
kostenlos.

Jahresabonnement 1996 für  
Nichtmitglieder:

ÖS 150,- / DM 25,-

H I N W E I S E

Wissenschaftliche Redaktion  
**Dr. Lilo Tutsch**

**Gaby Reisenberger**  
**leitet seit 10 Jahren**  
**das Sekretariat**  
 Seite 39

**Die Person in der**  
**Arbeitswelt**  
**21. Jahrestagung der**  
**GLE im April 1997**  
 Seite 51

**Existenzanalyse im**  
**Psy III Diplom**  
 Seite 46

**Einsparungen in der**  
**Psychotherapie**  
 Seite 46

Vorschau aufs nächste Heft:  
**Psychosen**  
 Schwerpunkt:  
 Betroffene und Laienhilfe  
 Artikel u.a. von:  
 P. Freitag, A. Görtz  
 Ch. Simhandl, J. Kriz

wissenschaftl. Redaktion:  
 Dr. L. Tutsch, Wien

**Redaktionsschluß für die**  
**Nummer 1/97:**

**4. Jänner 1997**

## Liebekolleginnen, Liebekollegen!

Mit dieser und der nächsten Ausgabe führen wir das Thema der klinischen Psychotherapie vom letzten Heft fort und werfen einen Blick in den Bereich der Psychosen. Uns war die Konzentration der Thematik auf *eine* Gruppe von psychotischen Erkrankungen wichtig, und zwar auf die Gruppe der Schizophrenien.

Was kann hier der Therapeut leisten und was braucht der Patient - aus diesen beiden Perspektiven gestalten sich diese beiden Ausgaben der EXISTENZANALYSE.

Im vorliegenden Heft liegt der Schwerpunkt auf der „Behandlerseite“. Dazu schildert L. Tutsch im Rückgriff auf das derzeitige Schizophrenieverständnis ein Spektrum effizienter Therapiemöglichkeiten. Illustrativ dazu schließen sich die Fallbeschreibungen von K. Luss und P. Schmid an. Hierbei wurden auch unterschiedliche Formen der Schizophrenie in den Blick genommen. Während W. Winklhofer und P. Schmid über die Situation mit chronisch schizophrenen Patienten berichten, richten sich die Therapiekonzepte im Artikel von L. Tutsch an Patienten mit noch remittierbaren Verlaufsformen. Die phänomenologische Zugangsweise der Existenzanalyse erlaubt einen neuen, historisch unbelasteten Blick auf das Wesen der Schizophrenie. So bringt A. Längle das psychotische Erleben in Zusammenhang mit Grundproblemen der Weltbegegnung des Menschen und stellt sie in einen existenzanalytischen Kontext.

Insgesamt soll in diesem Heft also die Erfahrung auf therapeutischer Seite zu Wort kommen, während der Schwerpunkt des nächsten Heftes auf dem Zugang aus der Sicht der Betroffenen und der „Laienhilfe“ liegt. Damit soll sich das Bild ergänzen und runden.

Für dieses umfangreiche Projekt hat, zur Freude und Erleichterung der Redaktion, Lilo Tutsch dankenswerterweise die Themenredaktion übernommen. Und gerne geben wir den Dank von Lilo Tutsch fürs Mitschauen, -lesen, -diskutieren und -denken bei der redaktionellen Gestaltung an ihre Helfer Astrid Görtz, Karin Luss und Peter Schmid weiter. Wir wünschen ein Innehalten im Alltag, wenn möglich ein Besinnen und Frohwerden zum Weihnachtsfest.

Ihre

Silvia Längle  
 für das Redaktionsteam

# Schizophrenie - ein Überblick

*Dr. Liselotte Tutsch*

**Aus der Fülle der Sichtweisen zur Ätiologie und Pathogenese der schizophrenen Erkrankungen versucht die Autorin einen zeitgemäßen Standort aus der Sicht einer in freier Praxis tätigen klinischen Psychologin und Psychotherapeutin zu bestimmen. In einem weiteren Teil der Arbeit referiert sie Frankls Beitrag zu dieser Thematik, um abschließend die Grundzüge und wesentlichen Aspekte ihrer therapeutischen Arbeit mit schizophrenen Menschen darzustellen.**

„Heilung ist kein plötzliches Geschehen..., es ist vielmehr eine dauernde Anstrengung, wobei der Mensch wesentlichen Wahrheiten über sich selbst immer wieder von neuem ins Auge blicken muß. Jeder Psychotiker, der wieder gesund werden will, muß nicht nur die furchtbare Mikromechanik des Durchdrehens ins Auge fassen und durchschauen, sondern auch die Psychologie der Heilung gründlich studieren. Und auf ihre Art ist die Reise zur Heilung ebenso aufregend wie das Hineinschlittern in den Wahnsinn. Wie der Wahn die Konfrontation des Menschen mit seinem Wesen erzwingt, so tut es auch die Heilung.“ (E. Podvoll 1994, 265)

Gilt diese Aussage wohl für jede Art von Auseinandersetzung mit „Störendem“, so kommt ihr im Zusammenhang mit den Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises besonderes Gewicht zu. Es ist nämlich gerade eine wesentliche Schwierigkeit dieser Störungen, der Wahrheit ins Auge zu blicken, ist sie doch oft bedrohlicher als die Erkrankung selbst. „Es gibt etwas Schrecklicheres als die Psychose und das ist das Leben“, so beschreiben eine Vielzahl von Betroffenen ihr Erleben. Dies macht es den Betroffenen schwer, der Wirklichkeit, in der die „anderen“ leben, etwas abzugewinnen, einen Grund für den mühsamen und schmerzhaften Weg zurück zu finden. „Es ist entsetzlich anstrengend, das zu tun, was für andere offensichtlich selbstverständlich ist. Und dort, wo es gelingt, ist es nicht gut genug.“ (Zitat einer Patientin).

Faszination und Bedrohung, Besonderheit und Minderwertigkeit - in dieser Spannung bewegt sich Erleben und Bewertung der Betroffenen gleichermaßen wie jenes ihrer

Umwelt. Vom Sehenden, überirdisch Befähigten, bis zum Idioten, welcher nur in „Anstalten zu halten“ ist, bewegen sich Sichtweise und Beurteilung dieser Phänomene. Diese bis zum Zerreißen gespannte Polarität beeinträchtigte auch unter den Behandlern oft das Zusammenwirken zugunsten des betroffenen Menschen und führte zu einem „Entweder-Oder“ zugunsten einer Überbetonung der einen oder anderen Ansicht.

Entsprechend der zentralen Störung im schizophrenen Geschehen, der Fragmentierung der Wirklichkeit in unverbundene Einzelteile, dem Verlust des Zusammenhanges und dem „Verlust des Zusammenhaltes“ (Längle 1994, 1996) gestaltete sich auch deren Erforschung lediglich ausschnittshaft, verbunden mit dem Hang zur Verabsolutierung der Einzelteile (ähnlich dem wahnhaften Geschehen in der Psychose).

Dies scheint heute weitgehend überwunden. Die Akzeptanz der Vielfalt der Einflußfaktoren und Manifestationsgestalten im schizophrenen Geschehen verlangt die Zusammenschau der vielfältigen Befunde und praktischen Erfahrungen. Dies soll in einem ersten Abschnitt dieser Arbeit geschehen. In einem zweiten Abschnitt werde ich den Beitrag V.E. Frankls zur Theorie und Behandlung schizophrener Störungen referieren und kommentieren. Im dritten und letzten Teil werde ich Schwerpunkte meiner therapeutischen Arbeit mit schizophrenen Menschen beschreiben.

## Standortbestimmung

### *Die Entwicklung der Sichtweisen*

Vordergründig betrachtet läßt die Vielfalt der Erscheinungsformen hinsichtlich der Symptomatik und des Verlaufes schizophrener Störungen auf eine Gruppe von Erkrankungen schließen. Näher besehen lassen sich jedoch hinter diesen mannigfaltigen Erscheinungsformen durchaus gemeinsame Charakteristika - eine gemeinsame Grundstörung - auffinden, welcher wiederum ein „Bündel“ ätiologischer Faktoren zugrundeliegt.

Der gemeinsame Kern der schizophrenen Störungen läßt sich beschreiben als eine Schwäche des Betroffenen, innen und außen, Eigenes von anderem, Reales von Vorgestelltem zu unterscheiden, Wesentliches von Unwesent-

lichem zu differenzieren, Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges in der zeitlichen Abfolge zu identifizieren. So wird es schwer, die Lebensereignisse zu ordnen, zuzuordnen und in ihrem Bedeutungszusammenhang zu erkennen - es ist schwer zu fassen, was geschieht. Dadurch erlebt sich der Betroffene sehr leicht einem unverständlichen Geschehen ausgeliefert und verliert, wie Kimura es ausdrückt, den „dialektisch offenen, beweglichen gemeinsamen Sinnbezug mit seiner sozialen Referenzgruppe“. (Kimura 1988, 92)

Zwei Copingvarianten scheinen dieser schizophrenen Grundstörung - der Entordnungsneigung und dem daraus resultierenden Verlust des Zusammenhanges des Selbst- und Welterlebens entgegenzuwirken:

1. Der Rückzug aus der unüberschaubaren Vielfalt der sich ereignenden Phänomene in eine weniger ereignisreiche, überschaubare Lebenswelt, in ein reiz-ärmeres Klima.
2. Die Neuordnung des Chaos durch neue Bedeutungsverbindungen, die Erklärung des Unfaßbaren und Unverständlichen in wahnhafter Konstruktion.

Beide Varianten wirken der Fragmentierung, dem Chaos und dem drohenden Haltverlust entgegen - um den Preis der Vertiefung der Kluft zwischen Betroffenenem und seiner Mitwelt. Welche Form der „Daseinserhaltung“ nun geschieht, hängt jeweils von der biologischen Ausstattung, von der Persönlichkeit, von Lebensgeschichte, aktueller Situation und personaler Gestaltung ab. „Reaktiv mobilisiert der Psychotiker alles, was er auf Lager hat“. (Mentzos 1996, Seminar beim Weltkongreß für Psychotherapie, Wien). Wahn oder Rückzug sind so gesehen bereits eine Anpassungsleistung des Betroffenen auf seine Grundstörung. Dieser Sichtweise steht in der Schizophreniediskussion eine andere gegenüber, welche die schizophrenen Symptome als direkten Ausdruck der zugrunde liegenden (biologischen) Störung beschreibt.

Die Beschreibung der schizophrenen Kernproblematik und ihrer unterschiedlichen Kompensationsformen zieht die Frage nach dem Zustandekommen solcher „Empfindlichkeit“ nach sich, die Frage nach Ätiologie und Pathogenese.

Geklärt ist, daß es keine einzelne Ursache - den „Schizococcus oder die Schizoamine“ - gibt, sondern eine Mehrzahl von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren, welche sich zu einer erhöhten Krankheitsdisposition konstellieren.

Die Forschung hat sich hier ausführlich mit dem Einfluß genetischer Faktoren, mit biochemischen Veränderungen, Veränderungen in den Hirnstrukturen, mit funktionellen und geweblichen Veränderungen bestimmter Hirnregionen, Slowvirus Varianten einerseits und andererseits mit den „Abnormalitäten“ der frühen Entwicklungsphasen, speziell der Mutter-Kind-Dyade und deren Auswirkungen auf die Entwicklung der Ich-Funktionen, der Beziehungsgestaltung durch die „schizophrenogene Mutter“ u.v.a. Aspekten beschäftigt. (Die Forschungsergebnisse sind in

der mittlerweile bereits unüberschaubaren Vielfalt der Literatur detailliert aufzufinden. Eine Nachschlagempfehlung: Psychiatrie der Gegenwart, Band 4: Schizophrenien, Hrsg.: Kisker K.P., Meyer J.E., Müller C., Strömngren E.. Springer 1987). Die Schattenseite dieser Beobachtung und Interpretation von Teilaspekten war die Tendenz zur Verabsolutierung, das Hochstilisieren der Einzelfaktoren zum spezifischen Faktor der Erkrankung. Dies brachte viel Leid für die Patienten selbst (Hoffnungslosigkeit durch das Unabänderlichkeitspostulat vor allem der biologischen Hypothesen oder übersteigerte Erwartungen an die psychotherapeutischen Möglichkeiten) und vor allem auch für ihre Angehörigen, die sich besonders für Schuldzuschreibungen eigneten. Entlastung und konkrete Anhaltspunkte brachte die Erforschung der krankheitsauslösenden und verlaufsbestimmenden Einflüsse, so z.B. das Konzept der Expressed Emotions (Vaughn & Leff 1976a, 125-137), die Streßforschung, systemische Einflüsse und die Bedeutung von Einstellungen zur und Sichtweisen von der Erkrankung.

Zubin u. Springs Vulnerabilitätskonzept (Zubin J., Spring B. 1977, 103-126) schuf ein „Gefäß“, welches die Integration der verschiedenen Teilaspekte schizophrenen Geschehens ermöglicht. Ciompi trug durch die Beschreibung von Vorgängen und Mechanismen, welche Brücken schlagen zwischen den biologischen Faktoren einerseits und den psychosozialen Faktoren andererseits, Wesentliches zum Verständnis der Verflechtung und der Wechselwirkung des schizophrenen Geschehens und seiner Langzeitentwicklung bei (Ciompi L. 1989, 27-38).

## *Pathogenetische Zusammenschau*

Auf dem Hintergrund dieser vielfältigen Forschungsergebnisse sei hier die pathogenetische Entwicklung kurz zusammengefaßt:

Aus einer biologischen Prädisposition (genetische, prä- und/oder perinatale Abnormalitäten) und ungünstigen frühen psychosozialen Bedingungen (inadäquates Eingehen auf die Notwendigkeiten der kindlichen Entwicklung und der individuellen Person) entwickelt sich ein vulnerables Terrain im Sinne einer erhöhten Krankheitsdisposition. Dieses vulnerable Terrain besteht in einer Informationsverarbeitungsstörung (kognitive Seite), in einer Störung der Selbst- und Objektrepräsentanzen (psychische Seite) und einer Störung in den zeitlichen Abläufen und Rhythmen (Antriebsseite des Geschehens). Vulnerabilität kann somit als besonders leichte Störbarkeit des kognitiv-affektiven Vermögens beschrieben werden, woraus eine besondere Empfindlichkeit gegenüber dem komplexen mitmenschlichen Geschehen bzw. den daraus resultierenden Belastungen entsteht.

Unter andauernder (chronischer) bzw. infolge besonderer (akuter) Belastung kommt es zur Überlastung des vulnerablen Menschen und schließlich zur Dekompensation ins Psychotische, beginnend meist prodromal mit unspezifischen Basisstörungen (Veränderungen des Selbst- und

Welterlebens, der Denkabläufe und des Antriebes), sich fortsetzend in der Plus- und Minussymptomatik der Krankheitsmanifestation. Die zunehmende Entordnung und Fragmentierung und der damit entstehende Verlust des Zusammenhangs (kognitive Seite des Geschehens) und des Zusammenhaltes (existentielle Seite), das Durcheinander des sich Ereignenden, findet oft eine neue Ordnung und Entlastung in der Gewißheit des Wahns. Es entstehen neue Welten und Innerlichkeiten. Dies kann verstanden werden als bio-psycho-noetischer Versuch, mit dem Chaos umzugehen.

Die neuen Wahrnehmungs-, Einstellungs- und Verhaltensformen schlagen sich wiederum im biologischen Substrat nieder, sofern sie lang genug andauern bzw. intensiv genug sind. Sie „verkörpern“ sich, bahnen sich zentralnervös und vermindern so die Wahrscheinlichkeit und das Vermögen der Rückkehr in die präpsychotischen Erlebens- und Verhaltensweisen. Dies führt in weiterer Folge zum Verlernen der gewohnten sozialen Kompetenzen (Sekundärer Circulus vitiosus nach Mentzos, 1995). Herausfallen aus der Gemeinschaft mit anderen, Unverständnis und Ausgrenzung folgen.

Ciampi (1989) beschreibt vier Vorgänge und Mechanismen, welche Brücken schlagen zwischen biologischen Faktoren einerseits und psychosozialen Faktoren andererseits, nämlich Mediatoren, welche verständlich machen können, wie sich ein psychosoziales Geschehen biologisch niederschlägt und umgekehrt.

1. Streß: kritische Belastungen führen zu Veränderungen, welche nicht nur die „Stimmung“ und Funktionsweise von Puls, Blutdruck, Atmung, Verdauung, Muskulatur, sondern auch zu einem gewissen Grad das zentrale Nervensystem verändern. Dauern diese Veränderungen lang genug an, können sich solche Änderungen fixieren.
2. Neuronale Plastizität: Neuronen reagieren auf wiederholte Reize, sowohl mit funktionellen Veränderungen (Veränderung der Kontakte und Kontaktmuster zwischen den Nervenzellen), als auch mit anatomischen Veränderungen (dendritisches Wachstum). Assoziationsmuster werden um so besser gebahnt, je häufiger sie benutzt werden. Weshalb bestimmte Assoziationsmuster benutzt werden und andere nicht, hängt wesentlich mit den Affekten und diese wiederum mit den „berührenden“ Ereignissen innerer und äußerer Art zusammen.
3. Dopaminstoffwechsel: Das ausgesprochen streßempfindliche dopaminerge System verknüpft - grob gesagt - in mehreren Etappen die älteren basalen Hirnregionen über das limbische System mit dem Cortex und insbesondere dem Frontalhirn. „Damit besteht - um eine kühne Hypothese zu wagen - die Möglichkeit, daß dieses Transmittersystem etwas mit der Verbindung zwischen den emotionalen, trieb- und instinktgebundenen

motivierenden Reaktionen mit Einschluß von Antrieb und Aufmerksamkeit einerseits und den höheren, kognitiven Leistungen andererseits - vereinfacht gesagt - zwischen Gefühlen und Gedanken zu tun hat“ (Ciampi 1989, 33).

4. Prigogines Theorie der Dynamik komplexer Systeme: Diese besagt, daß unter dem Einfluß von Feedbackwirkungen in komplexen, dynamischen Systemen eskalierende Prozesse und nichtlineare Entwicklungssprünge auftreten können (=dissipative Strukturen). Entwicklungssprünge in solchen Systemen erfolgen nach einer Phase der Destabilisierung durch sogenannte Fluktuationen (lat. fluctuare = wanken, wogen). An kritischen Punkten der Entwicklung (z.B. Informationsüberreizung und/oder emotionale Überforderung) treten dabei sogenannte Bifurkationen (lat. bifurcus: zweizackig, Gabelung in zwei Äste) auf, die nicht mehr rückgängig gemacht werden können („Überschnappen“).

Aus Ciompis Ausführungen wird deutlich, daß vor allem der Langzeitverlauf einer schizophrenen Erkrankung wesentlich von den intra- und interpersonalen Ereignissen beeinflusst wird.

Für die Therapie von psychotischen Menschen wird aus diesen Überlegungen deutlich, daß das Abstandnehmen von den pathologischen Vorgängen zur Verhinderung der Etablierung und Fixierung wahnhafter Denkmuster ein zentrales Anliegen sein soll. Dies kann und soll sowohl durch Neuroleptika als auch durch psychotherapeutische Interventionen geschehen. An dieser Stelle wird auch Frankls vorrangig therapeutische Intervention bei Psychoseerkrankten „biologisch“ verständlich: „Alles das, was sie jetzt erlebt und geschildert haben, müssen sie lernen zu ignorieren“ (Frankl 1982, 251). Biologisch gesehen wird dabei die Gefahr der neuronalen Fixierung vermindert und Eskalationen in „unwiderrufliche“ Denkbahnen zurückgehalten, aktuelle Belastung z.B. durch Ängste der Umwelt gegenüber den seltsamen Äußerungsformen des Betroffenen reduziert und personale Fähigkeiten (Selbstdistanzierung) gefördert.

Ob Abstand nehmen allerdings immer Abwendung bedeutet, muß in Frage gestellt werden: zum einen ist die Abwendung von den psychotischen Inhalten nach Abklingen der akuten Symptome oft ein natürlicher Vorgang. Patienten erinnern sich schlecht, wollen nichts mehr „davon“ wissen. Sie spüren, es tut ihnen nicht gut, sich zu sehr in die Nähe dieser Ereignisse zu begeben, sie haben noch keinen ausreichenden Abstand (auch die Scham über das Geschehene spielt hier eine wichtige Rolle). Die Erfahrung zeigt aber auch, daß den Patienten, die es bei dieser Abwendung belassen, sich also nicht mehr - aus einem „sicheren“ Abstand heraus - ihrer Krankheitsdynamik erforschend und verstehend zuwenden, die Krankheit immer wieder in den Rücken fällt.

## V.E. Frankls Beitrag zur Theorie schizophrener Psychosen und Therapie schizophrener Menschen

### *Das anthropologische „Fundament“*

Die Person kann nicht erkranken. Sie ist per definitionem dasjenige, das sich frei verhalten kann zu seinen inneren und äußeren Bedingungen. Zugleich ist sie in ihrem Vollzug aber auch angewiesen auf die physischen, psychischen und sozialen Gegebenheiten. Sie benötigt ein Eindrucks- und Ausdrucksmedium, um wirklich und wirksam zu werden. Betrachten wir nun das psychotische Geschehen, so ist gerade diese instrumentale Funktion gestört. Das „Instrument“ ist nicht nur verstimmt, sondern „unvollständig“ insofern, als die Ich-Funktionen nicht ausreichend zur Verfügung stehen bzw. mangelhaft entwickelt sind. (Die Ich-Funktionen sind hier definiert als jene Fähigkeiten, die „ich“ brauche, um mit „mir“ und der Welt in eine „reale“ Beziehung zu treten, z.B. die Realitätswahrnehmung und -prüfung, die Denkprozesse, das Urteilsvermögen, der Reizschutz etc.). Der psychotische Mensch ist durch diese Funktionsstörung behindert. (Therapeutisch geht es daher auch wesentlich um die Stärkung dieser Funktionen, um der Person ein haltendes Fundament zu geben).

Frankls Grundsatz „die Person kann nicht erkranken“ gilt es in Anbetracht einer Erkrankung, welche das Fundament des personalen Wirkens in solch einem Ausmaß ins Wanken bringt, zu prüfen: Wo finden wir Person in der Psychose? Nach Frankl dort, wo etwa ein Mensch zu seinen imperativen Stimmen Stellung nehmen kann, ihnen nicht folgt oder sich überhaupt distanziert von den pathologischen Vorgängen, überall dort, wo die Person das Krankheitsgeschehen immer schon mitgestaltet: „... Insofern ist auch das manifeste Verhalten des psychotisch Kranken jeweils schon mehr als die bloße Folge schicksalhafter, kreatürlicher Affektion, sie ist gleichzeitig der Ausdruck seiner geistigen Einstellung. Diese Einstellung ist eine freie...“ (Frankl 1983, 203).

Der Wert der Frankl'schen Anthropologie liegt vor allem darin, daß der Blick nicht nur auf die Pathologie, auf das Mangelhafte, Unvollständige, Fehlende gelenkt wird und damit das Nichtkönnen fokussiert wird, sondern auf die Ressourcen. Wir wissen ja auch, wie wichtig die Einstellungen und Zukunftssicht bzw. die Zuversicht der Patienten selbst, ihrer Angehörigen und Betreuer für den Verlauf der Erkrankung sind. Darüber hinaus eröffnet Frankls Postulat einen unmittelbaren Zugang zum Gesunden, zur Person. Frankls therapeutische Konsequenz ist folgerichtig der Appell an die Person, die Aktivierung der Selbstdistanzierungsfähigkeit. Die (Wieder-)Herstellung der Funktionsfähigkeit delegiert Frankl ausschließlich an die medikamentöse Behandlung und beschreibt daher weder therapeutische Vorgänge der Entwicklung und Übung von Ich-Funktionen noch existentielle Voraussetzungen

personalen Wirkens, wie A. Längle es in den personalen Grundmotivationen ausführt.

### *Zur Genese der psychotischen Erkrankung*

Daß Frankl die Funktionsstörung rein medikamentös behandelbar sieht, wird aus seinem Verständnis der Genese der Psychose deutlich: „Wenn von der Psychotherapie bei endogenen Psychosen die Rede ist und nicht von Psychotherapie der endogenen Psychosen, geschieht es selbstverständlich nicht grundlos, denn eine Psychotherapie der endogenen Psychosen halten wir schon deshalb nicht für denkbar, weil die endogenen Psychosen als solche nicht psychogen sondern somatogen sind.“ Frankl differenziert zwar weiter, geht aber nicht näher auf die Art der somatogenen Störung ein: „Nur ist zu bedenken, daß wir, wann immer wir in solchen Zusammenhängen von einer prinzipiellen Somatogenese endogener Psychosen sprechen, unter Somatogenese eine primäre Somatogenese verstehe, und es ist klar, daß solche bloß primäre Somatogenese immer noch genügend Spielraum frei und offen läßt für jene psychische Pathoplastik, welche die somatische Pathogenese umrankt... In eben diesem Spielraum, der gegenüber der Somatogenese ausgespart bleibt, hat die Psychotherapie zu inserieren“ (Frankl 1982, 229-230). Fassen wir diese Aussage noch einmal zusammen: Die Psychose ist nach Frankl eine phänopsychisch somatogene Erkrankung. Psychosoziale Faktoren tragen lediglich zur Pathoplastik bei. In welcher Weise und wie dies zu verstehen sei, führt Frankl nicht weiter aus. Dem menschlichen Anliegen, sich selbst verständlich zu werden, z.B. zu verstehen, aus welchem Grund sich psychotische Inhalte in dieser oder jener Weise gestalten oder sich mit den Ursachen auseinanderzusetzen, wird keine Bedeutung beigemessen. Frankl geht es daher in logotherapeutischer Konsequenz um die Selbstdistanzierung und Dereflexion: Abwendung vom Pathologischen und Hinwendung zu Wertvollem, Fehlendes wird substituiert: „Der Rest von Freiheit, der auch in der Psychose, in der freien Einstellung des Kranken zu ihr vorhanden ist, ermöglicht dem Kranken jeweils die Verwirklichung von Einstellungswerten. Auf die restliche Freiheit verweist ihn die Logotherapie.“ (Frankl 1983, 03)

### *Die schizophrene Grundstörung*

Das Spezifische der schizophrenen Störung beschreibt Frankl als Erleben reinen Objektseins, als erlebnismäßige Passivierung. „Wir können sagen: daß sich der Mensch erlebt als Objekt des Horchens, Lauschens, als das Objekt verschiedenartigster intentionaler Akte anderer Menschen ... als Objekt der psychischen Aktivität anderer.... Wie an einer geologischen Bruchlinie auf die Struktur der tieferen Gesteinsschichten, so läßt sich von den Primärsymptomen her auf das Wesen der schizophrenen Grundstörung schließen. Tatsächlich können wir die verschiedenen Erscheinungsformen des Erlebnisses reinen Objektseins auf eine einheitliche Gesetzmäßigkeit reduzieren. Der Schizophre-

ne erlebt sich selber so, als ob er - das Subjekt - in ein Objekt verwandelt wäre. Er erlebt die psychischen Akte so, als ob sie in ihr Passivum verkehrt wären. (Frankl 1983, 209-211). „Jene akustischen Elemente, die beim Gesunden in Form der sogenannten inneren Sprache das Denken (mehr oder minder bewußt) obligat begleiten, werden beim Schizophrenen passiviert erlebt; von ihm müssen sie also so erlebt werden, als ob sie fremd wären, von außen kommen“ (ebd. 213). In Anlehnung an die Schizophreniethorie von Berze bezeichnet Frankl die Grundstörung als „Hypotonie des Bewußtseins“ (Das Ich ist als Bewußtsein hypotonisch) und zieht dazu eine Analogie zum Einschlaf-erleben (ebd. 212).

Frankls Ansatz erinnert an Jaspers' Definition der schizophrenen Ich-Bewußtseinsstörung. Jaspers nennt vier Merkmale: Das Aktivitätsbewußtsein, das Bewußtsein der „Einfachheit“ (ich bin einer im gleichen Augenblick), das Bewußtsein der Identität (ich bin derselbe wie von jeher) und das Ichbewußtsein im Gegensatz zum Außen und zum anderen (Jaspers 1973, 101 ff.). Die Beschreibung der schizophrenen Grundstörung als Hypotonie des Bewußtseins findet sich später in den sehr feinfühligten Ausführungen zu den schizophrenen Ich-Bewußtseinsstörungen von Christian Scharfetter (Scharfetter 1990) wieder. Im Kontrast zu Scharfetter, dessen therapeutische Schlußfolgerungen in der Stärkung des geschwächten Ichs liegen, zieht Frankl andere Konsequenzen: „Das Prinzip der erlebnismäßigen Passivierung psychischer Funktionen als Erklärungsprinzip für die Psychologie der Schizophrenie findet im therapeutischen Feld zwar keine Möglichkeit der praktischen Anwendung“ (Frankl 1983, 213), sondern es geht darum ... „daß der Patient lernt, seine Umgebung nicht mehr, wie bis dahin, seinerseits auf Beobachtet-Werden hin zu beobachten... Daß mit der auf psychotherapeutischem Wege erzielten Abstellung des aktiven Beobachtens das passive Beobachtet-Werden fortfiel, läßt sich unseres Erachtens nur durch die Annahme erklären, daß die Grundstörung zu einer Umkehrung des Erlebnisses des Beobachtens in dessen Passivum geführt hat“ (Frankl 1983, 14). Frankl setzt somit nicht bei der Nachentwicklung und der Kompensation der Ich-Schwäche an. Er könnte dies auch nicht, ist doch sein Verständnis dieser Störung als eine rein biologische und daher medikamentös zu behandelnde, sondern er wendet sich den Möglichkeiten der Person zu, dieser Störung entgegenzusetzen.

Insgesamt sagt Frankl wenig Spezifisches zur Therapie bei schizophrenen Störungen. Die Therapie konzentriert sich - unspezifisch - auf die Frage: Was ist möglich an Freiheit, also an Eigenmächtigkeit der Person gegenüber der Pathologie. Dieses Personsein ereignet sich in der Abwendung vom unfrei Machenden durch Abstand nehmen (Selbstdistanzierung) und die Hinwendung zu Wertvollem (Dereflexion). Selbstdistanzierung und Dereflexion gelingen nicht immer, oft ist die Pathologie übermächtig. Logotherapie ist so gesehen nicht möglich bzw. besteht im weiteren Appellieren an die Person.

Die Lücke im therapeutischen Vorgehen wird hier

durch die Weiterentwicklung der Logotherapie zur Existenzanalytischen Therapie geschlossen - konkret: Was braucht die Person, damit sie wirklich und wirksam werden kann (A. Längle 1999, Personale Grundmotivationen).

Bezieht sich Frankl in seinen Ausführungen vorwiegend auf Person und Selbstdistanzierung, so fragt die weiterentwickelte Existenzanalyse, wie denn das Fundament des Existierens beschaffen sein muß bzw. geschaffen werden muß, um tragfähig für die eigene Wertverwirklichung und damit Lebensgestaltung zu sein. Frankl ist so gesehen der „Hochleistungssportler“ der Existenzanalyse oder wie er selber schreibt, der Höhenpsychologe, den die fundamentalen Themen nicht so sehr interessieren.

In einem kurzen Kapitel wendet sich Frankl dann noch der Frage nach dem Verständnis der unterschiedlichen Symptomatik in der schizophrenen Erkrankung zu. Er beschreibt dies als Störung der Intentionalität oder anders ausgedrückt des in Beziehungseins der Person mit der Welt zum einen und ihren inneren Gegebenheiten zum anderen. „Der Unterschied zwischen der schizophrenen Ich-Störung und der psychopathischen Depersonalisation liegt nämlich nur darin, daß bei ersterer - entsprechend der Bewußtseinshypotonie - der intentionale Bogen zuwenig gespannt ist, während er bei letzterer so sehr gespannt ist, daß er gerissen ist“. (Frankl 1983, 215)

*Zusammenfassend* kann man Frankls Beitrag in seinen wesentlichen Zügen kurz so formulieren:

Er beruht auf der Grundannahme, daß Person nicht erkranken kann, sondern nur ihre Ausdruckselemente Körper und Psyche. Therapeutisch geht es daher darum, an die Person und ihre Fähigkeit zur Selbstdistanzierung zu appellieren, die fremdartigen Erlebnisweisen von sich zu weisen und Personsein im Wie des Umganges mit der Erkrankung zu verwirklichen. Wesentliches spricht er an anderer Stelle an: „Aber das Eigentliche ist vielleicht nicht mehr auf rein wissenschaftlichem Wege oder gar auf rein naturwissenschaftlichem Wege erfäßbar, sondern bedarf einer anderen Weise der Annäherung. Vielleicht bedarf es jener inneren Aufgeschlossenheit, die erst gegeben ist in einer liebenden Hingabe an das unverwechselbare Du des anderen, wenn wir es in seinem Wesen erfassen wollen. Heißt doch lieben letztendlich gar nichts anderes als sagen zu können zum anderen, darüber hinaus auch noch eines: ihn in seinem Wert bejahen. Also nicht nur du sagen zu können, sondern auch ja sagen zu können zu ihm“ (Frankl 1982, 248). (Hier finden wir bei Frankl die Grundlagen für die spätere Weiterentwicklung durch A. Längle, welche geschichtlich gesehen bei der Beschreibung des Grundwertes, und in weiterer Ausdifferenzierung der ontologischen Basis und der Eigenart des Seins zur Beschreibung und Benennung der drei personalen Grundmotivationen geführt hat).

Die Phänomenologie der schizophrenen Psychosen auf diesem Hintergrund wird von A. Längle in diesem Heft beschrieben und auch K. Luss geht in ihrem Artikel aus dieser Perspektive auf das Verständnis der schizophrenen Psychosen zu. Ich darf auf diese Beiträge verweisen und di-



rekt zur Beschreibung der Grundzüge und einiger Schwerpunkte in der Therapie von schizophrenen Menschen übergehen.

## Grundzüge und Schwerpunkte in der Therapie mit schizophrenen Menschen

### *Das Erleben des schizophrenen Menschen*

Der schizophrene Mensch erlebt sich und die Welt als äußerst verwirrend und zerbrechlich, er hat eine „dünne Haut“ und ist dadurch leichter als andere Menschen irritierbar. So kann z.B. ein psychischer Schmerz unmittelbar körperlich „weh tun“ oder es werden Gedanken bildhaft gesehen oder gehört, („Was ich denke, geschieht gleichzeitig - es macht mir Angst, gibt mir aber auch das Gefühl der Mächtigkeit, ich kann mit meinen Gedanken das Geschehen machen“). Oder es reißen umgekehrt die Gedanken ab, Sprünge und Risse im Denken werden gleichzeitig körperlich empfunden, Bewußtseinsinhalte bilden dichte, undurchschaubare Gedankenschungel, Knäuel von Worten, Bildern, welche nebeneinander existieren, „aufeinander zulaufen“. Es ist ungewiß, ob es die eigenen Gedanken sind oder ob sie zu jemandem anderen gehören. Gegenstände werden lebendig, Farben verändern sich, die dunkle Stimmung sieht grau aus, der eigene Körper wird fremd oder macht sich gar in seinen Einzelteilen selbständig...

Selbst und Welt gerät aus den Fugen, verliert den Zusammenhang und die Zugehörigkeit.

Die gewohnten Verbindungen sind auseinandergerissen, das Vertraute entgleitet, wird fremd.

Durch den Verlust des Zusammenhanges und der Zugehörigkeit geht der Halt, den der Mensch braucht, um dasein zu können, verloren. Dies wird thematisch oft als drohender Weltuntergang, emotional als Todesangst erlebt. Dieses „Inferno“ kann nur ertragen werden, wenn etwas geschieht, was Halt gibt und Ordnung in das bedrohliche Durcheinander bringt. Vielfach findet der Bedrohte Halt in der Fixierung von Details (bzw. erlebt sich von Wahrnehmungsdetails gefesselt) oder er findet im Bewegungsstillstand Halt in den ihn umgebenden lebhaften Halluzinationen, in der wankenden, wogenden und verzerrten Welt oder es gelingt die Rettung an einen geschützten Ort, in eine überschaubare, vertraute Umgebung, zu einer Person, die ihn und die er aushält. Doch geht es nicht nur um Halt sondern auch um die „Vorbedingung“, um einen Zusammenhang der Wahrnehmungen, der zugehörigen Gefühle und darum, daß diese in einen verstehbaren Zusammenhang kommen, daß das Erlebte begreifbar wird und damit erst zu Haltendem werden kann. Dies geschieht dann wie bereits im ersten Kapitel beschrieben, oft zuerst durch die Zusammenfügung von Ähnlichkeiten der Bilder oder Wortklänge etc. und letztlich durch wahnhaftige Neuordnungen, „endlich wird deutlich, worum es da geht“. Diese „Erleichterung“ geschieht um den Preis neuerlicher Risse und

Sprünge in den sozialen Zusammenhängen, Beziehungen reißen ab, berufliche Strukturen brechen ein, es gibt keine Zugehörigkeit, der Prozeß der Alienation als *circulus vitiosus* nimmt seinen Lauf.

### *Die Konsequenz für die Therapie*

Aus dem Nachvollziehen des schizophrenen Erlebens wird deutlich, daß es in der Behandlung schizophrener Menschen zentral darum gehen muß, der Fragmentierung und dem damit verbundenen Haltverlust entgegenzuwirken:

- prophylaktisch als Schutz vor der psychotischen Dekompensation
- als Reintegration in der Psychose
- als strukturbildende Therapie über die gesamte Behandlungszeit hinweg, im Sinne einer Lockerung der Abhängigkeit von wahnhaften „Halteungen“.

Dies kann und soll in der therapeutischen Begleitung von psychotischen Menschen mit unterschiedlicher Gewichtung der kognitiven, der Beziehungs- und der Verhaltensebene geschehen.

### *Psychoedukative Maßnahmen*

Hier trägt vor allem die Erklärung der Krankheitsvorgänge aus dem „Normalen“ heraus zu einem Sich-selbst-verständlicher-Werden bei.

Am Beispiel der Gedankenvielfalt und des Gedanken-durcheinanderlaufens dargestellt, kann dies in etwa so geschehen: „Im Menschen spielen sich ununterbrochen viel mehr Vorgänge ab als uns normalerweise bewußt werden. Wir erleben nur eine schmale Bandbreite, welche wir nach unserer subjektiven Wichtigkeit aussuchen. Nun gibt es Zeiten, wo z.B. durch emotionale Belastungen diese Auswahlfähigkeit verringert wird, sodaß dann plötzlich „alles Mögliche“ in unserem Kopf auftaucht. Durch die reduzierte Kraft zu ordnen, Prioritäten zu setzen, geht es immer bunter zu, so daß wir mehr und mehr den Eindruck haben, nichts mehr machen zu können, es geschieht einfach. Je nachdem welcher Typus man nun ist, neigt man dazu, Angst vor dem Durcheinander zu bekommen und mit letzter Kraft dagegen anzukämpfen, wodurch sich das Gefühl der Verwirrung und Hilflosigkeit noch verstärkt. Oder man wird sehr neugierig und steigert sich in dieses Durcheinander noch hinein und verrennt sich ganz. Besser wäre es, keine dieser beiden Möglichkeiten aufzusuchen, sondern zuerst einmal zu sehen, daß man wieder zu Kräften kommt. So wie es gut ist, bei wichtigen Entscheidungen oder turbulenten Lebenssituationen erst einmal darüber zu schlafen. Denn wenn man selber wieder stark genug ist, kann man entscheiden, was mit der Unordnung zu tun ist. Um zur Ruhe bzw. zu Kräften zu kommen, kann Verschiedenes hilfreich sein, z.B. einen Ort oder eine Person aufsuchen, die beruhigend wirken, innerlich Abstand nehmen von den Vorgängen, aber auch Medikamente können hier sehr hilfreich sein.... So ist es im Allgemeinen - wir können jetzt gemeinsam sehen, welche Abläufe Sie da kennen“.

Erklärungsangebote zu den pathologischen Vorgängen müssen immer an die Erfahrungen des Betroffenen angegliedert sein und möglichst an weiteren Beispielen vertieft werden. Sie bewirken mehreres: Stärkung und Substitution der Ich-Funktionen (Differenzierung, Zuordnung, Abgrenzung, Realitätssinn...) Stärkung des Ich-Bewußtseins und des Selbstbewußtseins. Halt durch Herstellen eines verständlichen Zusammenhanges, Abstand von den psychotischen Vorgängen und vor allem Reduktion der Entfremdung, Nähe zum Normalen - alle Menschen kennen das im Prinzip - manche neigen jedoch besonders dazu und empfinden es auch stärker.

## **Übende Maßnahmen**

Hier sind besonders Übungen zu nennen, die die Wahrnehmung und das Erspüren des eigenen Körpers, das „Ich bin“ ebenso wie die Wahrnehmung des Außen, „das andere“ zum Ziel haben. Gleichmaßen wichtig ist das Üben von sozialen Fertigkeiten - das In-Beziehung-sein-Können - oder das Erlernen von Methoden des Abstand-nehmen-Könnens, der Selbstdistanzierung .

## **Systemische Maßnahmen**

Sie umfassen sowohl Information und Beratung der Angehörigen, damit diese Halt finden und damit geben können, als auch strukturgebende Alltagskonfigurationen bis hin zur Behandlungskoordination.

## **Grundhaltungen des Therapeuten im therapeutischen Setting**

Verlässlichkeit und Kontinuität (zu einem bestimmten Zeitpunkt für eine verlässliche Zeitspanne da sein, Halt durch verlässlich Wiederkehrendes), Klarheit und Eindeutigkeit (Halt durch Identifizierbarkeit und „Schlichtheit“) Aufrichtigkeit und Echtheit (kaum jemand spürt so schnell wie psychotische Patienten, wenn etwas nicht stimmt, Halt durch die Erkennbarkeit, wie jemand zu ihnen steht), Zuversicht (Halt im Kommenden, Zukünftigen), ein warmes und respektvolles, annehmendes Klima.

Diese Vorgänge schaffen eine Entwicklungsbasis oder wie wir auch sagen können: Das muß geschehen, muß gewährleistet sein, damit die speziellen Themen des Patienten bearbeitet werden können. Diese speziellen Themen sind nicht „schizophreniespezifisch“, sondern beinhalten alles, woran auch andere Menschen leiden. Das Gemocht-Werden, wie das Berechtigt-Sein, die Beziehungsgeschichten und das Verzweifeln am Schicksal, die mühevollen Versuche, das Leben in den Griff zu bekommen, das Anerkannt-Sein, das Leisten-Wollen und vieles anderes mehr.

Es geht mehr und mehr um das sich zunehmend Gewahrwerden, um den Prozeß des sich annehmen Könnens „obwohl“..., um das Ja zu diesem Sosein und ob dieses Leben auch so bejaht oder gar gemocht werden kann und um das

Verstehen der Verletzungen und Mängel und darum, seinen Platz im eigenen Leben einzunehmen. Spezifisch für die Arbeit mit schizophrenen Menschen ist hier nur, daß in der Vorgangsweise eben immer wieder auf die Vulnerabilität Bedacht genommen wird. So z.B. ist von einer emotional aufwühlenden Art abzusehen bzw. sind die spezifischen Belastungsmomente des jeweiligen Patienten (vor allem bei biografischen Themen!) zu beachten. Daß hier auch immer wieder „aufzupassen“ ist, daß nicht inhaltlich auf die Wahninhalte eingegangen wird, erläutert Walter Winkelhofer in seinem Artikel in dieser Ausgabe.

Insgesamt gilt jedoch für die Therapie mit schizophrenen Menschen, daß das Dasein des Therapeuten wichtiger ist als seine spezifischen Aktivitäten.

## **Phasen der Therapie und ihre Schwerpunkte**

### *Die erste Phase*

In dieser ersten Zeit der Therapie geht es darum, Beziehung zueinander aufzunehmen.

Wirst du mich annehmen, so wie ich bin? Kannst du verstehen, was ich meine bzw. wirst du bemüht sein, mich zu verstehen? Kann ich mich dir anvertrauen? Findest du auch, daß ich verrückt bin? Hältst du mich aus? Kann ich mich dir zumuten? Siehst du überhaupt eine Chance für mich? Hast du ein Zaubermittel, mit dem du mich heilen kannst? Du bist doch hoffentlich besser als die Therapeuten bisher, sie haben nichts geschafft! Diese und noch viele anderer ängstliche und hoffnungsvolle Fragen stehen am Beginn einer Therapie oft hinter einer einsilbigen, wortkargen oder zerstreuten, verwirrten oder auch anmaßenden, aggressiven Fassade.

In dieser Phase geht es darum, Vertrauen zu fassen durch das Erleben, es ist jemand da, der mich hört und mir hilft, mit dem Alltag besser fertig zu werden. Anwesenheit, ruhige Aufmerksamkeit, „absichtslose“ Teilnahme und Gespräche über gemeinsam zugängliche Realitäten schaffen einen Boden, auf dem sich der Patient dem, was ihn bewegt, öffnen kann.

Eine „Gefahr“ in dieser ersten Phase ist, daß der Therapeut in Interventionsdruck kommt. Er hört nur die Frage nach dem Zaubermittel und reagiert darauf mit Ansprüchen wie: Es darf keine Rückfälle mehr geben, ich muß noch kreativer arbeiten... oder da ist nichts zu machen, es hilft nichts...

So ist es wichtig, gerade am Beginn des therapeutischen Prozesses, daß der Therapeut sich der eigenen Gefühle und Sichtweisen bewußt wird, damit er nicht selbst „abhebt“ aus dieser Realität.

### *Die zweite Phase*

Sie steht unter dem Motto: Menschen erleben unterschiedlich - trotzdem können sie miteinander kommunizieren und zusammen sein, wenn es ihnen gelingt, tolerant zu sein. „Miteinandersein-Können trotz Unterschiedlichkeit“.

Gibt es eine Vertrauensbasis, die auch in Turbulenzen hält, so wird es langsam möglich, dem Erleben und den

Sichtweisen des psychotischen Menschen anderes hinzuzufügen, andere Sichtweisen anzubieten.

Ein Beispiel: Die Patientin erzählt, daß Frau N. wieder ihre Experimente an ihr durchführe, sie berührt sie mit ihren bösen Gedanken, was quälende Schmerzen verursacht, gibt ihr nachts Elektroschocks etc. Frau N. ist eine ehemalige Freundin der Patientin, die jedoch den Kontakt zu ihr abgebrochen hat. Dies hat sie sehr verletzt, sie vermisst diese Freundin.

Ich frage die Patientin, ob es sie interessiert, welche Gedanken mir zu ihrer Erzählung gekommen sind. Sofern dies der Fall ist, stelle ich ihr mein Erleben und Empfinden zu diesen Vorgängen zur Verfügung:

Th: Frau N. ist für Sie aufgrund der Tatsache, daß sie jahrelang eine gute Freundin war und sich dann von Ihnen distanziert hat, eine ganz wichtige Person. Es ist sehr berührend, an sie zu denken. Es tut weh, und Sie erleben diese Freundin als böse. Da ich Sie als einen besonders sensiblen und feinfühligem Menschen kenne, kann ich mir durchaus vorstellen, daß Sie diesen Schmerz und die Qual über den Verlust dieser Beziehung nicht nur psychisch spüren sondern auch körperlich empfinden. Da Sie zudem nicht wirklich wissen und verstehen können, warum diese Freundin sich von Ihnen abgewendet hat, erleben Sie es als ein undurchschaubares Experiment.

Pat.: Ich bin aber sicher, daß sie mich wirklich quält!

Th.: Natürlich sind Sie sicher, weil Sie es so sehen und auch so empfinden. Und ich sehe und empfinde es anders. Da ist vielleicht jetzt ein wichtiger Punkt: Kaum jemals empfinden zwei Menschen völlig gleich, bisweilen sind die Unterschiede klein, bisweilen sehr groß. Dann wird es meist schwierig, weil jeder darum kämpft, daß er recht hat und weil er Angst hat, sonst nicht verstanden zu werden oder nicht zu seinem Recht zu kommen. Dabei ist es genauso gut, wenn wir jetzt z.B. unsere beiden Sichtweisen einfach nebeneinander bestehen lassen und uns jeweils für die Sichtweise des anderen interessieren. Wir müssen uns dazu auch gar nicht entscheiden, wer recht hat, sondern können uns einfach sagen, wie es jeweils ist. Wichtig ist dabei auch noch, daß Sie spüren, wie es Ihnen dabei geht, ob die unterschiedlichen Sichtweisen Angst machen und wovor oder ob es sogar entlastend ist, sich mal nicht verteidigen zu müssen.“

Ziel der zweiten Phase ist es, eingefahrene Sichtweisen, Handlungsabläufe, Gewohnheiten und psychische Erlebnisweisen („Unterschiedlichkeit ist bedrohlich, vernichtend, gefährdend...“) ein wenig zu lockern, so daß einerseits der Halt nicht verloren geht und trotzdem mehr „Bewegungsfreiheit“ entsteht. In der Anbindung an das emotionale Erleben gilt es, mehr und mehr zu verstehen, was es ist, was bedroht und wovon es dabei geht.

## *Die dritte Phase*

Es geht nun zunehmend um die Erforschung der und Auseinandersetzung mit den Erkrankungs- und Gesundungsprozessen, um der Dynamik der Eskalation auf die Spur zu kommen und eine breitere Palette von Möglichkeiten der Gesundung und Gesunderhaltung zu entwickeln. Ziel dieser Phase ist das Anhalten-Können einer Dekompensationsdynamik durch die Kenntnis der Auslöser, die Achtsamkeit hinsichtlich der ersten Anzeichen und das Erarbeiten der „Ausstiegsmöglichkeiten“ aus einer dekompensationsfördernden Dynamik. Dazu braucht es nicht unbedingt eine Krankheitseinsicht wie im folgenden Beispiel gezeigt wird: Eine 41jährige Frau mit mehreren Krankheitsschüben in der Vorgeschichte und einem leichten Residual erlebt aufgrund beruflicher Überforderung ihre Umwelt wiederum als beeinflussend, hat zunehmend Schwierigkeiten, die Geschehnisse im Gesamtzusammenhang wahrzunehmen und reagiert, sich solcherart schützend, auf ihre Umgebung aggressiv und ablehnend. Bei den geringsten kritischen Bemerkungen z.B. der Frage ihres Mannes, weshalb sie noch nicht einkaufen war, gerät sie aus dem Häuschen, wirft ihm vor, sich mit ihren Berufskollegen verbündet zu haben, um sie fertig zu machen. Die Empfehlung ihres Mannes, doch vielleicht mehr Medikamente zu nehmen, trägt zur weiteren Eskalation ihres Befindens bei...“Letztendlich werde ich dann wieder in die Klinik abgeschoben“.

Th.: Mir fällt bei ihrer Schilderung auf, daß Sie, abgesehen davon, wie ungerecht Sie sich behandelt fühlen, doch einen guten Teil zur Eskalation beitragen, indem Sie sich rechtfertigen und sich dadurch weiter verletzlich machen. Daher ist es meines Erachtens wichtig, zuerst einmal zu sehen, wie Sie sich vor solchen Abläufen, die Sie erfahrungsgemäß wieder in ein Schlechtergehen treiben, womöglich auch zu einem stationären Aufenthalt, schützen können. Dann können wir uns ansehen, was Sie brauchen, um aus einem solchen Ablauf auszusteigen, um zur Ruhe zu kommen.

Es geht hier also sehr zentral um die Analyse der Vorgänge und um die Stärkung der eigenmächtigen Lenkung des Ablaufes.

In kritischen Phasen kann es auch gelingen, daß die Beziehung so sehr hält, daß der Therapeut den Patienten darauf hinweist, daß sich Anzeichen einer neuerlichen Erkrankung einstellen. Dazu ist es hilfreich, den Patienten in gesunden Phasen zu fragen, ob er darauf hingewiesen werden möchte.

„Darf ich ihnen sagen, wenn Sie auf mich verändert, z.B. konfuser oder überlastet wirken?“ Das Ansprechen von Veränderungen in Richtung Dekompensation wirkt sehr oft entlastend und befreiend. Dies allerdings nur, wenn wirklich eine vertrauensvolle Beziehung besteht, in der der Patient spürt, daß man ihm Gutes will (und nicht etwa durch paranoide Gedanken gegenüber dem Therapeuten

dazu keinen Zugang hat oder wenn der Therapeut etwa aus Angst heraus handelt).

Das In-der-Realität-Bleiben, sich in der Realität halten und In-Beziehung-bleiben-Können ist das Projekt dieser Phase.

### *Die vierte Phase*

Mit zunehmender Wahrnehmung und Wahrhabung der Realität, mit wachsender Kompetenz in der Bewältigung des Alltags und im Umgang mit der Erkrankung kommt aber auch mehr und mehr die Verzweiflung und die Trauer über dieses Dasein und über das verbleibende Schicksalhafte zur Geltung. Hier geht es nun darum, das Schicksalhafte anzunehmen, die Verzweiflung, die Trauer und die Wut auszuhalten und durchzustehen, ohne sich in die psychotische Abwehr zu retten. Hier gilt es, das richtige Maß in der Auseinandersetzung zu finden. In dieser Phase bzw. in den schon von Anbeginn auftretenden Momenten und Zeiten der „Klarheit“ ist das Suizidrisiko sehr groß. Wichtig ist, daß der Therapeut dazu beiträgt, immer wieder in die angemessene Distanz zu kommen, daß er hilft, die oft mit Wucht hereinbrechende Erkenntnis aufzuteilen in bewältigbare Einheiten, daß er nicht emotionalisiert sondern schlicht teilnimmt und mitträgt.

Fragen wie „Mag ich mich überhaupt und vor allem so? Kann ich mich mit dieser Behinderung annehmen? Bin ich etwas wert, für mich und vor allem für andere? Wo kann ich nützlich sein? Wo werde ich gebraucht und nicht nur geduldet?“, sind während der ganzen Zeit der Therapie Thema, steigen jedoch oft erst langsam aus dem diffusen Gefühl der Depression und „Nichtung“ hervor und stellen sich in ihrer Deutlichkeit dort, wo der Mensch schon besser standhalten kann, wo er zu antworten fähig wird, ohne psychotisch reagieren zu müssen. „Wozu ist mein Leben gut? Will ich es leben? Wie kann ich es zum Gelingen bringen? Welche Aufgaben gibt es für mich?“ Hier hat der Therapeut kreative Beiträge zu bringen und Mut zuzusprechen, die Angebote gemäß den eigenen Möglichkeiten auszuprobieren.

Zumeist bleibt die Therapie im Bereich der ersten drei Phasen, zu schmerzlich und zu bedrohlich ist die Auseinandersetzung mit den weiteren Fragen, aber auch zu sehr in Anspruch nehmend ist es, sich in der Realität halten.

„Schizophrenie bedeutet den verzweifelten Wunsch nach einem Menschen, der helfen und die Teile zusammenhalten kann, in die man zu zerfallen droht.“ (Katschnig 1984). Daran schließt sich die Frage:

Gibt es eine abschließende Phase in der Behandlung schizophrener Menschen?

Meiner Erfahrung nach bedeutet Therapie mit psychotischen Menschen die Begleitung über zumindest einen langen Zeitraum hinweg, über Jahre also. Pausen, Ausbleiben und Wiederkommen nach langen Abständen sind eher die Regel denn die Ausnahme. Sehr stark hängt es natürlich vom sozialen Netz ab, in dem der Patient sich gehalten fühlt und auch wie weit der Patient seiner Erkran-

kung selbst standhalten kann. Endgültige Trennungen sind für psychotische Menschen sehr schwer, oft reicht die Zusage, wiederkommen zu dürfen, wenn es brennt, um gehen zu können.

Erschütternd erlebe ich oft auch die bange Frage nach einem Rückfall, besonders nach stationären Aufnahmen: „Nehmen Sie mich wieder in Therapie, darf ich wiederkommen?“ Oft entstehen aus diesen Fragen sehr tiefe Gespräche und zutiefst authentische Beziehungen.

Wenn ich mit der Darstellung der Phasen der Therapie mit schizophrenen Menschen meine Ausführungen abschließen, tue ich es in dem Bewußtsein des Fragmentarischen. So ist es mir wichtig, zum Schluß hervorzuheben, daß in der Arbeit mit schizophrenen Menschen ein gutes Zusammenwirken und Zusammenhalten mit den unterschiedlichsten Behandlern erforderlich ist. Sonst entsteht ein Chaos gegenseitiger Behinderung, so wie der psychotische Mensch Welt ohnehin erlebt.

### **Literatur**

- CIOMPI L. (1989) Intermediäre Prozesse in der Schizophrenie: Zu einer neuen dynamisch orientierten Psychiatrie. In W. Böker W, H.D., Brenner H.D. (Hrsg.) Schizophrenie als systemische Störung. Bern: Huber
- CIOMPI L. (1988) Die affektlogische Interpretation des schizophrenen Persönlichkeitswandels in schizophrenen Langzeitverläufen. In Werner Janzarik (Hrsg.) Persönlichkeit und Psyche. Stuttgart: Enke
- FRANKL V.E. (1982) Psychotherapie in der Praxis 4. Auflage. Wien: Deuticke
- FRANKL V.E. (1983) Ärztliche Seelsorge 7. Auflage. Frankfurt/Main: Fischer-Verlag
- JASPERS K. (1973) Allgemeine Psychopathologie 9. Auflage. Berlin: Springer-Verlag
- KATSCHNIG K. (Hrsg.) (1984) Die andere Seite der Schizophrenie 2. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg
- KISKER K.P., LAUTER H., MEYER J.E., MÜLLER C., STRÖMGREN E. (Hrsg.) (1987) Psychiatrie der Gegenwart, Band 4, Schizophrenien. 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag
- LÄNGLE A. (1994) Ausbildungsseminar Existenzanalyse. Dornbirn, unveröffentlichtes Manuskript. Ausgeführt in Längle A. (1996) Der Verlust des Zusammenhalts. Existenzanalyse 3, Jg. 13, 13-22
- MENTZOS ST. (1995) (Hrsg.) Psychose und Konflikt, 2. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- PODVOLL E. (1994) Verlockung des Wahnsinns. München: Hugendubel Verlag
- SCHARFETTER CH. (1990) Schizophrene Menschen. 3. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg
- VAUGHN C., LEFF J.P. (1976a) The measurement of expressed emotion in families psychiatric patient. British Journal of Social and Clinical Psychology 15
- ZUBIN J., SPRING B. (1977) Vulnerability. A new view on schizophrenia. J. Abnorm. Psych. 1986

*Anschrift der Verfasserin:  
Dr. Liselotte Tutsch  
Einwanggasse 23  
A-1140 Wien*

# Der Verlust des Zusammenhalts

## Psychopathologie und existentielle Themen in der Schizophrenie

Alfried Längle

**Statt der geläufigen symptomorientierten Beschreibung soll in dieser Arbeit ein phänomenologischer Zugang zur Schizophrenie versucht werden. Er stellt als Wesen der Schizophrenie den Verlust des Erlebens von Zusammenhalt zur Diskussion, der in der Welt und im eigenen Dasein aufbricht. Die schizophrene Krankheit ist in der Folge durch die Überschwemmung mit Angst und Gefühlen der Auflösung gekennzeichnet. Der Kranke muß sich im besonderen Maße vor seinen Gefühlen schützen, wodurch auch der innere Boden des Zusammenhalts verlorengeht.**

**In der vorliegenden Arbeit wird versucht, über das phänomenologische Einfühlen in die Schizophrenie den Zugang zur Tiefe ihrer Psychopathologie und zu den in der Schizophrenie enthaltenen existentiellen Themen zu eröffnen.**

Nicht-Fachmann den Schizophrenen meist mit Angst begegnet. Angst ist eine typische Reaktion auf das Strukturlose, Unberechenbare, Chaotische, Hochkomplexe (Kriz 1996). In der spontanen Reaktion ist somit auch eine Wahrnehmung schizophrener Vorgänge enthalten.

Bei genauem Hinsehen können wir bald finden, daß praktisch jeder Mensch einzelne Symptome der Schizophrenie ansatzweise in einem kleinen, unbedenklichen und daher nicht bedrohlichen Ausmaß selbst erfahren hat. Wahrscheinlich hat jeder Mensch schon einmal erlebt, daß alles um ihn herum unwirklich wird, abrückt, fremd und fern erscheint. Es ist dann, als ob einem das Leben für Augenblicke entgleitet oder das, was zu einem selbst gehört, nicht mehr als das Eigene empfunden wird.

Andere Symptome betreffen Störungen des Körperschemas. Die Beine oder ein Arm sind wie überdimensioniert oder werden wie nicht als zu einem selbst gehörend empfunden. Dies wird relativ häufig in der Pubertät aber auch in Träumen erlebt. Die Besinnung auf solche Erlebnisse gibt einen ersten Zugang zur schizophrenen Psychose.

Manfred Bleuler, der Sohn Eugen Bleulers (von dem der Schizophreniebegriff stammt - 1908), lebte einen großen Teil seines Lebens mit Schizophrenen unter einem Dach. Anlässlich seines Todes 1984 schrieb der Wiener Psychiater Navratil: „Unter Berücksichtigung aller ihm bekannten Fakten und aller persönlichen Erfahrungen schien es ihm nicht ausgeschlossen, daß Schizophrenie überhaupt keine Krankheit im Sinne der somatischen Medizin ist, sondern eine ins Krankhafte gesteigerte Variante der Persönlichkeitsentwicklung. Die Schizophrenen würden an den gleichen Schwierigkeiten zerbrechen, mit denen wir alle ein Leben lang zu ringen haben. An sich gesunde, aber auseinanderstrebende ererbte Anlagen würden es dem späteren Schizophrenen erschweren, seiner Umwelt ein einheitliches Ich entgegenzusetzen“. Bleuler möchte die Schizophrenie nicht als eine Störung, die dem menschlichen Leben fremd ist, sehen, sondern als eine Form der Lebensführung und daher innerhalb des Menschseins angesiedelt und zu ihm gehörend. Diese Zuordnung der Schizophrenie als eine spezifische Ausgestaltung von Themen, die alle Men-

### 1. Schizophrenie und Normalität

Wer über Schizophrenie hört oder sich mit ihr zu beschäftigen beginnt, hat in der Regel rasch das Gefühl, daß es sich dabei um ein gänzlich fremdes Erleben und Leiden handelt. Das unterscheidet die Schizophrenie auf den ersten Blick von den Neurosen. Dieses Leiden und die Problematik der Neurosen sind für den Gesunden gut nachvollziehbar. Dagegen führt der Kontakt mit schizophrenen Menschen spontan zu einem so starken Fremdheitsgefühl, daß der Anfänger meinen könnte, ein Verständnis dieses Krankheitsbildes bliebe dem Gesunden gänzlich verschlossen, weil er das Erleben des Schizophrenen auch nicht im Ansatz in sich finden könne. Dies führt dazu, daß der

schen beschäftigen, ist wesentlich für Praxis und Theorie. Ich möchte in dieser Arbeit eben dies aufzeigen und die Themen zu bestimmen versuchen, um die es in der existentiellen Dimension der Schizophrenie - nämlich in der gelebten Auseinandersetzung mit sich und der Welt - geht.

Die *Hauptsymptome* der Schizophrenie (vgl. Bleuler 1975, Berner 1977, Arieti 1985, ICD 10) beziehen sich auf Störungen des Denkens (inhaltlich wie z.B. Wahn, formal wie z.B. Verschmelzung, Entgleisung, Sperrung), der affektiv-vegetativen Dynamik (Plus- und Minussymptomatik) und des Ich-Erlebens (Depersonalisation, Verlust der Ich-Grenzen). Scharfetter (1990) sieht in der *Hypotonie des (Ich-)Bewußtseins* das Hauptsymptom der Schizophrenie. Er beschreibt Störungen der Ich-Vitalität, der Ich-Kreativität, der Ich-Konsistenz, der Ich-Demarkation und der Ich-Identität. Auch Frankl (1982, 309 ff.) sieht - im Gefolge von Berze - in der Insuffizienz der psychischen Aktivität mit dem Hauptsymptom der „Hypotonie des Bewußtseins“ das Wesen der Schizophrenie. Dadurch erlebe sich der Mensch als Objekt und als Passivum.

## 2. Schilderung des Beginns schizophrener Krankheit

Für jene, denen das Bild der Schizophrenie nicht sehr vertraut ist, möchte ich zwei knappe Selbstschilderungen über den Beginn der Schizophrenie geben.

Am Beginn der Erkrankung stehen Veränderungen im Erleben der Welt und von sich selbst, die sich der Kranke nicht erklären kann. Einen ganz schlichten Bericht darüber schrieb Frau Leete (1987), die heute in Denver, Colorado, lebt und nach ihrer Genesung eine Patientenselbsthilfegruppe für Schizophrenie gegründet hat und seither leitet.

Im letzten Jahr am Gymnasium begann es mit Persönlichkeitsveränderungen, deren Bedeutung ich anfänglich nicht begriff. Ich glaube auch, daß sie die anderen nicht bemerkten, aber im Rückblick scheinen sie mir die ersten Anzeichen meiner Erkrankung zu sein. Ich wurde zunehmend teilnahmslos und zurückgezogen. Ich fühlte mich entfremdet und einsam und haßte alle Leute. Es schien mir, als wäre zwischen mir und der übrigen Welt eine riesige Kluft. Ich sah ohne innere Anteilnahme, wie meine zwei jüngeren Schwestern erwachsen wurden, einen Freundeskreis hatten, sich unterhielten und sich auf ihr künftiges Leben vorbereiteten, während ich in einer vollkommen anderen Welt lebte. Nur zögernd verließ ich das Elternhaus, um ein College zu besuchen. Ich war für ein Leben unter Fremden ganz ungeeignet. Ich sonderte mich ab und fand keine Freunde. Nach einiger Zeit hatte ich überhaupt keine Gesprächspartner mehr. Während der Vorlesungen beschäftigte ich mich mit Zeichnen im Stil von van Gogh und versuchte Gedichte zu schreiben. Ich vergaß aufs Essen und legte mich in meinen Kleidern zu Bett. Selbst an so normale Dinge wie mich zu duschen, dachte ich nur selten. Gegen Ende des ersten Semesters hatte ich meine erste psychotische Episode. Ich verstand nicht, was los war und erlebte fürchterliche Angst. Zum ersten Mal begann ich Stimmen zu hören, und dieses Erlebnis stiftete in mir Verwirrung und Verstörung. Die Realität, wie sie die anderen

Menschen kennen, wurde von nun ab für mich durch eine Vielzahl von eigenen Realitäten ersetzt.

Ein 35jähriger Patient, von dem weiter unten noch die Rede sein wird, schildert einige Jahre nach dem Ausbruch seiner schizophrenen Erkrankung den Beginn so:

Wie ich ins Spital gekommen bin, weiß ich. Ich hatte bei der Firma gekündigt und war nur noch zu Hause. Zu Hause hatte ich das Gefühl, daß ich keinen Raum hatte. Ich kann es schwer sagen, was es war. Ich weiß nicht, wie ich es sagen soll (er beginnt zu stottern). Ich habe mich in der Wohnung nicht so niederlassen können. Vorher, als ich noch gearbeitet hatte, war die Struktur der Arbeit ein Rahmen, in dem das gemeinsame Leben mit meiner Freundin abgelaufen ist, und dieser Rahmen ist dann weggefallen. Dann war nur noch das Private da, eigentlich. Da habe ich keine Bereitschaft gehabt, daß ich mich da hätte einlassen können, rein in der Beziehung zu leben. Ich wußte dann nicht mehr, wem ich etwas geben könnte mit meinem Leben. Wodurch ich eine Berechtigung hätte. In diesem Zustand verließ er immer häufiger die Wohnung, setzte sich irgendwo in der Stadt hin und fixierte einen Punkt in sich, vergaß das Essen, nahm an Gewicht ab und wurde schließlich in seinem Verhalten so auffällig, daß er von den Angehörigen in die Psychiatrie gebracht wurde.

## 3. Phänomenologische Beschreibung des schizophrenen Erlebens

Üblicherweise werden die Symptome der Schizophrenie in den Lehrbüchern und den Diagnoseinventaren naturwissenschaftlich-objektivierend beschrieben und aufgezählt. Hier soll ein anderer Zugang versucht werden. Wenn wir eine phänomenologische Annäherung an die Krankheit wählen, so ist die distanzierende Betrachtung der Naturwissenschaft aufzugeben und die Subjekt-Objekt-Spaltung zu überwinden. Phänomenologie verlangt eine subjektive Hingabe an den Anschauungsgehalt der Dinge (Scheler), mit denen man für die Dauer der Schau eins wird. Ohne alle möglichen Stufen phänomenologischer Wesensschau hier durchlaufen zu wollen, beschränken wir uns auf das einfachste und doch zentrale Mittel der Phänomenologie, das Sich-frei-Machen für das eigene Erleben. Durch das Einfühlen in das Geschehen der Schizophrenie versuchen wir ihrem Thema näher zu kommen und ein tieferes Verständnis zu entwickeln. Wir bemühen uns zu diesem Zwecke um die in der Schizophrenie wesentlichen Phänomene, die sich im Denken, in Weltbezug bzw. Körperempfindungen und in den Gefühlen zeigen.

Versetzen wir uns einmal in das, was dem schizophrenen Menschen im *Denken* passiert. Denke ich zum Beispiel daran, was ich morgen machen werde, so erlebe ich nun in der Schizophrenie dieses Denken nicht so, wie ich es gewohnt bin. Die Gedanken beginnen plötzlich „laut“ in mir zu werden, beginnen wie Stimmen in mir zu sprechen. Ein fremdartiges Erleben der Welt und meiner selbst stellt sich ein. Die Gedanken klingen wie ein Echo in mir. Ich lese diesen Text und es ist, als ob das, was ich gerade lese,

gleichzeitig mit einer fremden Stimme in mir zu mir spräche. Die Assoziationen lockern sich, ungezügelt fallen Einfälle auf mich ein, lassen sich nicht mehr denken, beginnen selbst zu denken, denken mich, besetzen mich, bestürmen mich, verzetteln mich, blockieren mich, reißen meine Aufmerksamkeit da und dort hin, bringen sie in Zusammenhänge, die ich nicht mehr verstehe, bringen mich an Orte der Erinnerung, der Phantasie, der Befürchtung, der Alogik, der Utopie, die in keinem erkennbaren Zusammenhang mehr stehen mit dem Inhalt, den ich denken will. Die Begriffe verlieren ihre Bedeutung, erhalten neue Inhalte, wechseln, verschieben sich, fehlen plötzlich. Wichtiges wird von Unwichtigem nicht mehr trennbar, die Ordnung und Hierarchie, das Vorher und Nachher geht durcheinander, ist verwirbelt wie durch einen Sturm, der in die Blätter fährt. Wie *wird* mir in diesem Geschehen? Fremdheit beschleicht mich. Es wirft mir die Frage auf, wo ich zu Hause bin? In meinem eigenen Kopf geht es durcheinander, und es geht nicht mehr zusammen, was ich bisher als ganz Eigenes erlebt habe: meine Gedanken - sie sind nicht mehr die meinen. Sie zerfallen. Sie lösen sich auf. Sie verlieren Zusammenhang und Zusammenhalt. - Aber noch zweifle ich. Vielleicht sind es doch noch *meine* Gedanken, bin *ich* es, der so denkt, der so durcheinander ist?

Angst kommt auf. Ich spüre, wie ich mich zu verlieren beginne. In die Fremde bin ich geraten - ich? Wer ist ich?

Wo bin ich hingekommen? - Wo bin ich?

Gleichzeitig mit den Denkstörungen bildet die *Wahrnehmung* die Welt nicht mehr so ab, wie ich sie kenne. Die Distanzen verändern sich, Nahes wird fern, Fernes ist ganz nahe, manchmal sogar in mir. Die Häuserfluchten schwanken, die Wände wanken, fallen, der Boden wölbt sich, die Perspektiven verschieben sich. Ich sehe plötzlich Dinge, die ich nicht greifen kann, ich fühle Gegenstände, die ich nicht sehe, ich höre Stimmen und Geräusche, aber niemand ist da. Das Vertraute wird mir eigenartig, bizarr, noch nie Gesehenes erscheint mir bekannt und vertraut. Die Gesichter zerfallen. Während des Gesprächs verändert es sich, und ich schaue unvermutet in einen halb verwesenen Totenkopf. Seine Stimme klingt blechern, sie durchbohrt und durchdringt mich bis ins Mark... - Woran kann ich mich halten? Was hat noch Bestand? Alles löst sich auf in seinen Strukturen, verschiebt sich, wird gestaucht, gedehnt, verzogen, verzerrt. Die Welt wird bedrohlich, feindlich, tritt unkontrolliert ein in mich oder entzieht sich mir nach nicht durchschaubaren Regeln.

Unheimlich wird mir in dieser Welt, in der fremde Mächte walten. Nichts ist mehr eindeutig, klar, verlässlich. Alles schwimmt, ist unbeständig, nichts gibt Halt und Orientierung. - Was ist noch real? Sind Realitäten überhaupt erkennbar? - Woran?

Nicht viel anders geht es mir mit meinem *Körper*. Jetzt verändert sich so viel in ihm: die Verdauung, der Schlaf,

die Ermüdbarkeit, die Herzwahrnehmung; ich habe plötzlich Gefühle, als ob mich jemand berühren würde, oder mir schaden wollte. Die Glieder werden taub, steif. Dann wieder ist mir, als ob ein Arm fehlte, oder die Füße mir nicht mehr gehörten; ein andermal verspüre ich Messerstiche oder es ist, als ob jemand mit einer Stecknadel meinen Körper durchsticht. Ich fühle mich zu dick oder zu dünn, die Körperzusammenhänge und die Selbstkontrolle verlieren ihre Kohärenz, Herzrasen tritt auf, Brechreiz, Atemnot, rasche Erschöpfbarkeit.

Ich kenne mich bei mir nicht mehr aus. Auch auf den Körper kann ich mich nun nicht mehr verlassen - was geschieht mir nur? Wohin führt das? Was hat noch Bestand, was hält mich? Ist der Körper noch mein? Bin ich noch in diesem Körper? - Wo bin ich?

Ich möchte mich zurückziehen. Welt, Körper, Denken sind mir fremd geworden. Wohin nur kann ich mich zurückziehen? Können es die Gefühle sein? - Doch da lauert schon die Angst. Die Gefühle sind mir unheimlich. Ich bemerke, wie sie sich verändern. Sie werden impulsiv oder erkalten, stumpfen ab, verlieren ihren Glanz und ihre Intensität. Manchmal gehen sie ganz verloren, stellen sich bei schwierigsten Situationen nicht ein. Es ist dann, als ob ich ohne Körper wäre: Ich sehe, was los ist, aber es gibt kein Erleben in mir. Manchmal empfinde ich positive und negative Gefühle gleichzeitig. Die Menschen, mit denen ich mich verbunden fühlte, stehen nicht mehr zu mir. Die Liebe verliert ihre Bedeutung, ist ohne Kraft. Es herrscht Unsicherheit, Angst, Bedrohtsein in mir. All das, was ich erlebe, ist unbeschreiblich, ist noch viel schrecklicher als ich sagen kann. Es wirft mich aus der Welt, es ist reines Entsetzen, anhaltender Schrecken ohne Ende. Nichts ist mehr wirklich faßlich, überall sitzt die Bedrohung, unsichtbar und diffus. Ich bin, aber ohne ein Gegenüber. Das Bedrohliche läßt sich nicht orten, nicht festmachen an einem Ort, denn diese Bedrohung sitzt überall. Und überall, wo ich mit Entsetzen hinschaue, finde ich - nichts. Ich werde wahnsinnig bei dem Erleben, Bedrohung überall zu spüren und sie nirgends zu finden. Diese Angst hat keinen Ort, sie ist nicht faßbar, sie ist ein See in mir und außer mir, ich bin in ihm und er ist in mir - ich bin wie aufgelöst in ihm. Mein Gefühl ist diffuse Haltlosigkeit ohne faßbare Struktur. Nicht einmal meine innersten Gefühle bieten mir noch Schutz, geben mir einen Rückhalt. Eigentlich gibt es mich bereits nicht mehr, es gibt nur noch Entsetzen und einen riesigen See aus Angst.

Mein Leben ist eine einzige Frage: *Wo bin ich?* Wo kann ich sein? Wo kann ich hingehen? - Es gibt keinen geschützten Ort mehr für mich, außen nicht und auch nicht innen. Ich bin ausgesetzt in einer existentiellen Unbehaustheit. Nirgends finde ich Ruhe, nirgends kann ich rasten. Was immer ich tue - kein Schutz. Wo immer ich hingehe - kein Entkommen. Suche ich mich in mir - finde ich mich nicht. Suche ich mich außen, verliere ich mich. Fern bin ich mir, bin nur noch Angst, Angst, Angst - ich kann sie nicht fassen, ich fasse nichts mehr, ich greife ins Leere, nichts hängt mit mir zusammen, nichts hält mich zusammen---

#### 4. Die Auflösung des Zusammenhalts

Der nichtschizophrene, gesunde Mensch steht in einem gewohnten Alltag. Sein Blick ist auf die Qualität und Brauchbarkeit des Vorhandenen gerichtet. Die Tiefenschärfe dieses Blicks konturiert die Dinge deutlich in ihrem Zusammenhang und in ihrer Bedeutung für das eigene Leben und Weiterkommen. Der gesunde Mensch hat keinen Zweifel an der wahrgenommenen Realität, nimmt sie als sicher, gegeben und wahr an und richtet sein Leben und Handeln danach aus: „Und dieses heißt Hund und jenes heißt Haus, und hier ist der Beginn, und das Ende ist dort“ (Rilke). Er erlebt sich in einer natürlichen Selbstverständlichkeit (Blankenburg 1971) eingebunden an einem welthaften Ort, an dem er ist und der sein Dasein bedingt und ihn bestätigt. Alle Sinneskanäle, das Körpergefühl, Affekte und Emotionen, das Denken und Erleben geben gleichsinnig Rückmeldung: „Du bist da, und das ist deine Welt.“

In der Schizophrenie ist die Tiefenschärfe der Wahrnehmung hinter die Bühne des Alltags eingestellt. Der Schizophrene schaut nicht auf Qualität und Nützlichkeit der Dinge, sondern auf ihr Gegebensein. Ihn interessiert die Tatsächlichkeit ihres *Vorhandenseins*, und wie sie zusammenhängt und was sie zusammenhält. Er ist existentiell - mehr oder weniger bewußt - mit der philosophischen Frage beschäftigt, *worin das Sein gründet*. Bei dieser Einstellung der Tiefenschärfe, die sich auf das Grundsätzliche richtet, wird das tägliche Geschehen unscharf und verschwommen, während andererseits der in das Dunkel hinter der Bühne gerichtete Blick die Gegenstände in ihrer Alltäglichkeit nicht mehr zu Fassen bekommt. Er greift ins Leere, etabliert das Nichts inmitten des Seins, dem er unentwegt entgegenstarrt und von dem er den Blick wie magisch gebannt nicht lösen kann. Das wirft die Frage des Seins auf ihn selbst zurück.

Was immer er erlebt, es stellt den Schizophrenen vor die Frage: Wo bin ich? Die Frage bricht sich mehrfach und enthält einige Bedeutungen:

Wo ist mein Ich? -

Bin ich noch? -

Wo finde ich mich? -

Was kann mir ein Ort sein, an dem ich mich einfinden kann?

Begleitet ist das Erleben von einer alles durchdringenden Angst, der der Schizophrene nichts mehr entgegenzusetzen hat: Er ist selbst ganz Angst, weil es keinen äußeren oder inneren Ort mehr gibt, wohin er sich von ihr zurückziehen könnte.

Das *Dasein in der Ortlosigkeit* ist ein Sein, das nirgends ist. Das, worauf sich Existenz gründet - das „Da“, das Gegebensein, das Gegenüber, das Tragende des Orts, an dem man steht (lokal, temporär, biographisch), löst sich auf. Das Dasein gerät aus dem Gefüge. Es ist, als ob die intermolekularen Kräfte und Strukturen, die die Welt und

das Ich zusammenhalten, aufhörten zu sein. Alles erscheint lose verbunden, verliert seine Festigkeit. Dadurch geht die Erfahrung des Zusammenhaltes der existentiellen Grundlagen verloren. Denken, Welt, Körpererleben, Gefühle haben wohl noch *Zusammenhänge* in sich und unter sich, auch wenn sie dem Schizophrenen nicht mehr verständlich sind und willkürlichen Charakter annehmen. Das entscheidende Erleben dieser Auflösung der „verzahnten“ Kohärenz in nur noch lose und beliebige Zusammenhänge ist der Umstand, daß damit die Festigkeit der erlebbaren Wirklichkeit schwindet. Die Gesetzmäßigkeit der Dinge, aber auch des eigenen Seins, löst sich auf. Wohl finden sich noch Zusammenhänge - aber der *Zusammenhalt* ist abhanden gekommen. Das Dasein ist ins Nichts gebaut.

So erfährt der Schizophrene inmitten des Daseins das Nichts, das Nichtsein, den Tod, dem er wehrlos ausgesetzt ist. Nirgends kann er diesen Feind des Daseins treffen. Er kann ihn nicht fassen, weil er überall und nirgends ist (vgl. Heidegger 1979, 186), und könnte er ihn fassen, hätte er selbst keinen festen Untergrund, von dem aus er ihn bekämpfen könnte oder auf den er sich zumindest zurückziehen könnte.

So geht dem Schizophrenen neben der tragenden Struktur des Ortes, auf den er sein Dasein gründen könnte, auch sein Ich verloren. Mit ihm verliert er den „inneren Ort“, das, was die Existenz trägt. Seine Existenz fällt durch die äußere und innere Ortlosigkeit ins Nichts: Sie ist ohne Gegenüber, hat keine verlässliche Wahrnehmung und kein konstantes Denken. So kann das Ich kein Identitäts - Gefühl („ich bin ich“) aufbauen oder halten, weil es kein „ich bin da“ mehr hat. Die Ich-Grenze ist nicht mehr zu halten („wie weit geht mein Ich - wie weit dringt die Welt in mich ein?“), die Evidenz des Gegebenen geht verloren und mit ihr die Selbstverständlichkeit des Weltbezugs und des Selbstbezugs. Ohne Halt in sich selbst fehlt der feste Standort, der das eigene Sein begründet. Ohne festen Standort gibt es auch keine Konstanz in der Wahrnehmung, und die Kohärenz der Beziehung zur Welt wird aufgelöst. So sehen wir, wie sich der Faden der Pathologie weiter spinnt. Seinen Ausgangspunkt nimmt er von der sich auflösenden Ortlosigkeit und Identität.

Der schizophrene Erlebensprozeß führt zum Verlust des Zusammenhalts der inneren und äußeren Wirklichkeit - zum Fall aus dem Sein in das *bodenlose Nichts* (was den Unterschied zum neurotischen Erleben ausmacht, das im Anblick der Abgründigkeit des Daseins doch noch einen Grund im Abgrund ahnen läßt und somit nicht in dieser Bodenlosigkeit und Ortlosigkeit empfunden wird). Diese abgründlose Erfahrung, in der es nichts mehr gibt, was zusammenhält, macht die Unerschütterbarkeit verständlich, die in den *Reaktionsbildungen* anzutreffen ist. So ist der *Wahn* durch eine unerschütterliche Gewißheit charakterisiert, und auch der *Autismus* von einem undurchbrechbaren, festen Schutz vor der Eindringlichkeit der Welt durch den Aufbau einer inneren Kohäsion geprägt. Die Bodenlosigkeit des empfundenen Nichtseins macht die Notwendigkeit einer Unerschütterbarkeit in der Gegenreaktion als einzi-



gen noch möglichen Zusammenhalt im Dasein notwendig.

## 5. Ein Fallbeispiel zur Entstehung des Autismus

Gegen das Gefühl der Auflösung kann nicht nur die Flucht in den Wahn helfen, sondern auch der Autismus. Der eingangs zitierte Patient schildert seinen Umgang mit der beginnenden Psychose einige Jahre später so:

P: Ich bin aus der Wohnung gegangen, habe mich irgendwo hingeworfen und habe einen Punkt fixiert. Ich habe einen Ausweg gesucht *in mir*, nicht außer mir. Ich habe darum nichts mehr gegessen, habe an Gewicht verloren. Ich mußte es in mir suchen, weil außerhalb von mir würde alles, was ich finde, außerhalb von mir sein. Ich bin gar nicht auf die Idee gekommen, außerhalb von mir zu suchen. Ich würde heute meinen, daß ich es überdeckt habe, daß ich gefühlsmäßig keine Beziehung zur Freundin gehabt habe.

Th: War das das Problem?

P: Eigentlich war es das: Wenn ich etwas gekocht habe, habe ich das Gefühl bekommen: Ich habe da keine Berechtigung, das darf ich nicht. Ich habe das Gefühl gehabt: Ich kann zwar mit meiner Freundin leben, aber nicht als eigenständige Person, nicht als ihr Begleiter. (.....) Wenn ich etwas essen wollte, kam sofort das Gefühl: Nein, ich darf das nicht. Wenn ich gegessen habe, mußte ich immer schnell essen, weil ich Angst hatte, gleich kommt wieder der Gedanke. (.....) Ich hatte mehrere Ausbruchversuche aus der Beziehung gemacht. Sie sind immer gescheitert, weil ich die Initiative nicht ergriffen habe, eine eigene Wohnung zu suchen. Da erkannte ich: Es gibt für mich keine Möglichkeit, außerhalb etwas zu suchen. Also wußte ich, da muß ich durch. Ich muß innen durch, weil ich es nicht schaffe, eine Wohnung zu mieten.

Der Patient hat den Ausweg in sich selbst gesucht, weil er in der realen Welt scheiterte und ihr nicht mehr vertrauen konnte. Diese Abkehr und Einkehr in sich selbst ist der Beginn der autistischen Entwicklung, die die Situation erträglicher und aushaltbarer macht, aber wahrscheinlich für einige Zeit auch tiefer in die Krankheit hineinführt. Dennoch ist daraus zu sehen, daß der Autismus die Person vor weiteren Zerfallserscheinungen und Auflösungen noch eine zeitlang zu schützen vermag.\*) Der Patient wußte auch noch, warum er den Weg in sich selbst zu suchen begann: er fand keine Chance, in der äußeren Welt zum Ziele zu kommen.

Besonders die Beziehung zur Freundin machte ihm zu schaffen, weil er sie in der Schizophrenie als zu dicht empfand. Er erzählte, daß er plötzlich das Gefühl hatte, verheiratet zu sein, obwohl die Hochzeit nicht stattgefunden hat, was ihn sehr verwirrte. Auch andere Zwänge und Vorstellungen brachen auf ihn herein. Die Welt wurde schließlich so komplex, daß sie drohte auseinander zu bersten. Interessant ist auch, welches Erleben die Schilderung des Patienten bei mir als Zuhörer auslöste. Ich bekam das Gefühl, daß die Welt immer riesiger würde und schließlich nicht mehr zu fassen war. Alles ging in der Fassungslosigkeit auseinander - wie umgekehrt durch einen Trichter gestoßen fiel ich aus der Dichte des Spundes in die Weite einer zusammenhanglosen Wirklichkeit.

Noch nicht in der Psychose angesiedelt, doch ihr schon nahe, ist die Erstarrung, die durch *erschütternde Ereignisse* einsetzt. Z.B. kann eine unerwartete Kündigung oder der plötzliche und unerwartete Tod eines wichtigen Menschen das Gefühl erwecken, daß „alles aus ist“. Es ist, als ob der psychische Tod bei lebendigem Leibe einsetzen würde. Die Welt scheint um einen herum zu versinken, man selbst ist wie nicht mehr da. Was in solchen Stunden in der Wahrnehmung noch vorhanden ist, sind eigenartigerweise Kleindetails wie das Muster des Stoffes vom Sofa, auf dem der Betroffene stundenlang saß und hinstarrte. Die Fixierung eines Details ist wie das Suchen nach jenem Stoff (Leim, Kitt), der die Welt zusammenhält. Wenn die Welt in den kleinsten Strukturen stabil und kohärent bleibt, dann kann der Betroffene wieder etwas Ruhe und Stabilität gewinnen. Solche Kleindetails, die sich dem Gedächtnis unvergeßlich einprägen, geben etwas Halt, weil sie den Zusammenhalt der Welt in ihrem Ursprung bzw. in der kleinsten, beobachtbaren Strukturgröße vermitteln.

## 6. Was führt zum Verlust der Kohärenz?

Der Verlust der welthaften Ortseinbindung führt, wie oben beschrieben, zur Erfahrung der Auflösung des Zusammenhaltes der Welt. Diese Erfahrung erstreckt sich auch auf das eigene Sein - auf den Körper, die Psyche, das Denken, das Wollen, die Identität (vgl. die Grundsymptome nach Bleuler 1975, 399 ff.). Der Schizophrene verliert damit auch den inneren Boden und fällt in ein bodenloses Nichts. Damit verbunden ist eine chaotische, ungerichtete Angst. Er erlebt eine alles erfassende Auflösung.

---

\*) Ciompi (1988, 55) schreibt zum Autismus folgende „Werknotiz“:

Zum sogenannten „Autismus“ der Schizophrenen: Warum nehmen chronisch Schizophrene so wenig Information auf; warum ist es so schwierig, mit ihnen „Kontakt aufzunehmen“? - Weil sie es gelernt haben, sich affektiv abzuschirmen! Sie lassen sich - offenbar als Überkompensation ihrer ursprünglich so großen emotionalen Ansprechbarkeit - affektiv nicht mehr „berühren“, „bestimmen“. Deshalb gelangt schließlich fast keine „Information“ im affektologischen Sinn (= etwas zugleich Kognitives und Affektives) mehr von außen zu ihnen. Sie beschaffen sie sich dann selber, aus inneren Mitteln: Wahn, Halluzinationen, übertriebene Körpermaßempfindungen etc.!

Die damit einhergehenden überwältigenden Gefühle von Angst sind nicht zu ertragen. Das Fühlen kann nicht mehr ungefiltert erlebt werden. Es wird ausgeblendet, abgeschwächt, ignoriert, so gut es geht, denn es bedroht die Integrität von innen heraus.

Gefühle haben eine Vermittlerrolle zwischen der Person und ihrer (Innen- und Außen-)Welt. Sie ermöglichen Beziehung und schaffen eine unmittelbare Präsenz des Gegebenen. Dadurch stellen sie den inneren Boden des Zusammenhaltes dar. Gefühle sind gleichsam der Kitt, der den Zusammenhalt im Erleben schafft.

Den Verlust der emotionalen Spontanpräsenz der Dinge versucht der Schizophrene mit kognitiven Leistungen zu kompensieren. Die Patienten handeln somit aus einer Rationalität heraus, die keine emotionale Basis mehr hat. Die Folge davon ist, daß ihnen das Gefühl dafür verloren geht, ob sie es selbst sind, die etwas wollen oder etwas tun, oder ob es sich um eine von außen kommende Macht handelt, die über sie verfügt und an der sie nicht teilhaben. Einfache Entscheidungen sind ihnen verwehrt. „Mag ich oder mag ich nicht“ - diese Frage stellt sie vor ein Rätsel. Sie können nicht mehr spüren, was ihnen lieb ist. „Mag ich Radio hören oder Ruhe haben? - Ich spüre es nicht. Bei mir ist das so, daß ich alles kopfmäßig mache“, beschreibt der Patient sein Erleben. Hingegen würden ihn Ansprüche und „die Vernunft“ wie Zwänge überfallen. Wenn er in einen Schub gerät, gehen ihm die Gefühle noch mehr verloren; sogar die Gefühle zur Freundin kommen ihm abhanden. Er weiß dann nicht mehr, ob er sie liebt. Er kann aber „nur sehr schwer sagen“, was ihm in der Beziehung fehlt. Da ihm die Emotion verschlossen bleibt, hilft er sich mit der Reflexion. Er *denkt* sich dann aus, was ihm in der Beziehung fehlt, so daß er sich nicht vertraut fühlt. Er kommt dann zum Ergebnis, daß er und seine Freundin zu unterschiedlich seien. Sie sei gefühlsbetont. Was sie aber verbinde, sei, daß sie ähnliche Gedanken hätten. Eine definitive Verbindung z.B. in Form einer Ehe kann er aber nicht eingehen, denn ähnliche Gedanken zu haben genüge nicht für ein fixe Verbindung. Obwohl er die Beziehung zwischen den psychotischen Instabilitäten als gut und problemlos erlebt, gelang es ihm durch Jahre hindurch nicht, über seine Gefühle und sein Problem mit der Freundin zu sprechen. Gefühle waren ein zu heißes Thema, als daß er sie hätte ansprechen können. So blieben die Zweifel über die Beziehung aus dem psychotischen Erleben und er sah die Beziehung jahrelang nur als Provisorium an (was die Freundin nicht wußte). Er aber verpaßte wieder eine Chance, Zusammenhalt zu erleben.

Durch die Ausblendung des emotionalen Erlebens blieben die Gespräche mit der Freundin von seiner Seite aus ich-fern. Sie berichteten sich Geschehnisse aus dem Alltag und Äußerlichkeiten, etwa Erlebnisse in der U-Bahn. „Über Dinge, die uns bewegen und die wir zur Seite ge-

schoben haben, sprechen wir nie.“ Er läßt sie an seinem Leben nicht Anteil nehmen, kann sie aus Angst vor den Gefühlen nicht Anteil nehmen lassen. Er bespricht z.B. nie mit ihr, was er vorhat. Im Grunde lebt er von ihrem Leben. „Ich von mir kann wenig reinbringen in die Beziehung, kann nur mitleben, kann nur partizipieren.“

## 7. Störbarkeit der Gedankenkohärenz durch die Gefühle

Die Vulnerabilität des Erlebens und die Störbarkeit des Denkens wird (zumindest oft) durch die Kraft der Gefühle verursacht. Der damit zusammenhängende Verlust des Kohärenzgefühles wird bei Sperrungen und Gedankenableitungen unmittelbar sichtbar. Wenn der schizophrene Patient über etwas sprechen will, das ihn emotional bewegt, hat er regelmäßig Störungen des Denken.

Der genannte Patient bekam Sperrungen und verfehlte das Denkziel, als z.B. seine Großmutter, an der er sehr hing, schwer erkrankte. Er arrangierte eine zusätzliche Psychotherapiestunde, in der er beiläufig davon erzählte, daß die Großmutter krank sei. Auf die Frage in der nächsten Stunde, warum er die Krankheit der Oma letztes Mal erwähnt hatte, versackte das Denken und die Sprache erneut. Beides war in dieser Stunde bis dahin wieder flüssig gewesen. Solange es um ein emotional belastendes Thema geht, kann er nur in Satz-Ansätzen sprechen und verfehlt regelmäßig das Denkziel. Als ich dann nach einigen Minuten sagte, was ich zu verstehen wähnte: „Ich dachte, Sie mögen sie sehr, und jetzt ist die Großmutter in Gefahr, daß sie die Krankheit nicht überlebt, und deshalb wollten Sie darüber sprechen, weil Sie das belastete“, antwortete er prompt: „Stimmt genau. Aber ich hätte das nicht sagen können.“ In der Reflexion darüber, die ab diesem Moment wieder fließend ging, meinte er, daß es ihm immer wieder so gehe, wenn er über etwas nachdenke oder spreche, das auf Gefühle Bezug nehme, die er sich nicht ganz eingestehen wolle. In diesem Falle wollte er sich nicht bewußt machen, wie sehr er an der Großmutter hing (wegen des möglichen Verlustes) und wie sehr er Angst hatte, sie zu verlieren. Die Blockaden oder Sperrungen passieren ihm auch, wenn er zu plötzlich durch eine Anfrage oder durch eine Bemerkung in ein Thema gestoßen wird.

Man könnte dies auch als eine *Gefühlsvulnerabilität* bezeichnen, die darin besteht, daß er sich vor Gefühlen nicht schützen kann wie ein Gesunder (durch Verarbeitung, durch tragen können oder Abwehr- und Verdrängungsmechanismen). Die Gefühle drängen sich ungewollt und nicht eingestanden herein und stellen sich gleichsam zwischen das Ich und den Denkinhalt, was zu Sperrungen führt oder zum Abgleiten des Denkens auf Nebengeleise.

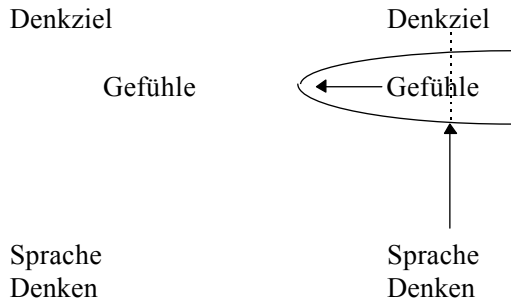


Abb. 1:  
Darstellung des Vorgangs  
des Gedankenabgleitens  
(Verfehlen des Denkziels)  
durch sich einschiebende  
Gefühle

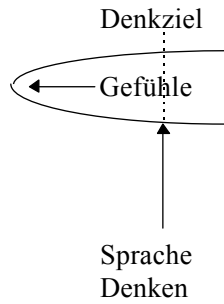


Abb. 2:  
Darstellung des Vorgangs  
der Sperrung  
(Gedankenabbrechen)  
durch sich weit vorschie-  
bende Gefühle

So zerfällt durch das Einfahren der Gefühle die *Kohärenz* der Gedanken und des Erlebens. Er erlebt dieses Geschehen subjektiv so, als ob das „Gefühl den Verstand ausschaltet“ und er dadurch zu Handlungen getrieben würde, die ihn erschrecken, ihm fremd waren und ihm die Gefühle suspekt machten, so daß er diese erneut ablehnte und fürchtete. Wenn der Patient am Beginn eines Schubes von seiner Freundin wieder wegziehen wollte, so gelang ihm das nicht, wie oben erwähnt, weil er die Initiative nicht aufbrachte, eine Wohnung zu suchen. Das Scheitern an der Realität war begleitet von durchaus realistischen Gedanken. Um eine Wohnung zu finden, müsse man mit einem halben Jahr rechnen, sagte er sich. Diese Überlegung führte ihn aber dazu, nicht mehr über Wohnungssuche nachzudenken, sondern sein Motiv in Frage zu stellen. Er beginnt also darüber nachzudenken, was ihn an der Freundin störe.

Er schildert sein weiteres Verhalten folgendermaßen:

„Ich fand, es war dann nichts, das ich gefunden hätte, was so schrecklich war, daß ich wegziehen hätte müssen. Dann aber hat sich der Verstand wieder ausgeschaltet und das Gefühl kam, und ich bin trotzdem in die Mietwohnzentrale und war bei jemandem, der hat mich dann nicht übernachten lassen.... Es war ein Druck da, entweder ich übernachtete auf der Parkbank oder ich gehe wieder zurück. Und das Gefühl, das mich von der Freundin weggetrieben hat, ist daraufhin wieder schwächer geworden, und ich bin unter dem Druck der Realität wieder zurückgegangen. Ich habe mich so stark von den Gefühlen leiten lassen! Es hat mich damals sehr beängstigt und verschreckt. Ein anderes Mal habe ich die Wohnung verlassen und im Laufe der Nacht gemerkt, daß das Gefühl, daß ich weg will, wieder nachgelassen hat. Es war so beängstigend, daß ich von dem Gefühl so abhängig war!“ Die Schilderung zeigt deutlich den Verlust der Kohärenz im Erleben und Verhalten und den verwirrenden Wechsel zwischen Kognition und Emotion, die in ihrem fehlenden Zusammenhang zu Gegenspielern wurden.

## 8. Das gestörte Erleben des Zusammenhalts als Drehscheibe zwischen Pathogenese und Symptombildung

Welche Ursachen auch immer zur Entstehung der Schizophrenie führen oder als Auslöser einen Beitrag leisten, sie vermögen dies nach dieser Theorie nur, sofern sie in die Störung des Erlebens des Zusammenhalts des Ichs und der Welt einmünden. Dies scheint das zentrale, tiefste Erleben in der Schizophrenie zu sein und die Auseinandersetzung mit dem Verlust des Gefühls von Zusammenhalt die existentielle Thematik der Krankheit zu bilden.

S  
Y  
M  
P  
T  
O  
M  
A  
T  
O  
L  
O  
G  
I  
E

P  
A  
T  
H  
O  
G  
E  
N  
E  
S  
E

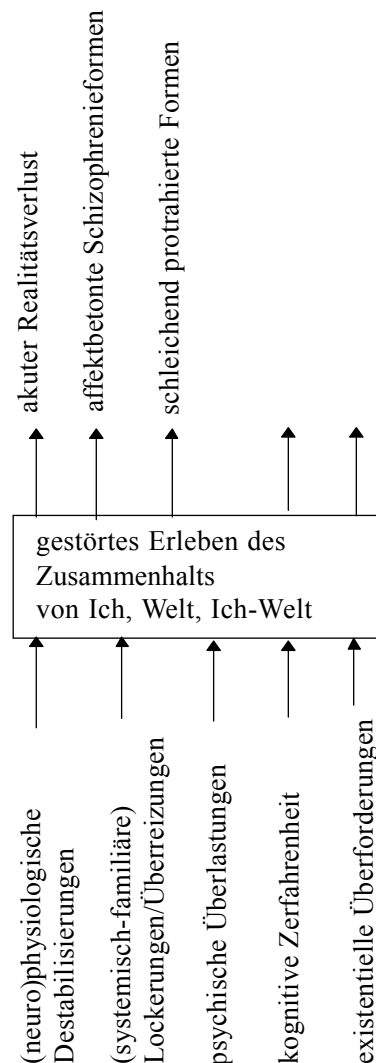


Abb. 3:  
Die Abbildung veranschaulicht die These, daß nur jene Ursachen oder Auslöser zur Entwicklung von schizophrenen Symptomen führen, die einen Beitrag zum Verlust des basalen Zusammenhalts-Erlebens liefern.

Auf der Symptomebene entwickeln sich auf der Basis des Verlusts des Zusammenhaltsgefühls die bekannten Formen der Schizophrenie. Das Modell kann allerdings keine Aussage darüber geben, welche symptomatischen Verläufe sich aus welchen Ursachenfeldern ergeben. Aber es gibt vielleicht eine Antwort auf Scharfetters Satz (1987, 33): „Das ‘Wesen’ (...) der schizophrenen Ich-Krankheit dürfen wir nicht mit den Symptomen, den sichtbar zu machenden Fragmenten (Symbolen!) gleichsetzen. (...) Das Wesen der schweren Ich-Krankheit wäre zu vermuten in dem, was die menschliche Person zu jenem temporären Ich, von dem wir bestimmte Funktionen nennen können, zusammenhält oder eher fragil macht“

## 9. Die existentiellen Fragen der schizophrenen Erkrankung

Die schizophrene Erkrankung stellt den Menschen vor drei fundamentale Fragen, die zur Bestimmung menschlicher Existenz gehören und dem Nichtschizophrenen in der ihnen innewohnenden bodenlosen Tiefe nicht geläufig sind: die Fragen nach Wirklichkeit, Dasein und Nichtsein.

a) Die spezifische Form der Auseinandersetzung mit dem In-der-Welt-Sein führt den Schizophrenen in die Unausweichlichkeit einer Frage, die in der Psychopathologie sonst nie diesen Stellenwert erhält: *Was ist Wirklichkeit?*

Ist es die Welt, der Traum, die Vorstellung, der Gedanke, das Gefühl, die Assoziation, die Stimmung, die Ahnung, die Befürchtung? Woran ist erkennbar, was Wirklichkeit ist? - Dieses Problem des Kriteriums der Wirklichkeit entsteht im Schizophrenen, weil ihm die Wirklichkeit nicht mehr konsistent, homogen, verlässlich, konstant, kohärent erscheint, sondern lose, erratisch, arbiträr, unverlässlich und dadurch bedrohlich, fremd, unerreichbar. Die Wirklichkeit erscheint als eine Macht, der man ausgeliefert ist, und der durch die Auflösung des eigenen Ichs nicht mehr begegnet werden kann. Jede Art von Wirklichkeit, ob subjektiv (z.B. Gedanken) oder von außen kommend (Realitäten), bricht in die als zuinnerst empfundene eigene, personale Wirklichkeit ein. Jene innerste Wirklichkeit, die noch tiefer als alles Denken liegt und im empfundenen und gefühlten Erleben zu sehen ist, wird durch diesen Einbruch gestört und der Betroffene in der Folge orientierungslos. Dadurch wird die Welt der Wirklichkeiten schwer erträglich, und der Schizophrene kann sich in ihr nicht mehr zurechtfinden.

b) Eng verbunden mit der Frage nach der Wirklichkeit stellt sich dem Schizophrenen das Problem: *Was ist Dasein? - Bin ich wirklich?*

Durch den Einbruch der Wirklichkeit in das Ich und das

Überschwemmtwerden des Eigenen durch das Fremde löst sich das innerste Gefühl von Kohärenz auf. Eine Trennung zwischen Eigenem und Fremdem ist nicht mehr möglich. Die Emotionalität als Bindeglied zur Welt und als Humus des kreativen Denkens wird unter dem Einfluß des Fremden aufgelöst bzw. selbst als bedrohlich erlebt.

Ohne den inneren Bezug zu sich selbst kann das Ich seine Orientierung in räumlicher und zeitlicher Hinsicht nicht finden. So wie das Hier und das Dort sich zu vertauschen beginnen, so geht das Vorher und das Nachher ineinander über. Die Bezugspunkte gehen verloren. Wie das Auge nur mit sprunghaften („sakkadierenden“) Augenbewegungen zur Wahrnehmung gelangt, indem es die Punkte zueinander in Beziehung setzt, so findet die Person ihren Ort durch den ständigen Vergleich des Vorher und Nachher und des Innen und Außen, des Nahen und Fernen. Vielleicht läßt sich das Erleben des Schizophrenen vergleichen wie das Treiben auf einem Floß, das losgebunden ist und steuerlos den Kräften des Wassers ausgeliefert ist.

c) Als eine dritte Fundamentalbestimmung des menschlichen Daseins erfährt der Schizophrene den Tod. Das Besondere aber ist, *daß er den Tod als Lebender zu spüren bekommt*. - Was er erlebt, stellt ihn vor die Frage: *Lebe ich noch?* - Er erlebt sich wie tot und die Welt als nicht-existent. Die Auflösung geht soweit, daß das Nichts schon präsent ist. Er erlebt das Nicht-Sein im Sein zugleich. Der Schizophrene kämpft, um sich überhaupt eine Realität zu erhalten, um ein Restdasein zu spüren. Wenn der Mensch in der Angstneurose das Gefühl hat, daß er selbst zerstört wird, so bleibt ihm doch die Gewißheit, daß die Welt erhalten bleibt. Dies unterscheidet das Erleben zur Schizophrenie. Seine Angst ist, daß sich *alles* in nichts auflöst. Die Welt geht unter - und er mit. Er geht unter - und die Welt mit. Er erlebt Verwesung. Nichts ist mehr vertraut, bekannt, alles scheint verloren und das Gefühl ist, daß bald nichts mehr sei. In diesem Gefühl des Entschwindens löst sich alles auf. Das Nichts bricht in das Sein ein, durchlöchert es mehr und mehr. Es ist wie das Gefühl einer Eisscholle, die durchlöchert ist, bricht und am Rande abschmilzt.

So erscheint am Grunde des schizophrenen Erlebens die Auflockerung, das Abschmelzen, die Auflösung, das Auseinanderbrechen des Zusammenhalts, jener atomaren Strukturen und intermolekularen Kräfte, jener Bindungskräfte auf kleinster Ebene, die den Gegebenheiten ihre Festigkeit verleihen und dadurch Bedingung sind, damit der Boden des Daseins entsteht. Der Schizophrene steht nicht mehr vor der Suche nach Halt in einer festgefügt Welt, wie es beim Ängstlichen und Angstneurotischen der Fall ist. Die Angst hat ihn nicht nur erreicht, sondern längst schon überschwemmt und aufgelöst und dadurch ein viel größeres

Ausmaß und eine durchdringendere Intensität erreicht als in der Neurose. Der Schizophrene ist über die Haltlosigkeit längst schon verzweifelt. Er hat erkannt, daß es diesen Halt nirgends gibt. Er ist auf der Suche nach dem Grundsätzlichen, nach einem Gefüge, nach jenem Zusammenpassenden, das ineinandergreifen könnte und damit die Voraussetzung für Halt, Struktur und Vertrauen schafft.

## 10. Die Erlebniswelten im Verlust des Zusammenhaltes

Im Verlust des Zusammenhaltes fragt sich der Schizophrene: „Wie hängt das alles in sich und mit mir zusammen?“ Bezogen auf sich stellt es sich als existentielles Problem: „Wie gehen die Erlebnisse zusammen? - Wie bringe ich diese unterschiedlichen Erfahrungen zusammen, so daß Kohärenz und Konsistenz bleibt?“

Es stellen sich ihm diese Fragen in verschiedener Hinsicht, entsprechend den existentiellen Themen des vorigen Abschnittes: im Zusammenhang mit

- der Welt und den Dingen
- den Mitmenschen und familiären Bezügen
- sich selbst als Person mit Psyche und Körper.

Angesichts der *Welt* und der Dinge in ihr stellt sich die Frage nach den Gegebenheiten, der Wirklichkeit. Er erlebt, daß alles lose wird. Er bekommt quasi ein Gefühl wie von Elektronenwolken, die um Kerne schwirren, und zwischen ihnen und den Kernen werden die Distanzen immer größer. Sein Tätig-Werden in der Welt stellt ihn wieder vor die Frage, wie die Arbeitsabläufe zusammenhängen und ineinandergreifen, was den Besitz zusammenhält, was dem Geld sein Gefüge gibt. Er bemerkt den Verlust der Automatismen und leidet unter dem Stocken der natürlichen, spontanen Handlungsabläufe. Er erlebt, wie er sein Eigentum nicht zusammenhalten kann. Es wird verständlich, wenn er z.B. alles Geld in der Plastiktasche mit sich trägt, weil es nirgendwo mehr sicher ist.

Unter den *Mitmenschen* und in der Familie erlebt er, daß der Zusammenhalt sich auflöst. Er spürt, wenn dieser nie wirklich gegeben war. Er spürt die Tiefe mit großer Sensibilität, wenn unter der Fassade und Oberfläche vernichtende Ablehnung, Zerstörungswünsche oder raumnehmende Bedrängnis gegen ihn sind. Er spürt auch von sich her, daß er die Beziehungen zu seinen nächsten und liebsten Menschen nicht mehr halten kann, daß auch sie von der Auflösung bedroht sind. So wird es verständlich, daß Schizophrene manchmal erweiterte Selbstmorde verüben, in denen sie die Menschen, die ihnen am liebsten sind, „unverständlicherweise“ in den Tod mitnehmen - quasi ein letzter Versuch der Erhaltung eines Zusammenhaltes. Im Tod, in dem er sich schon fühlt, sind ihm die Beziehungen

sicher. Auch findet man oft, daß schizophrene Patienten einfach nur Nähe aufsuchen, sich z.B. mit starrem Blick neben einen Pfleger setzen, als ob sie dadurch suchten, was sich wieder fügen läßt.

Komplex sind die Störungen und die Auflösungerscheinungen im *Erleben an sich selber* und an der eigenen Psyche sowie am Körper. Einiges wurde eingangs phänomenologisch beschrieben. Die Anfangssymptome sind als Basisstörungen beschrieben (vgl. Huber 1966, Süllwold 1973), die sich in einer langen Liste von Einzelsymptomen ausprägen.

Das Vorherrschende im Erleben der Vorgänge an sich selbst ist der Charakter des Überraschenden, Fremdartigen, Unverständlichen und Unverlässlichen, das zur Angstüberflutung und zum Strukturverlust führt.

Als zentralen Vulnerabilitätsbereich ist weiter oben die Emotionalität beschrieben worden. Diese Auffassung wird auch durch die „Expressed-Emotion-Forschung“ (Brown et al. 1968) unterstützt, die eine besondere Verletzlichkeit der Schizophrenen durch starke Gefühlsäußerungen anderer Menschen belegte. Der Schizophrene hat viele ambivalente Gefühle, die er nicht zur Klärung bringt. Er fühlt sich ihnen machtlos ausgeliefert. Es stellt sich ihm die Frage, wie die Gefühle mit dem Erleben und mit den Gedanken zusammenhängen. Er erlebt das Problem, daß er die Gefühle nicht zäumen kann, daß er sie nicht zusammenhalten kann - und daß die Gefühle ihn nicht zusammenhalten, sondern zu sprengen drohen.

## 11. Abschließende Bemerkung

Diese Arbeit ist als Versuch zu verstehen, das tiefe Erleben in der Schizophrenie in seiner existentiellen Bedeutung auszuleuchten, verständlich und nachfühlbar zu machen. Dabei ging es um den Versuch, das zentrale, existentielle Thema des Leidens in der Schizophrenie ausfindig zu machen und zur Darstellung zu bringen. Das Ergebnis zeigt uns, daß der Schizophrene nicht an einer fremden, unverständlichen Erkrankung leidet, sondern daß ihm ein Grundthema menschlicher Existenz zum Problem geworden ist. Das Fremde daran ist nur die ungewöhnliche Tiefe und Grundsätzlichkeit, in die dieses Erleben reicht und wo daher die Auseinandersetzung geführt wird. Sie ist mit der „normalen“, alltäglichen Höhe der Daseinsbewältigung kaum noch oder nicht mehr vereinbar. Die notgedrungene Auseinandersetzung mit den Mikrostrukturen des Daseins macht die Schizophrenen weltfremd. Sie sind sozusagen die „Atomphysiker menschlicher Existenz“. -

Diese Arbeit möchte ein Beitrag dazu sein, das tiefe Leid des Schizophrenen besser zu verstehen und Respekt vor der Größe der Anstrengung gelebter Schizophrenie zu vermitteln.

## Literatur

- Arieti S. (1985) Schizophrenie. Ursachen, Verlauf, Therapie, Hilfen für Betroffene. München: Piper
- Berner P. (1977) Psychiatrische Systematik. Ein Lehrbuch. Bern: Huber
- Bleuler E. (1975) Lehrbuch für Psychiatrie. Berlin: Springer
- Blankenburg W. (1971) Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Stuttgart: Enke
- Brown G.W., Birley J.L.T. (1968) Crises and life changes and the onset of schizophrenia. *Journal of Health und Social Behaviour* 9, 203-214
- Ciampi L. (1988) Außenwelt - Innenwelt. Die Entstehung von Zeit, Raum und psychischen Strukturen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Frankl V.E. (1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke
- Heidegger M. (1979) Sein und Zeit. Tübingen: Niemeyer
- Hell D., Fischer-Gestefeld M. (1993) Schizophrenien. Verständnisgrundlagen und Orientierungshilfen. Berlin: Springer
- Huber G. (1966) Reine Defektsyndrome und Basisstadien endogener Psychosen. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 34, 409-426
- ICD 10 (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber
- Kriz J. (1996) Die (Ver-)Bannung des Chaos. Systemtheorie und Psychotherapie. Vortrag AKH Wien, August 1995
- Leete E. (1987) The Treatment of Schizophrenia: A Patient's Perspective. In: *Hospital and Community Psychiatry* 38, 5, 484-491. Deutsche Übersetzung: HPE 1987
- Scharfetter Ch. (1987) Definition, Abgrenzung, Geschichte. In: Kisker K.P., Lauter H., Meyer J.E., Müller C., Strömgen E. (Hrsg.) *Schizophrenien. Psychiatrie der Gegenwart* 4. Berlin: Springer, 1-38
- Scharfetter Ch. (1990) *Schizophrene Menschen*. München: Urban & Schwarzenberg
- Süllwold L. (1973) Kognitive Primärstörungen und die Differentialdiagnose Neurose/beginnende Schizophrenie. In: Huber G. (Hrsg.), *Verlauf und Ausgang schizophrener Erkrankungen*. Stuttgart-New York: Schattauer

*Anschrift des Verfassers:*

*DDr. Alfried Längle  
Eduard Sueßgasse 10  
A-1150 Wien*

# Schizophrenie unter dem Blickwinkel der personalen Grundmotivation

*Karin Luss*

**Es wird der Versuch unternommen, sich dem komplexen Erscheinungsbild der schizophrenen Erkrankung(en) unter dem Aspekt der personalen Grundmotivation zu nähern. Die Arbeit nimmt Bezug zu einer Datenerhebung in der Landesnervenklinik Gugging, welche deutlich macht, daß die Erschütterung in der Dimension des Grundvertrauens (erste Ebene der personalen Grundmotivation) bei an Schizophrenie Erkrankten massiv und zentral ist. Symptomanifestationen im Bereich der zweiten und dritten Ebene der personalen Grundmotivation sind vermutlich Folgeerscheinungen des Mangels in der ersten Ebene und überdecken die zentrale Störung lediglich.**

**Mögliche therapeutische Konsequenzen aus den theoretischen Überlegungen werden kurz umrissen.**

**Der folgende Artikel ist zum Teil ein Auszug aus der Abschlußarbeit "Schizophrenie und personale Grundmotivation" für die Ausbildung in Existenzanalyse.**

Menschen haben große Hindernisse zu überwinden, um eine Sinnerfüllung zu erfahren.

In einer 1995 an der Landesnervenklinik Gugging durchgeführten Fragebogenuntersuchung mit 30 an Schizophrenie Erkrankten und 30 Kontrollpersonen zeigte die erstellte Gruppenanalyse, daß eine besonders große Differenz zwischen Schizophrenen und Nicht-Schizophrenen in jenen Subskalen bestand, die ausschließlich Fragen mit Bezug auf die erste Grundmotivationsebene stellten.

Ebenso konnte in dieser Untersuchung gezeigt werden, daß auch bei einer schwerpunktmäßigen Symptomanifestation in der zweiten und dritten Ebene der personalen Grundmotivation immer die darunterliegende Störung in der ersten Ebene der personalen Grundmotivation bei den schizophrenen Menschen aufzufinden war (Luss K. 1995, Schizophrenie und personale Grundmotivation. Abschlußarbeit für die Ausbildung in Existenzanalyse).

## **Der theoretische Hintergrund der Arbeit - die Beschreibung der personalen Grundmotivationen (nach Längle 1994)**

Vergegenwärtigen wir uns zunächst kurz die Bedeutung der Dimensionen des Grundvertrauens, des Grundwertes und der Grundrechtfertigung, die im Sinne eines hierarchischen Modells die Voraussetzungen für eine Sinnerfüllung sind.

**1. Das Grundvertrauen (Dasein können; erste Ebene der personalen Grundmotivation)** ist das Erleben, daß ich mich der Welt überlassen kann, daß da genügend Grund, Boden unter meinen Füßen ist, der mich hält und trägt.

Das Vertrauen ist ein intentionaler Akt, ein Prozeß, der auf etwas gerichtet ist. Die Vertrauensbereitschaft ist in der Erfahrung der Unumstößlichkeit (Scheler) der Sache begründet, die mir Halt verspricht. Vertrauensbereitschaft gründet nicht in mir, sondern in der Erfahrung mit der Widerständigkeit der Welt. Sie entspringt also dem Bewußtsein des Aufgehoben-Seins.

Begegnungen mit schizophrenen Menschen lassen erkennen, daß diese massiv im Erleben des Grundvertrauens erschüttert sind. Störungen im Erleben des Grundwertes und der Grundrechtfertigung können ebenfalls vorhanden sein und sind in diesem Zusammenhang als Folgeerscheinung des Einbruchs im Grundvertrauen im Sinne eines hierarchischen Modells zu verstehen.

Aufgrund der Störung im Bereich der ersten Ebene der personalen Grundmotivation (Dasein können) und möglicher Blockaden im Bereich der zweiten und dritten Ebene (Wertsein mögen; Selbstsein/Sosein dürfen) scheitern die an Schizophrenie Leidenden im Erkennen des situativ Geforderten/Gebotenen, d.h. sie scheitern im sinnvollen Wollen, im Sollen (vierte Ebene der personalen Grundmotivation). Schizophrene

Um die erste Ebene der personalen Grundmotivation zu erleben, muß der Mensch das Faktische, die Bedingungen wahrnehmen können. Ist das nicht gegeben, so ist es dem Menschen nicht möglich, Halt, Raum, Schutz - mit anderen Worten: den Seinsgrund zu erfahren. Das führt unweigerlich zu einem Fremdheitsgefühl in der Welt, zu Mißtrauen und Angst (Grundangst).

**2. Der Grundwert (Wertsein mögen; zweite Ebene der personalen Grundmotivation)** ist der Wert vor allen anderen Werten. Ein Wert ist der Grund einer Bevorzugung einer Handlung, eines Gegenstandes, eines Sachverhaltes vor einer/einem anderen. Der Grundwert wird erlebt in der Grunderfahrung: "Ich bin, und daß ich bin, ist gut." Erfährt sich eine Person in ihrem Grundwert nicht, dann ist das Wertempfinden/-erleben gestört.

Die zweite Ebene der personalen Grundmotivation ist jene Ebene, wo es um Zuwendung und Berührung geht, wo das Gefühl zu uns spricht.

Kommt es hier zu Erschütterungen, erleben wir Abwendung, Entwertung und Rückzug.

**3. Die Grundrechtfertigung (Selbstsein/Sosein dürfen; dritte Ebene der personalen Grundmotivation):** Das Sein wurde von Aristoteles als der allgemeinste Begriff beschrieben. Schon bald bildete sich die Unterscheidung vom Dasein und Sosein (Existentia und Essentia) heraus. Ebenso wurde in der griechischen Philosophie das Sein dem Werden durch Platon entgegengesetzt, und schließlich das Sein dem Sollen. Hartmanns Ontologie unterscheidet das reale vom idealen Sein (Werte u. ä.).

Das Eigene gibt es nur, wenn es sich heraushebt und solitär ist. Erst wenn ich So bin, bin ich unverwechselbar und unaustauschbar.

In der dritten Ebene der personalen Grundmotivation finden wir die Dimensionen des Selbstwertes und der Selbstachtung vor. Das Selbstsein-/Sosein-Dürfen benötigt das Spüren der gesamten Entscheidungen, wodurch ein Zu-sich-selber-Stehen ermöglicht wird.

In der Lebensgeschichte von schizophrenen Menschen finden wir oft Hinweise, daß es kaum Platz und Raum gab, wo sie so sein durften wie sie waren, wo sie die Essenz ihres Seins zur Blüte bringen konnten.

Betrachten wir die Dimensionen des Grundvertrauens, des Grundwertes und der Grundrechtfertigung vom entwicklungspsychologischen Aspekt, so machen Kleinkinder zunächst die Erfahrung des Seins, d.h. die Erfahrung: "Ich bin" und "Ich bin da".

Wenn die frühen Begegnungen des Kleinkindes glücklich verlaufen, erlebt es sich aufruhend auf der Welt, erlebt es ein Dasein-Können, d.h. das Grundvertrauen.

In der Sicherheit des Gehaltenseins kann das Kind Nähe erfahren und zulassen, sofern wiederum günstige

Lebensbedingungen gegeben sind. Dadurch erfährt es den Grundwert - „Ich bin, und daß ich bin, ist gut“.

In der weiteren Begegnung mit der Welt erlebt der Mensch das Sosein-Dürfen, sofern er in diesem Punkt auf eine nährnde Umgebung stößt. Erfährt der Mensch im Laufe seiner Entwicklung das Grundvertrauen, den Grundwert und die Grundrechtfertigung, so hat er alle Voraussetzungen, das situativ Geforderte zu erkennen und somit Sinn-Erfüllung im Handeln, im Erleben zu finden. Sinn, existentiell verstanden, bedeutet *Anruf* aus der Situation, der von jedem Menschen *Antwort* verlangt. Um Antwort geben zu können, bedarf es nicht nur einer Verankerung im Dasein-Können, sondern auch im Wert-Erleben und im Sosein-Dürfen. Nur so kann sich der Mensch in seiner unaufhebbaren Freiheit und der sich ihm ständig stellenden Wahl entscheiden. Die Antwort liegt in der Tat oder im Erleben, d.h. Sinn kann man nicht haben, sondern "nur" leben oder erleben.

Verständlicherweise können durch widrige Lebensumstände bereits im Kleinstkindesalter diese grundlegenden Erfahrungen unseres Daseins, Wertseins und Soseins erschüttert werden und den Nährboden späterer Pathologie im Sinne des schizophrenen Formenkreises darstellen, wenn ein entsprechendes biologisches Entgegenkommen vorhanden ist. Hierbei erscheint die Störung des Grundvertrauens zentral, wobei der Grundwert und die Grundrechtfertigung mitbetroffen sein können, aber nicht müssen.

## **Das Erleben des schizophrenen Menschen unter dem Blick der personalen Grundmotivationen**

Schizophrene Menschen erleben sich haltlos, „ins Bodenlose, in das Nichts fallend“. Das Selbstverständnis zerbricht, es gibt weder einen Zusammenhalt (cf. Längle A. 1996) im "Mikrokosmos" (Denkstörungen, Basisstörungen, personale Grundmotivation gestört) noch im „Makrokosmos“ (kein Zusammenhalt in der Familie, die Welt gerät aus den Fugen). Es löst sich alles von innen heraus auf, die Realität und mit ihr die Welt gehen verloren. Abgrundtiefe Angst „Grundangst“ entsteht.

Das Wahrgenommene entspricht einer Verzerrung. Die instrumentale Voraussetzung für das Erleben der ersten Ebene der personalen Grundmotivation (Dasein können), das Wahrnehmen, glückt nicht mehr, somit ist der Seinsgrund, das Grundvertrauen für den Betroffenen erschüttert. „Entsprechend der veränderten Selbst-/Ich-Wahrnehmung und -Erfahrung ist auch die Sinneswahrnehmung der Umwelt verändert“ (Scharfetter, 1990, 101).

Die zweite und/oder dritte Ebene der personalen Grundmotivation sind der existenzanalytischen Theorie zufolge nicht immer blockiert bzw. erschüttert. Auch wenn hier Symptommanifestationen feststellbar sind, läßt sich die zentrale Störung in der ersten Ebene immer aufspüren.



Aufgrund einer massiven Störung im Bereich der ersten Ebene der personalen Grundmotivation (Dasein können) und möglicher Blockaden im Bereich der zweiten und dritten Ebene (Wertsein mögen; Selbstsein/Sosein dürfen) haben schizophrene Menschen oft große Schwierigkeiten, eine Sinnerfüllung (vierte Ebene der personalen Grundmotivation; existentielle Ebene) zu erfahren.

Das Erleben der Grundangst, dieser Fall ins Bodenlose, zwingt den Menschen förmlich so schnell wie möglich wieder Halt zu finden, ohne den er nicht leben kann. Diesen Halt kann der an Schizophrenie Leidende ersatzweise im Wahn, im Residuum und in allen anderen Ausprägungsformen der Schizophrenie finden.

Wenn sich der Patient erklären kann, daß seine Konzentration durch die elektromagnetischen Wellen des Nachbarn gestört wird und er deshalb im Denken behindert wird, läßt das Ausmaß der Angst nach. „Wer ein Warum hat, erträgt fast jedes Wie“ (Nietzsche). Der Patient gewinnt wieder Boden unter den Füßen und ein Erleben des Zusammenhaltes durch die Wahngewißheit, die um den Preis der gemeinsamen, uns allen zugänglichen Welt gewonnen worden ist, sodaß der Schizophrene in seiner ganz privaten Welt lebt. Sprachwissenschaftlich läßt sich Wahn davon ableiten, daß etwas gewonnen, daß etwas angenommen wird.

Im paranoiden Typus (Typuseinteilung nach Kriterien aus DSM-III-R) der Schizophrenie vermittelt der Wahn Halt und Zusammenhalt, im Residuum mag der Patient letzteres in der Verarmung in den verschiedensten Lebensbereichen (z.B. Beeinträchtigung der Rollenerfüllung, Verarmung der Sprache, Affektverflachung, Mangel an Initiative, Energie und Interesse) finden.

Beim desorganisierten Typus der Schizophrenie kann Halt nur im zufällig Auftauchenden und Zusammenhalt im Zu-fallenden/-fälligen erlebt werden. D.h. die nach außen erscheinende Desorganisation bedeutet für den an Schizophrenie Erkrankten einen Versuch zur Organisation.

Menschen, die an einer Schizophrenie vom undifferenzierten Typus leiden, erleben Halt und Schutz im zufällig Auftauchenden und in der Wahngewißheit.

Auch der nach außen erscheinende Stillstand des katatonen Typus der Schizophrenie ist ein Versuch, Halt zu finden im Wirrwarr heftig erlebter Halluzinationen und innerer Zusammenhaltslosigkeit.

Die Wahngewißheit und die anderen die Schizophrenie charakterisierenden Symptome, stellen oft ein Hindernis in der Kontaktaufnahme zwischen Patienten und nicht Erkrankten dar. Weiß man um den „Sinn“ des Wahns und der anderen Symptome, so kann das akzeptierende Beschreiben der Welt, die dem Patienten eigen ist, die er nicht mit dem Gesprächspartner teilt und das Beschreiben der beiden gemeinsamen Welt einen ersten Brückenschlag zu dem psychotischen Patienten darstellen.

Schizophrenie wird unter anderem in der Existenzanalyse als Störung der Intentionalität, als Störung der Austauschfähigkeit des erkrankten Menschen mit der Umwelt definiert. Das Psychophysikum, das Sprachrohr der Person ist gestört. Dadurch wird das eigene Erleben der Person in der Psychose so entfernt, daß sich die Person selber fremd wird und sich z.B. gesteuert erlebt. Durch die unterbrochene Austauschfähigkeit mit der Welt ist auch das dem Menschen eigene dialogische Prinzip unterbrochen (Buber), wodurch sich der Patient immer mehr in seiner privaten Welt verliert bzw. findet. Der *circulus vitiosus* nimmt seinen Lauf.

## Therapeutische Konsequenzen: ein Ausblick

Sowohl das Vulnerabilitätskonzept von Zubin und Spring als auch das Basisstörungskonzept von Huber und Süllwold fokussieren kognitive Störungen als Ursache im Entstehungsprozeß der Schizophrenie im Sinne von Informationsverarbeitungsstörungen, die unter psychoreaktiver Vermittlung letztendlich in den für die Schizophrenie typischen Symptomen münden.

Motivationale und emotionale Einflußfaktoren finden keine oder nur eine untergeordnete Beachtung. Deren Integration in ein heuristisches Modell fordert Brenner in „Schizophrenie als systemische Störung“, da seines Erachtens die Umsetzung von Verbesserungen basaler kognitiver Funktionen in das offene Verhalten von anderen Faktoren, z.B. von emotionalen Blockaden, abhängt, die von den bisherigen kognitiven und sozialen Therapieinterventionen kaum beeinflusst werden können.

Brenners Überlegungen weisen somit auf die Bedeutung der Emotionalität und hier vor allem der Angst hin. Denn wie soll ein Mensch, der ständig ein Gefühl der Haltlosigkeit und der inneren Zerrissenheit erfährt, sich der Umsetzung von kognitiven, sozialen und anderen Therapieinterventionen zuwenden? Hier gilt es vorerst auf der Ebene dieser allumfassenden Angst zu arbeiten. Erst wenn der Betroffene Halt und Schutz erlebt, kann er sich anderen Dingen widmen. Auch wenn an Schizophrenie Erkrankte Depressionssymptome und hysteriform anmutende Zustandsbilder zeigen, ist es ausgesprochen wichtig zu klären, inwieweit der jeweilige Patient Unterstützung auf dem Gebiet des Grundvertrauens benötigt. Erst im zweiten Schritt sollte man sich in der Betreuung von schizophrenen Menschen auf die Störung der zweiten und der dritten Ebene der personalen Grundmotivation konzentrieren.

Einige Gedanken zur Integration des personalen Grundmotivationskonzeptes in Therapieüberlegungen seien hier skizziert, um das therapeutische Vorgehen zu konkretisieren:

**Grundvertrauen (erste Ebene der personalen Grundmotivation):** In der Begegnung mit schizophrenen Menschen kann ein gemeinsames **Dasein** ohne Worte und Taten vom Patienten heilsam empfunden werden.

Im gemeinsamen Schweigen entsteht Raum für den Betroffenen, wo er sein kann. Natürlich bedarf es hier der selbstkritischen Hinterfragung des Therapeuten, ob es sich hierbei um ein "aktives, austauschendes Schweigen" handelt, oder ein Schweigen vorliegt, wo der Patient und der Therapeut aneinander vorbeigehen.

**Dasein können** im Sinne von Zusammenhalt und Boden unter den Füßen haben kann in Übungen erfahren werden, wo der Patient den tatsächlichen Boden unter seinen Füßen anfühlt und die Qualitätsunterschiede **wahrnimmt** (Teppichboden, Steinboden, Asphalt, Wiese etc. ... fühlen sich verschieden an). Sollte der Boden nicht als tragfähig erlebt werden, kann an diesem Phänomen weitergearbeitet werden; z.B. was braucht es, damit der Boden trägt? **Der Zusammenhalt** kann unter anderem in Übungen verdeutlicht werden, wo der Patient seine Arme um den eigenen Leib schließt, oder sich in Bauch- und Seitenlage zusammenrollt.

**Halt** wird dem Patienten auch durch eine tragfähige Beziehung vermittelt, wo der schizophrene Mensch erlebt, daß die jeweilige Bezugsperson sie oder ihn auch in ihrem/seinem Krankheitsprozeß aushält und bei ihr/ihm bleibt.

Ebenso wird durch Strukturvermittlung, wo der Patient keine Strukturen hat, das Erleben von Halt und/oder Zusammenhalt ermöglicht.

Unterstützend können hier Körperübungen eingesetzt werden, die Scharfetter beim Vorhandensein von Ich-Aktivitätsstörungen und Ich-Konsistenzstörungen empfiehlt, z.B.: Stoßen, Halten, Ziehen, Packen; gezielte Bewegungen, besonders mit den Händen, durchführen.

**Der Grundwert (zweite Ebene der personalen Grundmotivation):** Dieser wird gehoben im Erleben von **Zuneigung und Berührung**, dort wo Angebote von Nähe bestehen, wobei der schizophrene Mensch das Ausmaß der Nähe bestimmt. Da können Übungen, wie z.B. das **Anfühlen** von verschiedenen Gegenständen, das Anfühlen der Sonnenstrahlen, wie sie die Haut während eines Spazierganges erwärmen, erste "Gehversuche" bedeuten.

**Die Dimension der Grundrechtfertigung (dritte Ebene der personalen Grundmotivation)** wird unter anderem in der den Patienten in seiner **Eigenart akzeptierenden** therapeutischen **Grundhaltung** berücksichtigt. Darunter verstehe ich aber nicht, daß prinzipiell alle vom Patienten stammenden Taten und Äußerungen bejaht werden müssen und schon gar nicht, wenn sie eine Grenzverletzung der jeweiligen Bezugsperson gegenüber bedeutet. Hier erscheint es mir wichtig, die generell akzeptierende und wertschätzende Haltung der Person gegenüber zu bewahren, authentisch zu bleiben und **Grenzen zu setzen**, wo der Patient sie nicht erkennt. Das heißt, daß der betroffene Patient so sein darf, wie er ist, aber trotzdem eine Auseinandersetzung

stattfindet.

Sehr hilfreich im Zusammenhang mit dem Nichterleben des Selbstsein/Sosein-Dürfens sind die von Scharfetter empfohlenen Übungen bei Ich-Demarkationsstörungen und Ich-Identitätsstörungen, u.a.: **Nähe- und Distanzübungen, Körpergrenzen verdeutlichen, Gesicht in den eigenen Händen spüren oder im Spiegel betrachten.**

Ergänzend zu den vorangegangenen Überlegungen den therapeutischen Prozeß betreffend gilt es, die somatische Komponente und den soziokulturellen Bezug der Erkrankung nicht zu vergessen. Auf letzteren verweist Davidson in seinem Artikel über "Phänomenologische Forschung in der Schizophrenie" (1994), wo er beschreibt, daß die soziokulturellen und historischen Bezüge, in denen wir alle stehen, auch die Erlebnisse im schizophrenen Entrücktsein beeinflussen und formen.

Die bisherigen Kenntnisse über die somatischen Pathomechanismen bei der schizophrenen Erkrankung (u.a. Dysbalance von Neurotransmitoren; morphologische Veränderungen des Gehirns) ermöglichten die Entwicklung von Neuroleptika, die ebenfalls einen Baustein im vielgestaltigen Therapiekonzept darstellen.

## Literatur

- American Psychiatric Association (1989) DSM-III-R Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen, Weinheim-Basel, Beltz Verlag
- Böker W., Brenner H.D. (1989) Schizophrenie als systemische Störung, 1. Auflage. Bern-Stuttgart-Toronto: Verlag Hans Huber
- Davidson L. (1994) Phenomenological Research in Schizophrenia: From Philosophical Anthropology to Empirical Science. In: Journal of Phenomenological Psychology, Vol.25
- Längle A. (1994) Die personale Grundmotivation. Unveröffentlichtes Manuskript
- Längle A. (1996) Der Verlust des Zusammenhalts. Psychopathologie und existentielle Themen in der Schizophrenie. In: Existenzanalyse 3/96, 13-22
- Luss K. (1995) Schizophrenie und personale Grundmotivation. Abschlußarbeit für die Ausbildung in Existenzanalyse (Endfassung in Vorbereitung)
- Scharfetter Ch. (1990) Schizophrene Menschen, 3. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg
- Scharfetter Ch. (1991) Allgemeine Psychopathologie, 3. Auflage. Stuttgart-New York: Thieme
- Tutsch L. (1990) Schizophrene Basisstörungen. Skriptum basierend auf Literatur von Süllwold L., Huber G. (1986) "Schizophrene Basisstörungen" und Gross G., Huber G. (1987) - BS ABS (Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen). Berlin: Springer

*Anschrift der Verfasserin:  
Dr. Karin Luss  
Seckendorfstraße 2/1/6  
A-1140 Wien*

# Therapie mit einer chronisch schizophrenen Frau im ambulanten Bereich

*Peter Schmid*

**Der Autor dieses Beitrages beschreibt wesentliche Abschnitte in der Behandlung einer chronisch schizophrenen Patientin. Sein Zugang erfolgt aus der Position des Psychiaters und Psychotherapeuten in einer sozialpsychiatrischen Ambulanz. Er verdeutlicht in seiner Fallschilderung das wichtigste Wirkelement in der Behandlung schizophrener Menschen: Beziehung halten über einen langen Zeitraum. Erst dadurch kann der Betroffene seinen Zugang zur Wirklichkeit halten bzw. wieder erhalten.**

Frau S. wurde 1931 in Wien geboren. Sie heiratete mit 16 Jahren ihren nun 73 jährigen Mann, der nun trotz aufrechter Ehe seit über 15 Jahren getrennt von der Patientin lebt. Die Ehe blieb kinderlos. Frau S. war bis 1976 erfolgreich als Abteilungsleiterin in der chemischen Industrie tätig. Krankheitsbedingt verlor sie ihren Arbeitsplatz und wurde 2 Jahre später unter der Diagnose „Paranoides Zustandsbild“ erstmalig in das Psychiatrische Krankenhaus eingeliefert. 1988 erfolgte die zweite Aufnahme und 1990 im Anschluß an eine Darmkrebsoperation die bislang letzte stationäre Aufnahme in einem Psychiatrischen Krankenhaus. Die Abgangsdagnosen lauteten jeweils „akute Exacerbation bei chronifiziertem paraphrenem Syndrom“.

## Kontaktaufnahme und die ersten Jahre der Behandlung

Ich lernte Frau S. 1984 bei einem akuten psychiatrischen Notfall kennen, und es entwickelte sich in den Jahren ein intensiver Kontakt, der zumeist telefonisch ablief. Nur selten kam es zu persönlichen Begegnungen in der sozialpsychiatrischen Ambulanz. Frau S. zeichnete sich dabei durch ein skurriles Äußeres aus, da sie stets eine viel zu kleine Perücke trug und immer mit einem Regenmantel aus

Kunststoff bekleidet war. Das Gesicht war voll mit hauttönenden Cremes, und meistens klebten große Pflasterstreifen auf den Wangen der Patientin. Obwohl Frau S. von zierlicher Statur war, schleppte sie stets 4-6 große Reisetaschen mit sich. In diesen Taschen befand sich, wie sich später herausstellte, ihr ganzes persönliches Vermögen, das sie stets bei sich haben mußte. Im Rahmen der zweiten stationären Aufnahme wurde der Patientin eine Tasche mit einem hohen Geldbetrag entwendet, so daß Frau S. sich in ihrer Annahme, daß alle Welt hinter ihrem Geld her sei, bestärkt sah.

## Zunehmender Rückzug aus der bedrohlichen Welt

Seit 1990, nachdem sich Frau S. einer lebensgefährlichen Darmoperation unterziehen mußte, hat sie ihre große Eigentumswohnung in einem Stadtbezirk von Wien nicht mehr verlassen. Sie liegt nun seit vielen Jahren über viele Stunden auf ihrem Bett und hat infolge der Immobilität und der einseitigen Ernährung über 40 Kilo zugenommen. Dies führte dazu, daß Frau S. sich nur mehr mit Mühe aufrichten kann und nicht mehr in der Lage ist, ihre Wohnung zu verlassen. Sie wird nun vollständig von ihrem Ehemann mit Nahrungsmitteln versorgt und darüber hinaus, gegen entsprechendes Entgelt, in allen anderen Bereichen des täglichen Lebens unterstützt.

Die psychischen und körperlichen Veränderungen bei Frau S. führten nun auch zu einer Änderung der Kontakte meinerseits mit der Patientin. Frau S. erhielt regelmäßig einen einstündigen Besuch zu Hause, der alle 14 Tage an einem bestimmten Wochentag zur selben Zeit erfolgen mußte. Dies war deswegen notwendig, um mit den Betreuungszeiten ihres Mannes nicht in Kollision zu kommen.

## Zugang zueinander finden

Frau S. saß nun bei fast jeder Stunde in ihrem desolaten Bett und begann, aus ihren Wortprotokollen der letzten 20

Jahre zu zitieren, respektive Fragen zu stellen, die ihr eine Basis für unser Gespräch schaffen sollten. Diesen Fragen lag vor allem die Realitätskontrolle zugrunde, die Frau S. benötigte, um sich der Identität ihres Gegenübers zu versichern. Oft kamen Bemerkungen, wo Frau S. behauptete, ich sei nicht die Person, für die ich mich ausgäbe. Sie führte dann stets Beweise aus ihren Aufzeichnungen an, die jedoch in einer wahnhaften Deutung von teilweise realen Ereignissen endete.

Der psychopathologische Zustand der Patientin war wechselhaft. Wenn Stimmungsschwankungen und Antriebsstörungen das Befinden der Patientin wesentlich beeinflussten, war eine Unterhaltung mit ihr äußerst mühsam. Frau S. zeigte in all den Jahren keinerlei Anzeichen von Denkstörungen, jedoch war ihr Wahnsystem chronifiziert, und es gab auch Phasen, in denen akustische Halluzinationen auftraten. Die teilweise produktive Symptomatik war kurzfristig durch Gabe von Neuroleptika gebessert worden, jedoch stellten sich alsbald massive extrapyramidale Nebenwirkungen ein, die zum Absetzen der Medikation zwangen. So behandelte sich nun Frau S. weitgehend selbst, indem sie in unterschiedlichen Mengen Tranquilizer einnahm, um die Phasen der großen Ängstlichkeit bzw. ihre Schlafstörungen in den Griff zu bekommen.

## Die „besondere Weise“ der Gespräche

Bei den vielen Gesprächen mit Frau S. war es nie möglich, Gefühle direkt anzusprechen. So entwickelten sich Frage- und Antwortrituale, die immer wiederkehrende Themen zur Folge hatten. Ein Hauptthema war die Einsamkeit der Patientin, die zusammen mit ihrer übergroßen Angst oft zu depressiven Verstimmungen führte. Frau S. sprach dann meist in einem klagenden Kleinmädchenton und fürchtete, sich in Nichts aufzulösen. Themen, die Selbstdistanzierung oder Selbsttranszendenz erforderten, wurden von der Patientin gemieden bzw. nach wenigen Worten von ihr unterbrochen.

Die biographische Arbeit benötigte viele Jahre, da es nie gelang, Frau S. durchgehend an ein persönliches Detail heranzuführen, das von großer Emotionalität geprägt war. In den Gesprächen beschränkte sich Frau S. darauf, vor allem ihrem Mann bittere Vorwürfe zu machen, weil er sie im Stich gelassen hätte. Andererseits verteidigte sie ihn gegenüber allen Versuchen, ein reales Bild von ihm zu zeichnen. Größte Panik erzeugte der Gedanke, daß ihr Mann eines Tages nicht mehr zu ihr kommen könnte. Dies würde eine Unterstützung durch Institutionen notwendig machen, denen Frau S. prinzipiell mißtraute. So blieb stets die ambivalente Haltung übrig, die sich zwischen Vorwurf und Bedürftigkeit bewegte.

In all den Jahren der Gespräche mit Frau S. entwickelte sich auch bei mir ein eigenes Verhältnis zur Psychotherapie mit psychosekranken Menschen. Eine der Haupteigenschaften, die für diese Art der Therapie notwendig war, ist die gleichbleibende Geduld, all diese Prozesse zu

begleiten. Jede persönliche Veränderung, jede nur etwas emotional gefärbte Äußerung wurde von Frau S. mit äußerster Sensibilität registriert. Es galt auch, die vielen Provokationen ihrerseits aushalten zu lernen, die die Absicht, sie zu betreuen, als Schwindel entlarven sollten.

Ganz selten kamen Hinweise, wie froh Frau S. über diese Begegnung sei. In guten Phasen gelang auch eine Auseinandersetzung mit der Krankheit, die anfänglich von Frau S. vehement gelehnt wurde. Sie wollte auch nie als Patientin angesprochen werden, sondern legte größten Wert auf die Bezeichnung Klientin.

Nach der Krebserkrankung von Frau S. standen oft körperliche Probleme im Vordergrund, die trotz aller medizinischer Widersprüche von einem Psychiater und Psychotherapeuten behandelt werden sollten. Wenn Frau S. in einer aggressiven Stimmung war, wurden Vorwürfe laut, die sich auf die Unzulänglichkeit der körperlichen Therapie bezogen und die Sinnhaftigkeit von Gesprächen in Frage stellten. Sie machte dann stets den Einwand, sie könnte genauso gut mit der Telefonseelsorge sprechen, deren Effizienz sie den psychotherapeutischen Gesprächen gleichsetzte. Versuche meinerseits, die Therapie für längere Zeiträume zu unterbrechen, wurden von Frau S. mit Panik und demütigen Unterwerfungen beantwortet, in denen sie zum Ausdruck brachte, wie wichtig ihr diese Besuche und die daraus resultierenden Gespräche wären. So wurde auch meinerseits größte Rücksicht auf diese Ängste von Frau S. genommen.

## Längerfristige Veränderungen

Im Laufe der Zeit gelang es schließlich, eine Akzeptanz bei der Patientin zu erreichen, die sich auf die Interpretation ihrer Wahrnehmungen bezog. Sie konnte es nun zulassen, daß ich zu vielen ihrer Deutungen von nicht rational erklärbaren Phänomenen eine andere Meinung als sie haben durfte. Sie begann dann stets auch ihre Sätze mit der Einleitung „auch wenn sie mich nun für verrückt halten ....“ um damit zu deklarieren, daß unsere Meinungen in bezug auf die Wirklichkeit different seien. Dies fiel ihr umso schwerer, zumal sie einen Absolutheitsanspruch für ihre Sicht der Wahrheit und Gerechtigkeit erhob und sie meine abweichenden Interpretationen stets als Angriff auf sich erleben mußte, da nun für sie feststand, ich würde sie der Lüge bezichtigen.

Es ist daher auch nicht verwunderlich, daß sich mittlerweile eine Sprachregelung zwischen Frau S. und mir entwickelte, die für einen neutralen Beobachter etwas eigenartig klingen würde. Aber nur so war es möglich, die Patientin aus ihrem paranoiden Kontext hin zu einer Öffnung für die sie umgebende Realität zu bewegen. Es bedurfte einer persönlichen Stützung, damit sie diese „furchtbare“ Wirklichkeit aushalten lernen konnte. Aus diesem Grund beschränkten sich die Telefonate mit Frau S. auf das Allernotwendigste, da sie die persönliche Begegnung brauchte, um sich auf einen anderen Zugang zur Wirklichkeit einzulassen. Frau S. lehrte mich in den Jah-

ren der Therapie, auch stets authentisch zu bleiben, da sie über ein untrügliches Gefühl für Unehrlichkeit und Un-echtheit verfügte.

## Ein paar Bemerkungen zum therapeutischen Setting

In der Therapie von psychotischen Personen fehlen stets einige Kriterien, die für eine „klassische“ Psychotherapie üblich sind. Angefangen von der Art des Kontakts, den nicht besprechbaren Details von Methodik, Therapieziel und Bezahlung bis hin zu der geringen Abstraktionsfähigkeit und den kognitiven Defiziten. Sie machen eine Vergleichbarkeit zu der gängigen Therapiepraxis zu einem schwierigen Unterfangen. Trotzdem waren Regelmäßigkeiten, strikte Einhaltung des Zeitrahmens, genau festgelegte Rollenverteilung immer anzutreffen. Auch der Umgang mit Abstinenz stellte ein großes Problem dar. Häufig wurde der Versuch unternommen, über private Fragen an den Menschen „Therapeut“ heranzukommen. Selten gelang es, die „Termine“ als Psychotherapie zu deklarieren, wobei es eine vage Vorstellung von dieser Form der Behandlung gab.

So gestaltete sich die Arbeit mit „Symbolen“ äußerst schwierig, da der Informationsfluß einseitig blieb im Sin-

ne von „Übersetzung“, aber deren Rückmeldung an die Patientin unterbleiben mußte.

Zusammenfassend kann die Therapie mit Frau S. als stützende Psychotherapie bezeichnet werden, in denen Elemente der Deutung, Interpretation und emotionalen Konfrontation den Rückzug der Patientin in psychotische Symptome zur Folge hatte. Es galt, einen Gesprächsstil zu entwickeln, der die Annahme und Wertschätzung von Frau S. gewährleisten konnte. Jeder Versuch, methodisch vorzugehen, wurde von Frau S. im Sinne ihrer gefühlsmäßigen Instabilität und geringen Belastbarkeit schon nach kurzem unmöglich gemacht. Die Therapie mit Frau S. erforderte Eigenschaften, die im Aushalten, Geduldig-Sein und Verstehen-Wollen einerseits und im innovativen bzw. kreativen Ausprobieren andererseits lagen. Die Therapieziele mußten stets an das Machbare herangeführt werden, das eben nicht Heilung oder Autonomie heißen konnte, sondern das Ertragen einer peinigenden Wirklichkeit, ohne dabei in die schützende Welt der Psychose abgleiten zu müssen.

*Anschrift des Verfassers:  
Dr. Peter Schmid  
Wattmannngasse 24/16  
A-1130 Wien*

---

Im **März 1997** wird im Weiterbildungszentrum Schloß Hofen in Lochau/Vorarlberg ein PSY III Lehrgang „**Psychotherapeutische Medizin**“ mit einer fachspezifischen Ausrichtung in **Existenzanalyse** beginnen.

Zudem können sich Interessenten aus Medizin und Psychologie als

## GASTHÖRER FÜR EXISTENZANALYSE

bewerben. Insbesondere sind für diese Weiterbildung Ärzte und Psychologen angesprochen, die keine vollständige psychotherapeutische Ausbildung anstreben. Sie erhalten hier die Gelegenheit für eine Ergänzung, Erweiterung und Anregung ihrer beruflichen Tätigkeit. Sie besteht in der praxisbezogenen Auseinandersetzung mit dem Menschenbild und einem vertieften Einblick in die Dynamiken menschlichen Erlebens und Verhaltens. Insbesondere eignet sich diese postgraduelle berufsbegleitende Weiterbildung auch für Fachärzte der Psychiatrie, die Einblicke in noch andere Methoden und Verstehensweisen des Menschen suchen.

### Nähere Informationen:

Mag. Elmar Fleisch, Schloß Hofen, 6911 Lochau (Tel.: 05574/4930-0) bzw. DDr. Längle, GLE Wien.

## Psychosentherapie zur Diskussion gestellt

*In dem Erfahrungsbericht sollen die Beobachtungen und Erfahrungen mit einer Gruppe von psychotischen Patienten geschildert werden, die an einer besonders ungünstigen Verlaufsform der Schizophrenie litten, Patienten mit zahlreichen Krankheitsschüben, chronisch schleichendem Verlauf mit sogenannter Residual- und Minussymptomatik.*

# Erfahrungen im therapeutischen Umgang mit Psychosen

Walter Winklhofer

Bei meinen folgenden Überlegungen habe ich die Psychose schlechthin - die Schizophrenie (Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis) im Blick. Dabei referiere ich meine Erfahrung aus dem Umgang mit psychotischen Patienten.<sup>1</sup> Es wird nicht der Anspruch einer durch Experimente und statistische Zahlen belegten wissenschaftlichen Studie erhoben. Eine subjektive Aussage ist deshalb unvermeidlich.

Das Thema „Psychosen“ in einer Zeitschrift für Psychotherapie weckt widersprüchliche Überlegungen. Gehört es doch aus meiner psychiatrischen Sicht eher in den Interessensbereich der Psychiatrie, nachdem in den letzten Jahren die Fortschritte in der Behandlung der Schizophrenie gerade auf dem pharmakologischen und soziotherapeutischen Gebiete lagen. Als das eigentliche Anliegen psychotherapeutischer Einflußnahme sehe ich vielmehr das große Feld der Neurosen.

Als Psychiater stehe ich in dieser Spannung zwischen Psychiatrie (als stark medizinisch geprägtem Fach) und Psychotherapie, wobei meiner eigenen Einstellung zu den beiden Bereichen die auch noch heute gültige Definition und Theorie der Psychosen und Neurosen zugrunde liegt. (Psychosemodell: Genetisch festgelegte Vulnerabilität und exogene Streßfaktoren führen zum

Auftreten des als Psychose bezeichneten Krankheitsbildes, biologisch durch eine Störung der Transmittersubstanzen am präsynaptischen Spalt gekennzeichnet. Die Neurosen sind hingegen - sehr verkürzt ausgedrückt - als psychische Störungen aufgrund von Fehlverarbeitungen von traumatischen Erlebnissen bzw. inneren Konflikten aufzufassen).

### Psychotherapie bei einer somatogenen Erkrankung

Auch Frankl war sich wohl dieser Spannung bewußt, als er darauf hinwies, daß man nicht von einer Psychotherapie der Psychose, als vielmehr von Psychotherapie bei einer Psychose sprechen könne!

Unabhängig von den noch unbekanntenen Ursachen der Psychose und unbewiesenen - und oft widersprüchlichen - Thesen der Schizophrenieforschung zeigt die Praxis der Behandlung und deren Erfolg bei den Schizophrenen leider wenig psychotherapeutische Erfolge. Weltweit haben sich auch nur wenige Psychotherapeuten an die schwierige Behandlung von psychotischen Patienten herangewagt. Es gibt deutlich weniger Therapieerfahrungen mit Psychosekranken, verglichen mit solchen bei Neurosen.

Der weitgefaßte Begriff Psychotherapie bedarf einer Klärung. Da letztlich jede Einflußnahme auf die Befindlichkeit des Patienten oder Klienten, die statt der mechanischen (z.B. Chirurgie), physikalischen (z.B. Wärme, Bestrahlung) oder chemischen (Medikamente) Mittel ausschließlich über das Gespräch, die Zuwendung und Begegnung oder aber über die averbalen kreativen Medien stattfindet, als Psychotherapie im weitesten Sinne bezeichnet werden kann, ist diese natürlich immer im Spiele, auch wenn diese zunächst nicht auf die kausale Behandlung der Psychose abzielt. Als solche ist sie auch sinnvoll und vermag eine Wirkung zu entfalten, auf die besonders im Zusammenhang mit der Existenzanalyse und Logotherapie noch einzugehen ist.

Wenn aber die Rede ist von den großen Psychotherapieschulen mit ihren Systemen und theoretischen Krankheitsmodellen (z.B. die Psychoanalyse oder Verhaltenstherapie) werden die Widersprüche zwischen deren ätiologischen Erklärungen und denen der medizinisch orientierten Psychiatrie deutlich. Überspitzt formuliert: Wenn eine fehlerhafte Synthese vom Überträgerstoff Dopamin am präsynaptischen Spalt die akustischen Halluzinationen (Stimmen-Hören) oder die Wahngedanken des Kranken bewirkt, wird - und kann - die Aufarbeitung z.B. ödipaler Verstrickungen kausal keinen großen Einfluß auf das Geschehen der schizophrenen Psychose haben. Allerdings ist auch die Dopaminogenese noch eine Hypothese, allerdings mit bereits vielen handfesten Details!

Eine weitere Eingrenzung des Themas bedeutet, das Krankheitsbild der schizophrenen Psychose kurz zu betrachten. Im akuten Stadium, im „Schub“, ist eine Beziehungsaufnahme mit dem Patienten oft kaum oder nur sehr bedingt möglich, zumindest aus der Sichtweise des Arztes oder Therapeuten. (Wir wissen leider sehr wenig darüber und können nur Vermutungen

<sup>1</sup> Im Folgenden wird, wo sich der Sinn aus dem Zusammenhang ergibt, auf die jeweilige doppelte feminine und maskuline Bezeichnung sowie auf die „moderne“ artifizielle Doppelform bewußt verzichtet.

anstellen, ob und inwieweit von Seiten des Kranken diese Kontaktaufnahme doch intensiver erlebt wird, als es von uns zu beobachten ist!) Ohne diese Kommunikation wird auch eine psychotherapeutische Behandlung nicht möglich sein. Hier stellt die Behandlung mit neuroleptischen Medikamenten erst die Voraussetzung für die Beziehungsfähigkeit des Patienten her. (Dieser Hinweis ist mir noch aus der Vorlesung des Münchner Psychoanalytikers Paul Matussek am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München innerlich - vor nunmehr fast dreißig Jahren. Er war damals einer der wenigen Psychotherapeuten, die sich der schwierigen Arbeit mit Psychotikern widmeten.)

Nach Abklingen des akuten Schubs kann es zu einem symptomfreien Intervall kommen. Oft erleidet der Patient aber unbehandelt - und leider auch oft trotz Behandlung - einen weiteren Krankheitsschub (schubweiser Verlauf der Schizophrenie).

Leider entwickelt sich die psychotische Erkrankung auch oft zu einem mehr schleichenden, chronischen Verlauf, der durch Veränderung im Antriebsverhalten, durch Rückzugstendenzen und Nivellierung der Affektivität (sog. „Minussymptomatik“) gekennzeichnet ist.

## **Die chronischen Verlaufsformen und der soziotherapeutische Behandlungsansatz**

Auf diese chronisch schizophrenen Patienten richten sich vermehrt die Rehabilitationsmaßnahmen, die man als sozialpsychiatrische Behandlung („Soziotherapie“) bezeichnet. Hier kommen besonders Beschäftigungs- und Arbeits-, Milieu- und Gruppentherapie zum Einsatz, meist unterstützt von medikamentöser Psychoseprophylaxe. Die psychiatrische Erfahrung der letzten zwei Jahrzehnte hat nämlich die relative Wirkungslosigkeit ausschließlicher (aufdeckender) Psychotherapie gezeigt, die weit unter der Wirksamkeit ausschließlich medikamentöser Behandlung lag. Den eindeutig besten Therapieerfolg (wobei die verschiedenen Forschergruppen aller-

dings einzelne Zielsymptome und psychische „Funktionsausfälle“ im Auge hatten und die personale Ebene gänzlich aus dem Spiele ließen!) erbrachte die Kombination von Medikamenten mit den stark strukturierenden soziotherapeutischen Maßnahmen der Arbeits-, Milieu- und Gruppentherapie (Einüben sozialer Kompetenzen).

Der Behandlungs- und Rehabilitationsauftrag der Krankenkassen und Rentenversicherer zwingt leider den behandelnden Psychiater, sein Augenmerk besonders auf die Symptomfreiheit und die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Patienten zu richten!

Wenn ich meine eigenen Erfahrungen hier darzustellen versuche, so stützen sich diese weitgehend auf die Behandlung und Betreuung von schizophrenen Patienten, die im Anschluß an eine klinische psychiatrische Behandlung in eine sozialpsychiatrische Übergangseinrichtung vom Typus einer sogenannten Tag- und Nachtambulanz („Sozialpsychiatrisches Zentrum Teutoburgerstraße“ in München - ca. 90 Patientinnen und Patienten, Verweildauer durchschnittlich knapp zwei Jahre) zur Weiterbehandlung überwiesen werden. Die hier behandelten Patienten leiden zum Teil noch unter den sogenannten produktiven Symptomen (Stimmenhören, Wahngedanken, Denkstörungen), weisen aber fast durchwegs ein deutliches Residualsyndrom auf, also Zeichen beginnender Persönlichkeitsnivellierung und affektive Verflachung und Antriebsmangel (Minussymptomatik). In den nunmehr 25 Jahren meiner Tätigkeit in dieser Einrichtung ist das Spektrum meiner Erfahrung zwangsläufig auf dieses spezielle Verlaufsstadium der schizophrenen Psychose beschränkt und kann deshalb nicht generell auf die anderen möglichen Verlaufsformen übertragen werden! Nach meiner Erfahrung handelt es sich bei den beschriebenen Patienten um die therapeutisch und prognostisch ungünstigste Gruppe der Psychosekranken. Psychotherapeutische Möglichkeiten und Erfolge mögen deshalb mit den günstiger verlaufenden Krankheitsformen deutlich positiver sein!

Für die eben bezeichneten Patienten war eine Stärkung der Ich-Funktion durch eine feste, zuweilen sogar rigide Tagesstruktur und die Einbindung in ein tragbares und gut zu überblickendes soziales Netz am ehesten zu erreichen. Gegen das Wiederauftreten akut psychotischer Schübe bewährte sich die Dauermedikation mit niedrig dosierten Neuroleptika. (z.B. Clozapin, Haloperidol, u.a.). Das Bearbeiten und Aufdecken von früheren Traumata oder ein intensiveres biografisches Arbeiten hatte ähnlich wie andere Belastungen oft relativ banaler Natur wie Gruppenwechsel, Auszug aus dem Haus und Wohnungswechsel, psychosofördernde Effekte (Zunahme der akustischen Halluzinationen, Ängste, Verstärkung der Wahnsymptomatik bis hin zur akuten Psychose mit Einweisung in eine psychiatrische Klinik).

Diese Beobachtung bestätigt aus meiner Sicht die oft geäußerte Gefährlichkeit aufdeckender oder stark konfrontierender (auch emotional) psychotherapeutischer Verfahren bei Psychotikern. Das ist leicht zu verstehen, wenn man bedenkt, daß nach Abklingen des akuten Schubs mit einem völligen Zusammenbruch der Ich-Strukturen und einer Auflösung der eigenen Grenzen der Außenwelt gegenüber, der Kranke zunächst erst ganz langsam und behutsam Strukturen und Grenzen aufbauen muß. Die an sich erhöhte Vulnerabilität des Schizophrenen ist in dieser Phase besonders deutlich.

## **Welche Bedeutung hat nun die Psychotherapie im Allgemeinen bzw. die Existenzanalyse im Besonderen bei der Behandlung von schizophrenen Menschen?**

Weitere wichtige Merkmale der Schizophrenie sind zu beachten, bevor man sich der Frage psychotherapeutischer und existenzanalytischer Behandlungsansätze zuwendet.

Eine längst bekannte Tatsache besteht in einer veränderten selektiven Wahrnehmung beim Kranken. Diese ist bei Psychotikern signifikant herabgesetzt. Das heißt, die Patienten sind

Eindrücken aus der Außenwelt wehrloser ausgesetzt als Gesunde.

Die „psychotische Realität“ z.B. im Wahnerleben oder in dem Erlebnis der Halluzination ist keine Realität, die trägt und Halt gibt (erste personale Grundmotivation nach A.Längle). In der Psychose dreht sich die intentionale Haltung des Menschen geradezu um: Nicht der Mensch wendet sich der Welt zu, sondern die Welt kommt auf den Kranken zu, und zwar in einer drohenden und die Persönlichkeit des Patienten zerstörenden Weise. Die Person selbst, wie Frankl schon hinwies, kann freilich nicht erkranken, kann aber in der Krankheit nicht voll in Erscheinung treten.

In den akuterer Phasen der Erkrankung, wenn es unter den typischen inhaltlichen und formalen Denkstörungen (Wahnerleben) und den Halluzinationen zu einem Zusammenbruch der Orientierung in der realen Welt kommt, sind Beziehung und Begegnung oft nicht oder nur mehr ansatzweise möglich. Es war immer wieder auffällig, wie wenig es den Patienten gelang, in eine Distanzierung zu dem typisch psychotischen Erleben des „Gemachten“ zu kommen (so werden die Gedanken nicht vom Patienten gedacht, sondern als ich-fremd von außen „gemacht“ erlebt), ganz im Gegensatz zum neurotischen Patienten. Die noetische Dimension ist sozusagen in der Psychose weitgehend entmachtet!

Wie sollte es da zu einer für die Therapie notwendigen tragfähigen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten kommen? Psychotherapie ganz allgemein, als ein Arbeiten an Einsichten, Einstellungen, Verarbeiten von psychischen Konflikten oder emotionalen Problemen gelingt hier nach meiner Erfahrung kaum oder nur ansatzweise. Die für die Krankheit Psychose so typischen Kontaktstörungen schließen allerdings eine Begegnungsfähigkeit nicht absolut aus, worauf H. Tellenbach auf der GLE-Tagung 1991 hinwies. Er führte ferner dabei aus, daß die Gegenseitigkeit, das „Einander“, mehr oder minder abgewandelt sei. In der Wahnbegegnung fehle es „an der Wesenhaftigkeit des

Personalen“ (Tagungsbericht 1991, 94). Ferner fehle das Moment der Freiheit (bezüglich der ausführlicheren Darstellung wird auf den Tagungsbericht der GLE „Wertbegegnung“ 1991 verwiesen).

Während der akuten und subakuten Schübe sind psychotherapeutische Maßnahmen meines Erachtens von sehr begrenztem Wert, wenn damit der Morbus Schizophrenie kausal behandelt werden soll. Gerade hier eröffnen sich dem Therapeuten existenzanalytischer Herkunft die ihm eo ipso verfügbaren Möglichkeiten der personalen Haltung mit seinem „Bei-Sein“, Aushalten mit dem Kranken, um damit Halt zu geben, wenn die Psychose versucht, jeglichen Halt aufzulösen. (Hier sei an die Metapher Frankls erinnert, der in der Psychose die Person wie die Sonne hinter einer Wolke versteckt sieht).

Dies entspricht auch eigenen Erfahrungen, die zeigen, daß dem Psychotiker, soweit er akut erkrankt ist oder zu der oben von mir beschriebenen Patientengruppe gehört, Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz kaum gelingt. Auch die Paradoxe Intention ist Wahnerlebnissen und Halluzinationen gegenüber meines Erachtens nicht nur sinnlos sondern kontraindiziert. Wie sollte man auch solchen existenzbedrohenden Symptomen gegenüber Humor mobilisieren können! Die völlige Andersartigkeit der psychotischen Erlebensweise wird gerade durch den Vergleich mit der des Neurotikers (z.B. bei Angst/Phobie oder Zwängen) deutlich!

Eine Indikation für eine spezifische psychotherapeutische Behandlung, die über eine allgemeine Begleitung, Empathie, verbale oder nonverbale Interventionen hinausgeht, besteht bei Berücksichtigung der schizophrenen Symptomatik und der dadurch eingeschränkten Beziehungsfähigkeit des Patienten für die Zeiträume der Remission ohne akute psychotische Symptomatik. Sie setzt große Behutsamkeit und Erfahrung im Umgang mit Psychosekranken voraus um nicht per se zum Auslöser eines erneuten psychotischen Schubs zu werden.

Am ehesten hat sich mir bei leichteren psychotischen Störungen der Versuch der Dereflexion hilfreich erwiesen, also ein Zulassen der Störungen und Hinwendung auf anderes und andere, auf die trotz Psychose verbleibenden Möglichkeiten, im Sinne der Selbsttranszendenz.

Auch der Versuch in eher logotherapeutischer Vorgehensweise, den „Sinnhorizont“ zu erweitern, erwies sich nicht als sonderlich erfolgreich. Mein Eindruck beim Psychotiker, leider auch nach Abklingen des akuten Schubs, war, daß er am wenigsten den Satz bestätigen kann: „Auch dein Leben hat Sinn, auch unter diesen Bedingungen deiner Krankheit“.

Was allerdings bleibt - und hier gibt uns die Anthropologie der Existenzanalyse ein tragendes Fundament - ist eine Haltung dem psychotisch Kranken gegenüber, die ein annehmendes abwartendes „Bei-Sein“ ermöglicht, aus dem Wissen um die Person im Gegenüber, bis nach Abklingen der akuten Symptome wieder eine therapeutische und personale Begegnung möglich wird. Auch darauf hat Frankl schon in seinem „psychiatrischen credo“ hingewiesen.

Im nicht-akuten Stadium der Erkrankung sind bei Symptommfreiheit und fehlender sogenannter Defektbildung (auch Residualsyndrom genannt) alle existenzanalytischen und logotherapeutischen Methoden möglich. Wenn die Beeinträchtigung durch die psychotischen Symptome wegfällt und eine psychische Stabilisierung und Ich-Stärke eingetreten ist, kann -immer mit der nötigen Vorsicht - ein biografischer Einstieg versucht und an der Einstellung zur schicksalhaften Erkrankung (Einstellungswerte) gearbeitet werden. Der Versuch, auf den Bedeutungsgehalt des Wahns einzugehen, also warum ein Patient gerade sein ganz typisches Wahnsystem entwickelt hat, scheiterte meist daran, daß der Patient im symptomfreien Intervall oft jeglichen Bezug und Zugang zu seinem krankhaften Wahnerleben verloren hatte. Es war bildhaft gesprochen tatsächlich so, wie wenn sich ein Nebel völlig auflöst hätte.



## Grenzen und Gefahren der Psychotherapie mit schizophrenen Menschen

Der Versuch, durch Psychotherapie die Erkrankung selbst positiv verändern zu wollen, erscheint mir allerdings unrealistisch, vielleicht mit einer Ausnahme, nämlich durch verhaltens-therapeutische „Strategien“ die Symptomatik positiv zu beeinflussen.

Hier werden aus meiner psychiatrischen Sicht oft die Fähigkeiten nicht-psychiatrischer Psychotherapeuten durch eher ideologische Grundannahmen weit überschätzt.

Spontanremissionen, also ein Abklingen der psychotischen Symptomatik, die auch ohne jegliche Therapie eingetreten wären, werden als Erfolg eigener therapeutischer Bemühungen uminterpretiert!

Als gefährlich sehe ich die Haltung an, die Psychose ausschließlich als Folge psychischer und/oder sozialer Traumata zu deuten und dem Patienten die Notwendigkeit der medikamentösen (oft einzig wirksamen!) Behandlung auszureden.

Eine weitere gefährliche Einstellung sehe ich ebenfalls aus der Richtung von Therapeuten, denen psychiatrische Kenntnisse fehlen. Ein erst kürzlich erlebter Fall aus der eigenen Praxis soll dies kurz veranschaulichen: Ein mir seit Jahren bekannter Patient mit einer eher milden Verlaufsform einer paranoiden Psychose (er glaubte, am Arbeitsplatz von anderen beobachtet zu werden, man rede über ihn usw.) reagierte stets prompt auf kleine Mengen eines neuroleptischen Medikamentes. Die Störungen klangen damit immer wieder rasch ab.

Auf Anraten von Bekannten begab sich der Patient in Psychotherapie bei einer nicht-psychiatrischen Therapeutin (es war keine Existenzanalytikerin!). Die Therapeutin nahm in guter therapeutischer Manier den Patienten ernst - und damit auch das Wahnerleben des Patienten. Ein dreiviertel Jahr lang wurde an der „Problematik gearbeitet“ und zwar fatalerweise in der Art, daß der Patient lernen sollte, mit dem „Mobbing“ am Arbeitsplatz umzugehen und sich zur Wehr zu setzen. Das

Wahnhaftes, also die Pathologie der Störung, wurde in dem gesamten Zeitraum nicht erkannt, der Patient immer mehr in seinen Wahn hineingetrieben. Die katastrophale Folge für den Patienten war die Kündigung durch den Arbeitgeber, ein langer Arbeitsprozeß mit Rentenantrag! Mit dem Neuroleptikum war bislang eine ähnliche Störung meist innerhalb von 3-4 Wochen soweit abgeklungen oder unter Kontrolle, sodaß der Patient nicht einmal am Arbeitsplatz krankheitshalber fehlen mußte!

Zurück zu den psychotherapeutischen Möglichkeiten, die ich als wichtig erachte: Die Arbeit mit dem Patienten in Richtung Annahme der schweren und nicht vollständig beherrschbaren Erkrankung, mit dem Ziel, das Leben mit der Behinderung durch die psychische Erkrankung annehmen zu lernen (entsprechend dem diesjährigen Tagungsthema!). Auch im logotherapeutischen Ansatz mit dem Aufsuchen verbleibender lebbarer und sinnvoller Bereiche sehe ich einen lohnenden therapeutischen Versuch. Für mindestens ebenso wichtig halte ich aber die sozialtherapeutischen Maßnahmen zur Wiederherstellung von festen Grenzen und Tagesstrukturen, sozialen

Beziehungen, sowie ergotherapeutische Trainingsmethoden zur Stärkung von Konzentration und Ausdauer. Hier fehlt es nur leider weitgehend an wirklich sinnvollen und motivierenden Angeboten! Kein wirklicher „Wert“ vermag den Patienten aus seiner krankheitsbedingten Antriebsschwäche herauszulocken!

Der derzeitige Stand psychotherapeutischer und auch existenzanalytischer Behandlungsmöglichkeiten bei der schizophrenen Psychose erscheint mir auf dem Hintergrund meiner eigenen Erfahrungen noch als sehr dürftig, verglichen mit Erfolgen bei neurotischen Störungen. Die Hoffnung bleibt aber, daß mit zunehmender Ausgestaltung auch existenzanalytisch/ logotherapeutischer Methoden und zunehmender Erfahrung sich die Situation verbessern dürfte.

Interessiert wäre ich auch an den Erfahrungen, die andere Kollegen im therapeutischen Umgang mit Psychosen gemacht haben.

*Anschrift des Verfassers:  
Dr. Walter Winkhofer  
Nymphenburgerstraße 139  
D-80636 München*

## Nachtrag zu EXISTENZANALYSE 2/96

# Eine Anmerkung zur Anwendung der Existenz-Skala

Im letzten Heft der Existenzanalyse haben A. Längle und Ch. Orgler eine Interpretationsanleitung zur Existenz-Skala publiziert. Frau Univ. Doz. Dr. Elisabeth Wurst hat uns daraufhin auf einen Umstand aufmerksam gemacht, der sowohl wissenschaftlich als auch berufspolitisch von Bedeutung ist. Wir möchten ihre Anregung im Folgenden weitergeben.

Grundsätzlich ist die „klinisch-psychologische Diagnostik hinsichtlich Leistungsfähigkeit, Persönlichkeitsmerkmalen, Verhaltensstörungen, psy-

chischen Veränderungen und Leidenszuständen sowie sich darauf gründende Beratungen, Prognosen, Zeugnisse und Gutachten etc.“ durch das Psychologengesetz dem Psychologen vorbehalten. Dieses Gesetz gilt für Österreich (in anderen Ländern ist es anders bzw. nicht geregelt). Jede Anwendung der Existenz-Skala, die also zum Zwecke der Befunderhebung, der Gutachtenerstellung oder Evaluation dient, die über den Rahmen der Psychotherapie hinausgehen, ist daher in Österreich berufsrechtlich den Psycho-

logen vorbehalten.

Gegen eine Anwendung der Existenz-Skala für den persönlichen Gebrauch ist hingegen nichts einzuwenden. Ebenso kann die Anwendung der Existenz-Skala im Rahmen der psychotherapeutischen Tätigkeit jedem, der zur Psychotherapie bzw. durch seine Ausbildung zur Psychotherapie unter Supervision befugt ist, zur Diagnose sowie als Mittel für die Psychotherapie hilfreich sein. Daher ist gegen eine Anwendung der Existenz-Skala im Rahmen der Psychotherapie, zum Zwecke der Optimierung der therapeu-

tischen Behandlung bzw. der Evaluation des therapeutischen Geschehens wohl kein Einwand zu erheben, wenn das Ergebnis sozusagen unter die Verschwiegenheitspflicht der Therapie fällt. Darüber hinausgehende Verwendung der Ergebnisse z.B. für wissenschaftliche Studien etc. setzt wieder die Berufsbefugnis jener voraus, die zur Ausübung psychodiagnostischer Tätigkeit ermächtigt sind (Regelung durch das Psychologengesetz).

Red.

aus dem Hebräerbrief: "Glaube ist: feststehen in dem, was man hofft, überzeugt sein von Dingen, die man nicht sieht."

Dazu möchte ich anmerken: Ist Glaube tatsächlich immer ein (unerschütterliches) "Feststehen", oder gehören nicht oft auch Suchen, Unsicherheit und Schwankungen dazu? Wer in Extremsituationen an so etwas wie "Sinn" (an ein "Wozu") glauben kann, ist gut dran. Aber dieser Glaube kann auch erschüttert werden oder verlorengehen. Bei vielen Menschen scheint es mir in krisenhaften Situationen eher ein Fragment eines solchen Glaubens zu sein, nämlich: ein winziges Fünkchen Hoffnung oder ein ganz kleiner Rest Vertrauen, daß es irgendwie weitergehen wird, oder daß es vielleicht irgendwann einmal wieder "gut" werden könnte.

Für die Therapie und über weite Strecken für das - "alltägliche" - Leben wichtiger erscheint auch mir der konkrete, an eine bestimmte Person und Situation gebundene "Sinn", der "existentielle Sinn", wie ihn DDr. A. Längle (Bull. 2/94) benannt hat. (Das Folgende schreibe ich mit Absicht in Ich-Form, um den personalen Aspekt zu unterstreichen; es ist aber sowohl mein Leben als auch die therapeutische Arbeit mit PatientInnen gemeint.) Die Antwort auf die Frage: "Wie kann ich den existentiellen Sinn finden?" ist für mich völlig klar, nicht zuletzt deshalb, weil ich diesen Weg auch selbst erprobt habe: eben durch jene "Gefühlsresonanz" (Prof. Dr. K. Dienelt, "Existenzanalyse" 1/95) mit dem Wertvollen der jeweiligen Situation und die Auseinandersetzung dessen mit meinen übrigen Werten. Das heißt, mit dem "Gefühl", genauer: dem "Gespür", dem "Sinn-Gespür". Nur das bringt mich dem existentiellen, das heißt dem konkreten, person- und situationsbezogenen Sinn näher, nämlich: "auf meine Spur" (DDr. A. Längle, Persönliche Mitschrift). Das Gespür ist die Gewähr dafür, daß das, worum es geht, tatsächlich mich ganz persönlich angeht, daß es für mich gut

## Die unendliche Geschichte

*Stellungnahme zum Thema "Sinnglaube und Sinngespür", insbesondere zum Diskussionsbeitrag von Dr. theol. Rupert Dinshobl (EXISTENZANALYSE 2/96):*

# Dem eigenen Gespür trauen

**Emma Huber**

Mit diesen Zeilen spreche ich Rupert Dinshobl persönlich an, weil es Dein Beitrag in der "Existenzanalyse" 2/96 war, der mich ange-regt hat, das Thema "Sinnglaube oder Sinngespür" nochmals aufzugreifen. Aber ich beziehe mich auch auf die Ausführungen anderer Verfasser.

Es war für mich erfrischend und gar nicht verwunderlich, daß sich in Deiner Person nun wieder ein Experte einer anderen Wissenschaft, der Theologie, (und künftiger Experte in Existenzanalyse) in die Diskussion eingebracht hat.

Im Verlauf dieser ging es - nach dem sehr informativen und klar strukturierten Artikel von DDr. Alfred Längle (Bulletin 2/94) - einerseits um die unterschiedlichen Arten von Sinn, andererseits um die im Haupttitel des Artikels angesprochenen Begriffe. Viele interessante Aspekte kamen zur Sprache, aber

die Diskussion wurde für mich all-mählich verwirrend und unüberschaubar. Ich hatte das Gefühl, daß - bei aller gründlichen Auseinander-setzung auf wissenschaftlicher Ebene und trotz Beispielen und kontroversiellen Stellungnahmen - der Bezug zur Praxis nicht klar genug dargelegt wurde. Mir stellte sich dann irgendwann die (Sinn)Frage: Was kann ich mit all dem anfangen, in der psychotherapeutischen Praxis und in meinem eigenen Leben?

Es war Deine Wortmeldung, die mir wieder etwas in die Hand gab. Da war zunächst Deine Unterscheidung zwischen "Extremsituationen" und "allen anderen Situationen des Lebens". Du meintest, beide Begriffe hätten ihre Berechtigung: der "Sinnglaube" als Möglichkeit in Extremsituationen, das "Sinngespür" in den anderen. Im weiteren Verlauf Deines Beitrags zitiertest Du eine Definition von "Glaube"

und richtig ist, daß es wirklich "meines" ist! Und das ist auch die wirksamste Vorbeugung gegen Beeinflussung, Manipulation oder Indoktrination von außen, und sei sie von noch so "wohlmeinender" Art. Anders gesagt, bei dieser Art von Sinn geht es ganz wesentlich um den "Vorrang des Personalen vor dem Allgemeinen" (G. Funke, 1996).

Was das Gefühl ("Gespür") betrifft, so schien auch mir bei dem einen oder anderen eine Angst vor diesem "Unsicherheitsfaktor" zu bestehen. Diese Angst habe ich selber auch oft gespürt und spüre sie zuweilen immer noch. Ich gebe zu, es ist nicht leicht, so mit dem Gefühl umzugehen, daß es der Person wertvolle Hinweise liefern kann. Das kostet oft Mühe; das braucht ein immer neues, ehrliches In-sich-Hin-einhorchen, wie etwas bei mir ankommt, was ich dabei spüre, bei gleichzeitigem Beiseite-lassen von vorgefaßten Meinungen oder Urteilen. Die Grundlagen dafür sind Mut und Vertrauen in meine eigene Fähigkeit zu intuitiver Wahrnehmung (Längle, 1988, 103). Das Risiko des Irrtums ist auch nicht auszuschließen. Es gibt allerdings wirkungsvolle Hilfen, um sich das eigene Gespür zu erschließen: dazu zählen z.B. die Arbeit mit Träumen und kreative Zugänge (Schreiben, Zeichnen, Malen usw.). Wenn ich mich ehrlich und engagiert darum bemühe, dann habe ich mit dem Gespür ein solch feines Instrument zur Verfügung, das es mit dem Verstand ohne weiteres aufnehmen kann: ein Instrument, das viel feinfühlig ist, als der Verstand scharfsinnig sein kann (Längle, öffentlicher Vortrag 1994, Studioheft, 33 f.). Die "Weisheit des Herzens", die Prof. Dr. V. E. Frankl in Anlehnung an B. Pascal für einen "letzten Sinn" für not-

wendig erachtet (Frankl, 1972, 170), halte ich auch für den "existentiellen Sinn" für unverzichtbar.

Nun wieder zu Deinem Beitrag: Über die von Dir erwähnte "gesunde christliche Tradition" würde ich gern mehr hören. Damit könnte ich mehr über die Berührungspunkte und die Unterschiede zur Existenzanalyse erfahren. Die Hefte 3/95 und 1/96 der "Existenzanalyse" standen ja unter dem Themenschwerpunkt "Religion und Psychotherapie". Das ist etwas, das meines Erachtens für die Praxis nichts an Aktualität verlieren wird, denn da begegnen mir immer wieder Menschen, die tief in ihrer religiösen Tradition verwurzelt sind. Daraus können sich Probleme ergeben, vor allem dann, wenn dieser Mensch einen starken Sollens- ("Sinn"-) Anspruch von außen erlebt, zu dem er genau besehen zuwenig oder keine innere Resonanz verspürt. Hier steht nun sein eigenes Gespür im Widerspruch zu den Anforderungen und Erwartungen von anderer Seite, das heißt zu jener Form der kirchlichen Lehre, die diese Person erfahren hat. Verwirrung und Schuldgefühle können daraus entstehen. Um mit diesem Konflikt besser umzugehen, könnte es hilfreich sein, mehr über jene Richtungen in der christlichen Tradition zu wissen, die, wie Du geschrieben hast, den "eigenen Weg", das "innere Licht", die "innere Gewißheit" und somit das personale Gewissen für bedeutsam erachten, das aus der Sicht der Existenzanalyse der Wegweiser zu einem erfüllten Leben ist.

In diesem Sinne freue ich mich darauf, mehr von Deinem Projekt zu hören und bin schon gespannt auf das Ergebnis Deiner Auseinandersetzung mit dem "Exerzitienbuch" aus existenzanalytischer Sicht.

Auf folgende Diskussionsbeiträge in der Rubrik "Forum" habe ich mich unmittelbar bezogen:

- Dienelt K. Stellungnahme in der Rubrik "Forum" zum Artikel "Sinn-glaube oder Sinn-gespür?" von A. Längle, Existenzanalyse 1/95.
- Dinhobl R. Anregungen aus dem Exerzitienbuch des Ignatius? Stellungnahme zum Diskussions-thema "Sinn-glaube oder Sinn-gespür?" Existenzanalyse 2/96.
- Längle A. Ontologischer und existentieller Sinn. Eine weitere Stellungnahme zum Diskussions-thema "Sinn-glaube oder Sinn-gespür?" Existenzanalyse 1/95.

## Literatur

- Frankl V.E. (1972) Der Wille zum Sinn. 3. Ausgabe. Bern: Huber
- Funke G. (1996) Ethik und Existenzanalyse. Vortrag vom 4.5.1996 in Rothenburg o.d. Tauber im Rahmen der Tagung "Ich kann nicht ... Behinderung als menschliches Phänomen"
- Längle A. (1988) (Hrsg.) Existenzanalyse. In: Entscheidung zum Sein. München: Piper
- Längle A. (1994) Kann ich mich auf mein Gefühl verlassen? Öffentlicher Vortrag vom 15.4.1994 in Feldkirch im Rahmen der Tagung "Emotion und Existenz - Vom Bergen des Berührtseins". Veröffentlicht im Studioheft des ORF Landesstudio Vorarlberg 22. Ausgabe, Okt. 1994
- Längle A. (1994) Sinn-glaube oder Sinn-gespür? Zur Differenzierung von ontologischem und existentiellen Sinn in der Logotherapie. Artikel im Bulletin 2/94
- Persönliche Mitschrift während der Ausbildung in Existenzanalyse (1988 - 1991)

*Anschrift der Verfasserin:*  
Emma Huber  
Große Stadtgutgasse 22/17  
A-1020 Wien

# Existenzanalyse in Rumänien

Vor einem Jahr wurde die S.A.E.L., die rumänische Gesellschaft für Existenzanalyse und Logotherapie gegründet. Das Procedere ihrer Eintragung hängt zwar noch in den Fängen der Bürokratie, doch ihr Entstehen und Werden ist begleitet von reger Aktivität der rumänischen Existenzanalytiker. Begonnen hat alles durch die Initiative der gebürtigen Temesvarerin Dr. Wilhelmina Popa (Düsseldorf). Nach der politischen Wende 1989 war es ihr möglich, durch öffentliche Vorträge über Existenzanalyse interessierte Fachärzte für

Psychiatrie und Psychologen anzusprechen und so in weiterer Folge eine Ausbildungsgruppe zusammenzustellen und mit einem Fachspezifikum (nach dem Curriculum der GLE) in rumänischer Sprache zu beginnen.

Bis dahin war psychotherapeutisches Wissen weitgehend nur über die Lektüre fremdsprachiger Literatur zugänglich. Begehrte Werke wanderten in Form von Kopien von Kollege zu Kollege, von Freund zu Freund, anders waren sie kaum zugänglich.

Erst die politische Wende von 1989 brachte hier mehr Öffnung, Therapieschulen kamen ins Land, Literatur wurde leichter zugänglich.

Doch eigentlich hat die Rezeption der EA in Rumänien schon früher begonnen. Prof. Mircea Lazarescu (Prof. für Psychiatrie an der med. Fakultät der Univ. Temesvar), korrespondierendes Mitglied der GLE, hatte sich schon während seines Studiums mit der humanistisch-phänomenologischen Anthropologie auseinandergesetzt und gab

seit 1970 der LT in Forschung und Praxis breiten Raum. Etwa zur selben Zeit hat Dr. Christian Furnica (Leiter der Psychiatrischen Klinik Arad) erste logotherapeutische Arbeiten veröffentlicht. So wurden, noch in der kommu-

nistischen Ära, erste Grundsteine gelegt. Inzwischen ist das Gebäude der EA und LT beträchtlich gewachsen, und seit diesem Herbst konnten 3 weitere Ausbildungskurse in Temesvar und Klausenburg für Psychiater und Psychologen beginnen. Zwei der neuen Kurse werden von Dr. Christian Furnica geleitet, der dritte im Team von Doz. Dr. Tiberiu Mircea, Dr. Liliana Nussbaum und der Psychologin Lorica Gheorghiu. Auch die Liste von einschlägigen Vorträgen, Vorlesungen und Fortbildungen, gehalten von den Pionieren der EA aus der ersten Ausbildungsgruppe, ist beeindruckend umfangreich.

Zum Schaffen einer breiten Basis für die Verbreitung von EA und LT gehört auch die Übersetzung von Fachliteratur ins Rumänische, die durch Dr. W. Popa unter Mitwirkung von Dr. L. Nussbaum und Psych. U. Gulyas erfolgt.

Im Septemter dieses Jahres konnten die Pioniergruppe aus Temesvar un-

ter der Leitung von Dr. Popa den 8. Zehntageblock ihres Fachspezifikums in Wien abhalten. Möglich wurde diese Reise ins Ausland durch das unermüdliche Engagement von Dr. Popa, die, mittlerweile schon geübt im Fundraising, die nötigen finanziellen Hilfen durch Spenden erreichen konnte. Ein rumänisches Monatsgehalt (ca. 100 DM) steht in solch krassem Gegensatz zu den Lebenshaltungskosten im Westen, daß ohne Unterstützung

Erfahrungsaustausch durch Auslandskurse völlig undenkbar wären. So konnten 20 Gruppenteilnehmer und die beiden korrespondierenden Mitglieder der GLE Prof. Dr. Mircea Lazarescu und Prof. Dr. Corneliu Mircea, als Gäste des Erzbistums Wiens mit finanzieller Unterstützung der

österreichischen Ärztekammer, der Salvatorianer, der GLE und weiterer privater Spender, darunter besonders der Künstler Sever Sasarman, 12 eindrucksvolle und anregende Tage in Wien verbringen.

Das Thema dieses Blocks war die Existenzanalyse der Schizophrenie und der Phobien, Vortragende waren Dr. A. Längle, Prof. M. Lazarescu und Dr. T. Mircea. Selbsterfahrung, Fallbesprechung, Existentielles Bilderleben, Einzelgespräche wurden während dieses Kurses von Dr. T. Mircea, Dr. Ch. Furnica, Dr. L. Nussbaum, Psych. L. Gheorghiu und Dr. A. Furnica übernommen.

Ein Blick in die Praxis ermöglichte die von Doz. Dr. Chr. Simhandl arrangierte Klinikbesichtigung und ein Erfahrungsaustausch im AKH Wien.

Ebenso konnten die Leiter der neuen Ausbildungsgruppen Dr. Ch. Furnica, Dr. L. Nussbaum und Dr. Stefaniga an einem Aufnahme-wochenende der neuen Beratergruppe

(13c) in Wien unter Leitung von DDr. A. Längle und Co-Leitung von Dr. S. Längle und Dr. Ch. Probst teilnehmen und Einblicke und Anregungen aus der Werkstatt mitnehmen. Auftakt der Tage in Wien war ein festlicher Empfang in den Räumlichkeiten der GLE in familiär-freundlicher Atmosphäre, untermalt von einem lukullischen Abendessen. Dies wurde von jedem einzelnen als „persönliche Aufnahme“ in die GLE empfunden und ist als eine Zugehörigkeit vermittelnde Erinnerung mit in die Heimat genommen worden.

Neben einer Audienz beim Gastgeber, seiner Exzellenz Erzbischof Dr. Christof Schönborn, der den Aufenthalt der Gruppe in Wien ermöglichte, kam es zu vielseitigen fachlichen Kontaktaufnahmen wie unter anderem mit Dr. Alfred Pritz, Vorsitzender der Europäischen Gesellschaft für Psychotherapie, Frau Dir. I. Scholze von der Systemischen Familientherapie der Erzdiözese Wien und der Philosophischen Fakultät der Universität Wien.

Insgesamt war es eine intensive Zeit und sicher ein Höhepunkt im Curriculum der rumänischen Pioniergruppe, die nun bereits im vierten Jahr ihrer Ausbildung steht.

S. Längle

## The World of Psychotherapy

### Der 1. Weltkongress für Psychotherapie vom 1. bis 4. Juli 1996 in Wien

Man kann Österreich durchaus als Geburtsstätte der Psychotherapie bezeichnen und dies mit gut 100-jähriger Geschichte, doch seit einigen Jahren haben Psychotherapeuten ein neues Selbstbewußtsein. Seit 1991 ist „Psychotherapeut“ in Österreich ein gesetzlich geschützter, freier und wissenschaftlicher Heilberuf. Dies ermutigte Österreich wohl auch, Ort der Selbstdarstellung psychotherapeutischen Wirkens und der Begegnung mit angrenzenden Berufsgruppen und Praktiken in Form einer internationalen Großveranstaltung zu sein.

Etwa 4.000 Teilnehmern wurden 1.500 Referate und Workshops angeboten - wodurch ein beträchtlicher Teil der Anwesenden den Kongress aktiv mitgestaltet hat. Die Liste der Hauptreferenten war lang und illustert das Verdienst dieses Großereignisses

scheint mir eher in der Breite der Begegnung zu liegen und weniger in der Darstellung eines konsolidierten Berufsbildes. Dies führte positiverweise zu einem unvoreingenommenen Suchen und Diskutieren offener Fragen und zeigte persönlichen Mut und Originalität in den Antwortversuchen, negativ fiel die große Spannweite in der Qualität des Dargebotenen in den Workshops auf. Hier dürfte Quantität vor Qualität gegangen sein - leider.

Doch es gab auch anregende und qualitativ hochstehende Veranstaltungen, vor allem auch in den Seminaren des 2-tägigen Vorkongresses. Darüber wollen wir im nächsten Heft gesondert berichten. Als ersten Eindruck fügen wir hier noch einen ausgewählten Wiederhall aus der Presse an.

S. Längle

## Vom Schatten ins Licht

Seit 1991 besitzt Österreich das einzige gültige Psychotherapie-Gesetz im europäischen Raum, worin die Ausbildung und Ausübung dieses medizinischen Berufes reglementiert wird. Zunächst bedarf es einer mehrjährigen Ausbildung (Kosten öS 200.000,— bis 800.000,—) bei einer der dzt. 16 anerkannten „Schulen“ mit ausreichender Selbsterfahrung und Supervision. Die strikte Abgrenzung gegenüber „Scharlatanerie selbsternannter Heilskünder“ soll letztlich auch die positive Zusammenarbeit mit allen anderen medizinischen Berufsgruppen (vor allem Ärzten) fördern.

Ein wichtiger Schritt in Richtung „Zusammenarbeit“ stellte auch der 1.

Weltkongress der Psychotherapie dar, welcher Wissensaustausch, Standortbestimmung verschiedener Berufsgruppen im psychosozialen Bereich und deren Vernetzung im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung (Prophylaxe und therapeutische Vorgangsweisen) der Bevölkerung ansprach.

Die Organisatoren bemühten sich absolut um Vielfalt. Allein die Hauptvorträge umfaßten 16 Parallelvorträge am Vormittag und über 60 Subsymposien nachmittags mit 120 Einzelvorträgen - ein Abbild des „boomenden Psychomarktes“, aber auch ein Zeichen, die psychische, soziokulturelle und emotionale Dimension menschlichen Lebens zunehmend

ernster zu nehmen.

Am Eröffnungstag verwies der bekannte Wiener Psychiater und Ehrenpräsident des Österr. Bundesverbandes für Psychotherapie *Raoul Schindler* zurecht darauf, daß nun der Zeitpunkt gekommen wäre, die Psychotherapie voll in den Dienst der Gesellschaft einzubinden. Es sei auch wesentlich, daß der Staat die Psychotherapie als seine Sache begriffen habe und durch die gesetzmäßige Regelung einen wichtigen Akzent gesetzt hätte. Der Kongress wäre auch ein Versuch zu beweisen, daß wissenschaftliche Vielfalt zu einer gemeinsamen menschlichen Bemühung führen könne, das Besondere des anderen nicht zu unterdrücken, sondern sinnvoll in das Eigene zu integrieren.

*Alfred Pritz*, dem Präsidenten des World Council of Psychotherapy, ist es gelungen, namhafte Fachleute aus 5

Kontinenten als Vortragende nach Wien zu bringen und Offenheit gegenüber Formenvielfalt und nicht anerkannten Therapierichtungen zu signalisieren. „Wie eine Gesellschaft mit Psychotherapie umgeht, gäbe ein gutes Bild dieser Gesellschaft“, meinte er. Pritz gebührt zweifelsohne das große Verdienst, mit dem Kongreß einen Rahmen für internationale Diskussion in den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie und unkonventionelle, psychologische Heilmethoden geschaffen zu haben.

An den Ursprung erinnerte *Viktor Frankl* in seinem Dialog mit dem Psychologen *Giselher Guttman*: „Grundlage jeder wissenschaftlich fundierten Psychotherapie ist die Psychoanalyse - sie erfuhr jedoch eine Überbauung und verlor dadurch an Sichtbarkeit. Diese Remission ist zu tragen.“ Er zitierte *Kierkegaard* und meinte: „Wer etwas Originelles zu bieten hat, hat die Pflicht, tüchtig einseitig zu sein. Es geht darum, dem Patienten einen Daseinssinn zu ermöglichen, sein Gesichtsfeld zu erweitern, ihm das volle Spektrum des Daseins spüren zu lassen, denn Sinn kann nicht gegeben werden, es sei denn vom Patienten selbst. Konkreter Sinn wartet, von einer konkreten Person in einer konkreten Situation erfüllt zu werden.“ So wäre es Frankls selbstverständliche Verpflichtung gewesen, aufgrund seiner Erfahrung des Nihilismus sein „Gegengift“, die Logotherapie und Existenzanalyse, als Technik bekannt zu machen.

Unkonventionelles präsentierten Schamanen, afrikanische Heiler und tibetanische Mönche, und man konnte Reiki als universale Lebensenergie durch Handauflegung erfahren, was übrigens bereits in einem Wochenendseminar zu erlernen ist. Weiters konnte man sich mit der Heilkraft des Feuerlaufens und Feuertanzens vertraut machen und hören, was ein echter Guru als Technik zur Heilung seelischen Leidens anbietet.

Es stellt sich die Frage, ob diese spektakelhafteste Buntheit mit dem Begriff „wissenschaftlich fundierte Psychotherapie“ in Einklang zu bringen ist, beziehungsweise als „alternative

Heilpraxis des Glaubens“ zum Nachdenken über den nicht diskutierten „Placeboeffekt“ vorgesehen war.

Sicher scheint, daß solche alternativen Praktiken nur aus der jeweiligen Kultur und der speziellen Lebensart der betreffenden Volksgruppen zu verstehen sind und mit „äußerster Skepsis“ im Rahmen von „Psychotherapie“ betrachtet werden müssen. Mit noch viel größerer Skepsis ist die Darstellung des Franzosen Michel Meignant zu betrachten, daß sich nämlich jedes Mitglied der EU in Frankreich Psychotherapeut nennen und frei praktizieren darf, wenn er als einzige Bedingung Kenntnis der Landessprache nachweisen kann. Ganz bestimmt lassen sich auch nicht alle Fragen des „psychischen Bereichs“ auf einem Kongreß schlüssig behandeln; Fragen der Abgrenzung und des Zusammenwirkens der Bereiche „Psychologie, Heilpädagogik, Psychiatrie und Psychotherapie“ sollten aber doch mehr Gewicht erhalten, um im Sinne von Synergieeffekten noch bessere therapeutische Ergebnisse erzielen zu können. Die Entwicklungsgeschichte der psychotherapeutischen Schulen seit 1895 und die

verschiedenen Anwendungsgebiete wurden umfassend dargestellt, das Phänomen „Patient“ eher unzureichend, obwohl „Psychotherapie“ ja im wesentlichen „Hilfe zur Selbsthilfe“ bedeuten sollte. Die Folge „Erfahren-Annehmen-Verarbeiten“ in der Psychotherapie steht oft der Folge „Diagnose-Medikation-Auswirkung“ aus der Psychiatrie gegenüber. Daraus einen aktiven Patienten als Partner für seinen eigenen Heilungsprozeß werden zu lassen, wäre zumindest eine sinnvolle Zielsetzung.

Psychotherapie wird die Aufgabe, die ihr die Gesellschaft stellt, nur in interdisziplinär übergreifender Form in Zusammenarbeit von Medizinerinnen, Psychologen und Heilpädagogen zum Wohle aller erfüllen können. Psychotherapie hat keine Wunderdinge anzubieten, sie muß wissenschaftlich nachvollziehbar und meßbar sein und dabei trotzdem die Gratwanderung zwischenmenschlicher, intuitiver Kommunikation und Auseinandersetzung immer wieder wagen.

*Mag. Irene Swoboda*

Aus: Der Mediziner 9/96, 59

## Psychotherapie - „Gipfeltreffen“

Am 1. Juli öffnete das Austria Center seine Tore für den „Ersten Weltkongreß für Psychotherapie“, und vier Tage lang wurde Wien zum Zentrum der Psychotherapie.

Es war eine Veranstaltung, die erstmals PsychotherapeutInnen aus allen fünf Erdteilen versammelte und Fachleute verschiedener Denkansätze und Kulturen zusammenbrachte. Rund 4.000 PsychotherapeutInnen aus der ganzen Welt hielten über 1.500 Referate und Workshops. Unter den KongreßteilnehmerInnen befanden sich unter anderem Viktor Frankl, Harald Leupold-Löwenthal, Leon Wurmser, Otto F. Kernberg und Harry Merl. Wie breit die thematische Spannweite dieses Kongresses war, zeigte auch die Einladung von fünf Schamanen als Zeichen für den Dialog mit anderen heilenden Traditionen. Zum Inhalt die-

ses Kongresses sagte Dr. Alfred Pritz: „Wir suchen die wissenschaftliche Zusammenarbeit, ein Miteinander - nicht nur zum Wohle der einzelnen PatientInnen. Ich denke dabei an Strategien, die vorbeugend eingesetzt werden können, z.B. gegen den Ausbruch unkontrollierter Aggression im Alltag, und uns helfen, friedlicher zu leben.“

Anläßlich des 1. Weltkongresses überreichte Vizebürgermeister Dr. Sepp Rieder Prof. Dr. Eva Jaeggi, Prof. Dr. Otto F. Kernberg, Prof. Edith Kramer und Prof. Dr. Eugene Gendlin das silberne Ehrenzeichen für Verdienste um die Stadt Wien. Vom 3.-7. Juli 1999 ist das nächste „Gipfeltreffen“ in Wien im Austria Center geplant.

*Hans Mauder*

Aus: WLP-Nachrichten 7/96, 22

# Gaby Reisenberger - 10 Jahre in der GLE

Man würde es ihr nicht ansehen, wenn man sie ohne Ahnung träfe, und man würde es nicht glauben, wenn wir es nicht selbst miterlebt hätten: „unsere Gaby“ belebt nun schon seit 10 Jahren unsere GLE.

Begonnen hat's im August 1986. Christine Distelkamp (später Wicki) öffnete ihr die Tür. „Eine Frau Treisenberger“, so hatte sie verstanden. - Wer war das?

Sie war eigentlich gar nicht die Richtige, sondern die Freundin der Richtigen. Die konnte aber nicht, wie wir erfuhren, und schickte sie. Wir wußten keinen Namen, und dann verstanden wir ihn nicht einmal.

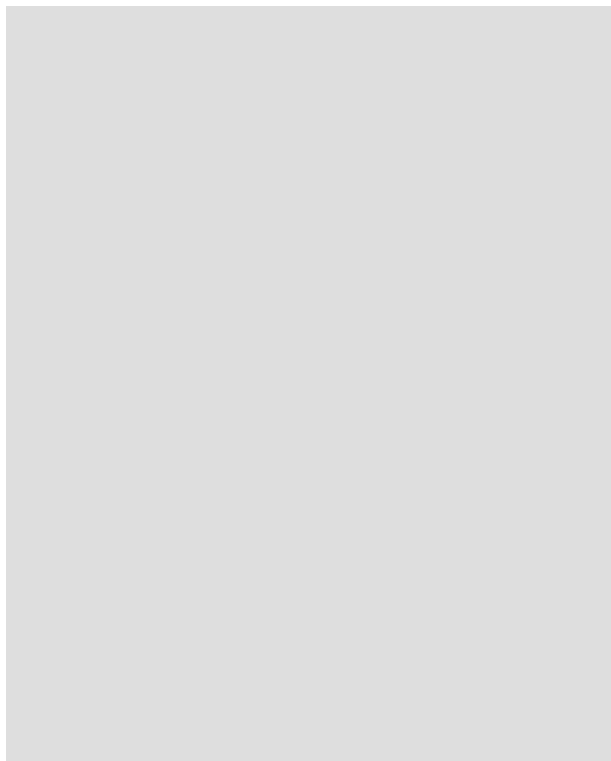
Ein wenig nervös waren wir alle. Auf wen lassen wir uns da gegenseitig ein? Das erste, was uns auffiel, war ihr Temperament. Dies war ein bleibender Eindruck. Er ist's auch heute noch.

Als sie das damals noch winzige Büro mit lediglich einer Schreibmaschine und einem Telephon sah, meinte sie kleinlaut, daß sie sich eigentlich ein größeres Büro vorgestellt hätte, wo auch Kommunikation mit anderen Mitarbeitern möglich wäre. Und außerdem sei sie es gewöhnt, an Schreibcomputern zu arbeiten - wenn sie den Job annähme, wäre es ein ziemlicher Rückschritt für sie.

Schon sah ich unsere erste angestellte Sekretärin davonschwimmen, als Christine Distelkamp eingriff und von ihrer höchst persönlichen Erfahrung als - zugegebenermaßen nur - Behelfssekretärin berichtete. Sie packte groß aus: es kämen schon einige Anrufe pro Woche, und hin und wieder sei auch ein Brief zu schreiben und fünfmal pro Jahr (so war das damals noch) ein Bulletin zu schreiben,

zu kopieren und zu verschicken. Wir hätten nunmehr auch schon fünfzig Mitglieder....

Während Christines Ausführungen gewann ich langsam meine Fassung wieder und schaltete mich unterstützend dazu: „Ja, und möchten Sie nicht sofort anfangen? Wir hätten ei-



nen Tagungsbericht zu schreiben und würden Sie auch gleich einschulen.“

Mehr hatte Gaby nicht gebraucht. Sie taumelte fast, schwankte und mit einem Aufschrei stieß sie hervor: „Also wenn ich mich vorstellen komme, dann arbeite ich doch nicht gleich.“ - Die Lage war gerettet. Das war wohl das klassische Verhalten der Wiener Sekretärinnen. Arbeit - das ist doch Nebensache. Christine Distelkamp und ich wußten, wir hatten die Sache gut gemacht. Darum machten Gabys abschließende Worte keinen großen Eindruck mehr auf uns. Sie wolle nur vorübergehend diese Stelle annehmen,

bis sie etwas Besseres fände, etwas, wo sie nicht so viel schreiben und telefonieren müsse wie bei uns, etwas, wo sie mehr organisieren könne und ein größeres Büro zur Verfügung hätte. Siegessicher lächelnd gaben wir ihr zu verstehen, daß uns so etwas ja auch vorschwebe, und in ein paar Jahren wär's wohl so weit, es hinge nur von ihr ab.

Als Gaby am nächsten Tag kam, träumte sie noch lange von einem größeren Büro mit vielen Mitarbeitern, aber sie dachte nicht mehr daran, wegzugehen. Die Arbeit wurde immer mehr, die Organisation, die sie so liebte, nahm zu (inzwischen ist sie manchmal schon eine Qual), und heute sehen wir tatsächlich, wieviel in der GLE von Gaby abhängt. Tagungen, Ausbildungen, Herbstakademien, Mitgliederverwaltung, Buchhaltung, Korrespondenz (im übrigen auch perfekt in englisch), und die unzähligen Telephonate - manchmal sind es bis zu 50 Telephonate an einem Vormittag - halten Gaby ganz schön auf Trab. Dabei wird sie seit einigen Jahren unterstützt von Silvia Ruhdorfer. Reisenberger und Ruhdorfer, zusammen („RR“) sind sie wie ein „Rolls Royce“ des Sekretariats.

Wir haben Gaby den vielfältigen Dank des Vorstandes und der GLE bei einem feinen Abendessen in der Wiener Innenstadt ausgesprochen und ihr ein kleines Reiseköfferchen überreicht. Nicht, damit sie gehen soll, sondern damit sie einmal aus der Ferne an die GLE und die schönen 10 Jahre denken kann. Im Köfferchen war neben etwas bekömmlichem und prickelndem Proviant ein Reise-gutschein für einen Städteflug für zwei Personen - nur einlösbar, wenn ein Rückflug mitgebucht wird.

So wünschen wir uns, daß „unsere Gaby“ die GLE auch die nächsten 10 Jahre so belebt und wir wünschen Dir, Gaby, daß Du dabei so jugendlich, schwungvoll und lustig bleiben kannst!

GÜNTHER WIENBERG (HRSG.)

## Schizophrenie zum Thema machen

### Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen

Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn, 1995. Grundlagen und Praxis: ca. 240 Seiten, öS 233.-

GÜNTHER WIENBERG, SIBYLLE SCHÜNEMANN-WURMTHALER, BERNHARD SIBUM

## Schizophrenie zum Thema machen

### Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophrenen und schizoaffektiv erkrankten Menschen/PEGASUS

Psychiatrie-Verlag GmbH, Bonn, 1995. Manual und Materialien: 134 Seiten im Großformat A4, mit 43 Kopiervorlagen (Materialien für die Gruppenarbeit), öS 375.-

Psychoedukative Gruppenarbeit zielt im Wesentlichen darauf ab, die vorausgehenden und auslösenden Bedingungen für die Entstehung einer schizophrenen Psychose, das Erleben der akuten Psychose, die Behandlungsmöglichkeiten sowie die Rolle des/der Betroffenen bei der Früherkennung, Bewältigung und Vorbeugung von psychotischen Krisen mit dem Betroffenen zu thematisieren.

Zentrale Fragen in diesem Zusammenhang sind z.B.: „Wie lautet meine Diagnose?“, „Was ist Schizophrenie?“, „Wie entsteht die Krankheit?“, „Wie sind meine Zukunftsaussichten?“, „Was nützen/schaden Neuroleptika?“, „Was kann ich selbst tun, um seelisch stabil zu bleiben?“.

## GRUNDLAGEN

Da die gemeinsame Erarbeitung dieser Fragestellungen wesentlich vom Schizophreniekonzept des/der behandelnden Therapeuten/in beeinflusst wird, geht der Autor im ersten Teil seines Grundlagenwerks ausführlich auf die aktuellen Modellvorstellungen zur Schizophrenie ein.

Einer kurzen Zusammenfassung des traditionellen Krankheitskonzeptes der Schizophrenie, als dessen Hauptvertreter Emil KRAEPELIN und Eugen BLEULER genannt werden, folgt die Darstellung der **Vulnerabilitätshypothese** von Joseph ZUBIN (1963, 1977).

ZUBIN geht davon aus, daß schizophrene Psychosen durch das Zusammenwirken einer besonderen Verletzlichkeit (Vulnerabilität) des Individuums und mehr oder weniger unspezifischen Belastungen, die Streß bei diesem Individuum auslösen, entstehen. Dabei interagieren Verletzlichkeit und Streß in der Weise, daß es bei einer sehr ausgeprägten Verletzlichkeit nur geringfügiger Belastungen bedarf, um eine akute Psychose auszulösen. Ist die Verletzlichkeit dagegen gering, führt erst starker Streß zu einer Erkrankung. Verletzlichkeit wird definiert als Schwellensenkung gegenüber sozialen Reizen, Streß ist in erster Linie eine Folge psychosozialer Belastungen. Das Modell

impliziert - im Gegensatz zum traditionellen Schizophreniekonzept, daß letztlich jeder Mensch psychosensibel ist, wenn er den entsprechenden Belastungen ausgesetzt ist.

Die Wirkung von Stressoren kann darüberhinaus durch die Bewältigungskompetenzen und -ressourcen des/der Betroffenen und seiner/ihrer sozialen Umgebung gemildert werden.

Das **Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie** von Luc CIOMPI (1982), dem der Autor in seiner Darstellung großes Augenmerk schenkt, wird von ihm als eine spezifische Variante des Verletzlichkeits-Streß-Bewältigungs-Paradigmas aufgefaßt.

In der prämorbid Phase (Phase 1), d.h. der Zeitspanne bis zum Auftreten der ersten akuten Psychose, entwickelt sich die besondere schizophrene Verletzlichkeit durch ein Wechselspiel von biologischen sowie psychosozialen Einflüssen und Bedingungen. Das wesentliche Merkmal in dieser Phase sind Störungen in der Informationsverarbeitung, die vor und unabhängig von der akuten psychotischen Symptomatik bestehen. Die spektakulären, in der Regel jedoch flüchtigen akuten psychotischen Symptome entwickeln sich erst sekundär aus diesen grundlegenden Informationsverarbeitungsstörungen.

Bei schizophren erkrankten Menschen ist insbesondere die Fähigkeit beeinträchtigt, „alte“ Reize bzw. Regelmäßigkeiten bei der Orientierung in der Welt (Gewohnheits-hierarchien) zu benutzen, wodurch es zum Phänomen der Reizüberflutung kommt. Die daraus resultierenden psychischen Störungen, die das Denken, die Sprache, die Wahrnehmung, die Gefühle sowie Bewegungsabläufe und Automatismen beeinträchtigen, werden Basisstörungen (SÜLLWOLD, 1977) genannt. Für die Betroffenen ist das Erleben der Basisstörungen gekennzeichnet durch die durchgängige Erfahrung innerer Verwirrung und Desorientierung. Diese geht meist einher mit dem Gefühl, die Kontrolle über die eigenen psychischen Abläufe zu verlieren. Fließende Übergänge führen zu dem, meist mit Angst verbundenen Erleben, unerklärlichen Vorgängen ausgelie-



fert zu sein. Schließlich führt die grundlegende Verunsicherung im Erleben fast notwendigerweise zu einer allgemeinen Verunsicherung im Verhalten. Die Herausbildung psychotischer Symptome hat dabei die Funktion, die zunehmende Neu- und Andersartigkeit von Eindrücken zu erklären und durch aktive Sinnggebung zu bewältigen.

Die Frage nach der Ursache der schizophrenen Verletzlichkeit wird durch das Prinzip der Äquifinalität (Prinzip der gemeinsamen Endstrecke) beantwortet. Demzufolge entwickelt sich die Verletzlichkeit durch eine - in jedem Einzelfall unterschiedliche - Kombination biologischer (genetische und erworbene biologische Bedingungen) und psychosozialer (soziale Deprivation; Kontinuität familiärer Störungen; konfuse, unklar abgegrenzte Subjekt-Objekt-Repräsentanzen; widersprüchliche und/oder paradoxe familiäre Kommunikationsmuster; usw.) Einflußbedingungen, die untereinander wiederum in komplexer Weise in Wechselwirkung treten können. Die individuelle Ausprägung der Verletzlichkeit wird von CIOMPI im Sinne einer relativen Wahrscheinlichkeit verstanden, mit der der Mensch psychotisch reagiert, wobei Stressoren einerseits und günstiges Bewältigungsverhalten andererseits gegenläufige Auswirkungen zur Folge haben.

Die Entwicklung akuter schizophrener Psychosen (Phase 2) wird, wie bereits erwähnt, als ein Reorganisations- bzw. Selbstheilungsversuch der Psyche aufgrund einer krisenhaften Überforderung der Informationsverarbeitung interpretiert. Es kommt dabei zu einem Überstieg vom unerträglichen Chaos der psychotischen Desorganisation in eine „neue Ordnung“, d.h. die Psyche findet ein neues, verrücktes Gleichgewicht. Akute Psychosen werden zunächst als die aktuell „besten Lösungen“ angesehen. Die psychotische „Lösung“ wird aber dann selbst zum Problem, wenn es zu einer tiefgreifenden Störung des Realitätsbezuges kommt, wenn der psychotische Mensch in seinem verrückten Zustand eingemauert ist.

Eine große Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Erkennung von Frühwarnzeichen (Prodromalsymptomen) und dem Einsatz der individuellen Selbsthilfe- und Bewältigungsfaktoren zu.

WIENBERG kommt zu dem Schluß, daß die Mißachtung der Coping-Eigenaktivitäten der Betroffenen Therapie- und Rehabilitationserfolge reduziert.

Abschließend werden - unter Heranziehung der wesentlichen Untersuchungsergebnisse - Stressoren angeführt, die eine psychotische Dekompensation bedingen können. Ebenso wie bei der Entstehung der schizophrenen Verletzlichkeit, sind auch bei der Auslösung akuter Psychosen biologische und psychosoziale Faktoren eng miteinander verwoben.

Die Langzeitentwicklung schizophren erkrankter Menschen (Phase 3) ist - im Gegensatz zur Sichtweise des traditionellen Schizophreniemodells - nicht das Resultat eines vorherbestimmten Krankheitsverlaufs. Der Verlauf und die Prognose hängen primär von psychosozialen Bedingungsfaktoren ab. Dazu zählen u.a. die Zukunftserwartungen des/der Betroffenen und seiner/ihrer Umgebung, die Lebens-

und Betreuungsbedingungen, der Umgang mit Selbsthilfe- und Bewältigungsversuchen sowie soziokulturelle Einflüsse.

Die therapeutischen Konsequenzen, die sich aus dem Drei-Phasen-Modell der Schizophrenie ergeben, zielen generell auf eine Verbesserung der Informationsverarbeitung ab. CIOMPI (1988a, zit. in WIENBERG, 1995, 108) faßt seine Prinzipien des therapeutischen Umgangs folgendermaßen zusammen: *„Was dem verletzlichen Schizophrenen (oder dem Schizophreniegefährdeten) >gut tut< oder >nicht gut tut<, ist über weite Strecken identisch mit Einflüssen, die auf jeden Menschen günstig oder ungünstig einwirken. Schizophrene unterscheiden sich von diesen in erster Linie im Grad ihrer Sensibilität; sie können also gewissermaßen als hochempfindliche >Sensoren< für allgemeinmenschliche Grundbedürfnisse - z.B. nach Kontinuität, Geborgenheit und Wärme, nach Klarheit und Transparenz in allen Dingen, nach menschengemäßen Rhythmen, Tempi und Räumen, etc. - angesehen werden.“*

Die Rolle des/der Betroffenen ist dabei die eines/einer gleichberechtigten Bürgers/in und mitverantwortlichen Subjekts im Umgang mit seiner/ihrer Verletzlichkeit und Erkrankung. Im therapeutischen Umgang geht es daher einerseits darum, die Betroffenen über alle Fragen, die ihre Krankheit und deren Behandlung betreffen, aufzuklären und ihnen andererseits die Mitentscheidung über ihre Behandlung und Betreuung zuzugestehen.

Die Therapie schizophren erkrankter Menschen hat folgende Ziele: Besserung der Symptomatik, Optimierung der Rückfallprophylaxe, Stärkung der Selbsthilfe- und Bewältigungsfähigkeiten, Förderung der subjektiven Krankheitsverarbeitung und Identität, Kompensation primärer Störungen, Förderung der Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung.

Die psychoedukative Therapie versteht sich dabei als einen der drei Basisbausteine in der Schizophreniebehandlung - neben der Pharmakotherapie und der Psychotherapie im engeren Sinne. Als ergänzende Bausteine werden verhaltenstherapeutische Verfahren, das Training sozialer Fertigkeiten, Psychosegruppen/Psychoseseminare, körperbezogene Therapien, kognitives Training, Beschäftigungs- und Arbeitstherapien sowie rehabilitative Hilfen als sinnvoll erachtet.

Im Anschluß an eine knappe, aber dennoch ausführliche Beschreibung der erwähnten Therapieformen, definieren WIENBERG und SIBUM (WIENBERG, 1995, S. 177) die psychoedukative Therapie mit schizophren Erkrankten folgendermaßen: *„ Es handelt sich um eine verhaltenstherapeutische Variante von Psychotherapie im weiteren Sinne. Sie focussiert vor allem die Problemlösungsperspektive und zielt darauf ab, zum Verstehen und zur Verarbeitung des Krankheitsgeschehens beizutragen, Ängste zu reduzieren, ein positives Selbstkonzept zu fördern und die Autonomie der Betroffenen zu stärken. Notwendige Bestandteile sind die Erarbeitung eines gemeinsamen*

*Krankheitskonzeptes sowie die gezielte Förderung der Selbsthilfe- und Bewältigungskompetenzen der Betroffenen im Umgang mit ihrer Verletzlichkeit bzw. Erkrankung.“*

## PRAXIS

Das vom Autor und seinen Mitarbeitern/innen entwickelte Programm gliedert sich in 3 inhaltlich aufeinander aufbauende und gleichzeitig thematisch abgrenzbare Teile. Es ist konzipiert für geschlossene Gruppen und nimmt 14 Stunden im wöchentlichen Abstand in Anspruch.

Die erste Stunde dient der Einführung in die Thematik und dem Kennenlernen der Gruppenteilnehmer/innen.

Die folgenden 6 Einheiten haben das Krankheitskonzept zum Thema. Es geht dabei inhaltlich um das Verletzlichkeits-Streß-Modell, um biologische und psychosoziale Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit, um die Entwicklung und das Erleben der akuten Psychose, um Streß und Belastbarkeit bzw. Überforderung sowie um den Ausgang und Verlauf schizophrener Psychosen.

Im zweiten Teil des psychoedukativen Therapieprogrammes wird auf die Medikamenten-Behandlung eingegangen. Im Rahmen der dafür vorgesehenen 4 Stunden sollen die Teilnehmer/innen über Neuroleptika und ihre Wirkungen, Nebenwirkungen und den Umgang damit, Patienten/innen-Mitverantwortung und Zusammenarbeit mit dem Arzt/der Ärztin sowie individuelle Handlungsmöglichkeiten und die Bedeutung von Frühwarnzeichen informiert werden.

Die Themen des dritten und letzten Teiles sind die Rückfallvorbeugung und die Krisenbewältigung, wobei im Speziellen auf individuelle Frühwarnzeichen und Bewältigungsstrategien eingegangen wird. Dazu gehört die gemeinsame Erstellung individueller Stufenpläne zur Krisenbewältigung. Die Rahmenbedingungen der praktischen Durchführung werden im Grundlagenbuch und auch im Manual genau dargestellt und erörtert.

Der abschließende Teil des Grundlagenbuches enthält eine Reihe von Erfahrungsberichten mit psychoedukativen Programmen aus der Sicht von Experten/innen und Betroffenen, wobei diese Form der Therapie auch für Angehörige von schizophren Erkrankten geeignet ist.

Das **PEGASUS-Manual** liefert gut übersichtliche und klar strukturierte Vorgaben für die Gestaltung des Therapieprogrammes. Es ist so aufgebaut, daß Ziele, Inhalte, Methoden sowie didaktische Hilfsmittel für jede einzelne Stunde in sich abgeschlossen dargestellt werden.

Der Ablauf aller 14 Stunden ist gekennzeichnet durch ein fortlaufendes Wechselspiel zwischen Moderatoren/innen-Input (Präsentation bestimmter Inhalte bzw. Informationen) und Gruppengespräch. Letzteres dient einerseits dazu, durch den Austausch in der Gruppe Kenntnisse, Ein-

stellungen und Erfahrungen der Teilnehmer/innen in den Gruppenprozeß einzubringen und andererseits zur Reflexion und Verarbeitung der von den Moderatoren/innen eingebrachten Informationen.

Das Heft mit den **Materialien** enthält u.a. Kopiervorlagen für die im Verlauf jeder Stunde zu verwendenden didaktischen Hilfsmittel, die den Teilnehmern/innen am Ende der Stunde ausgefolgt werden. Diese bestehen aus Merksätzen, die die inhaltliche Kernaussage für die jeweilige Stunde in einigen Sätzen zusammenfassen, aus Informationsblättern, Abbildungen und Arbeitsblättern, die in der laufenden Stunde bearbeitet werden.

In der Psychotherapie mit psychotisch erkrankten Menschen stellt die Aufklärung der Klienten/innen über ihre Störung und deren Behandlung erfahrungsgemäß einen wesentlichen Bestandteil der therapeutischen Kommunikation dar.

Gerade in diesem Bereich, der von uns Therapeuten/innen ein großes Ausmaß an Strukturiertheit, Klarheit und Eindeutigkeit aber auch Akzeptanz und Wertschätzung in der Begegnung mit dem/der Klienten/in verlangt, ist es wichtig, daß wir von einem Krankheitsmodell ausgehen, das mit diesen Kriterien kompatibel ist.

Das von WIENBERG et al. entwickelte psychoedukative Therapieprogramm basiert auf jenen aktuellen Theorien zur Schizophrenie, die auch von existenzanalytisch orientierten Psychotherapeuten/innen bevorzugt zum Verständnis und zur Erklärung psychotischen Verhaltens herangezogen werden.

Auch unter der Annahme, daß die meisten Leser/innen nicht die organisatorischen und praktischen Möglichkeiten haben, das psychoedukative Therapieprogramm derart anzuwenden, daß die vom Autor vorgeschlagenen Rahmenbedingungen erfüllt werden, liefert das Buch eine wertvolle Grundlage für die Information schizophrener erkrankter Klienten/innen. Einzelne Bausteine können meiner Meinung nach durchaus in Einzeltherapien direkt übernommen werden. Sie erleichtern nicht nur die Aufklärungsarbeit, sondern bieten auch Anregungen für Themen, die in der Therapie bearbeitet werden können.

Das Grundlagenbuch zeichnet sich gerade dadurch aus, daß es eine Vielzahl aktueller und bedeutsamer Theorien und Forschungsergebnisse zum Thema schizophrene und schizoaffektive Psychosen in einem Konzept vereint und - nicht zuletzt durch die sehr anschaulichen Grafiken - auch für den/die auf diesem Gebiet nicht so versierte Leser/in verstehbar macht.

Die theoretischen Überlegungen werden kurz, aber prägnant und durchaus vollständig dargestellt und immer wieder mit praktischen Beispielen und Erlebnis-schilderungen von Betroffenen angereichert, was einerseits die Lektüre spannend und interessant macht und andererseits das Einfühlen in psychotische Erlebnisse - zumindest ansatzweise - ermöglicht.

Jenseits aller theoretischen und praktischen Überlegungen

hat mir an der Lektüre dieses Buches jedoch am meisten die immer wieder formulierte Haltung imponiert, zuallererst vom Subjekt des/der Erkrankten, seinen/ihren Kenntnissen, Erfahrungen, Fähigkeiten, Bedürfnissen und Erwartungen auszugehen und ihn/sie als Experten/in für seine/ihre Erkrankung wahr- und ernstzunehmen, gemäß der Forderung des deutschen Bundesverbandes der Psychiatrie-Erfah-

renen aus dem Jahre 1992: VERHANDELN STATT BEHANDELN!

Ein Grundsatz, der meiner Meinung nach gut mit existenzanalytischen Überlegungen harmoniert!

Mag. Barbara Weibold

INGRID BERGMANN

## **Erziehung zur Verantwortlichkeit durch die Zaubermärchen der Brüder Grimm unter besonderer Berücksichtigung der Sinnkategorie V.E.Frankls**

### **Der "Andere" in den Grimmschen Erlösungsmärchen - Bilder sinn-vollen Seins im Schulanfang**

Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt am Main 1994,  
Europäische Hochschulschriften: Reihe 11, Pädagogik; Bd. 605. 300 Seiten, DM 79,-

Ingrid Bergmann baut ihre Ansichten über die Bedeutung der Grimm'schen Zaubermärchen auf einem breiten Fundament auf. Fast die Hälfte des Buches befaßt sich mit Standortbestimmungen der Logotherapie und Existenzanalyse, ihrer philosophischen Herkunft und Querverbindungen zu Denkern wie Husserl, Scheler, Buber, Levinas, Heidegger, Sartre, Frankl und auch Steiner.

Der „Andere“ ist Thema und wird von vielen Seiten beleuchtet. Wer sich einen Überblick verschaffen möchte über Betrachtungsweisen findet in diesem Buch eine gute Möglichkeit sich zu vertiefen. Ohne genauere Kenntnis der angeführten Literatur ist dieser Teil allerdings anstrengend, weil sehr auszugschaft, zu lesen.

Im dritten Kapitel widmet sich Ingrid Bergmann nun den wesentlichen Merkmalen der kindlichen Entwicklung in den Bereichen des Denkens, Fühlens und Wollens. Drei weltanschaulich unterschiedliche Theorien - die geisteswissenschaftliche Sicht, die materialistische Sicht und die anthroposophische Sicht - werden dargestellt und ihre Auffassungen über eine Erziehung zu Liebe und Verantwortlichkeit im Schulanfang miteinander verglichen. In Bergmanns Schlußfolgerungen ist dann auch ihr eigener Standpunkt, der von der Waldorfpädagogik und der dahinterstehenden Anthroposophie geprägt ist, spürbar.

Hier wird besonders im Entwicklungsverlauf des Kindes der Grund gefunden, warum in der Zeit um den Schuleintritt „Das Märchen“ einen so wesentlichen Anteil an der Erziehung des Kindes haben sollte. In diesem Alter ist das Bildhafte das wesentliche Element beim Ausbilden geistiger Handlungen, beim Fühlen und Wollen. Das Kind nimmt alle Erscheinungen in seiner Umwelt mit In-

teresse wahr und sucht vorkausale Erklärungsmuster für ihre Hintergründigkeit, da es ja verstehen möchte und noch so vieles unerklärlich ist. Diesen seelischen Strukturen des Kindes entsprechen besonders die Strukturen des Volksmärchens.

Ich konnte mich des Eindrucks nicht erwehren, daß das Märchen in der anthroposophischen Erziehung zu einem guten Teil zur moralisierenden Erziehung herangezogen wird, um dem Kind bestimmte Gefühlsqualitäten anzuerziehen. Wie sonst könnte man einen Satz verstehen, der lautet: „Die Dankbarkeit muß in der Zeit des stärksten Wachstums in das Kind >eingepflanzt< werden, ..“ bzw. Ausdrücke wie „Dankbarkeitswille, Liebe- und Pflichtwillen“ ..., die „die menschlichen Urtugenden repräsentieren, die alle anderen miteinschließen“, sind Inhalt der Willenserziehung. Hier wehrt sich mein existenzanalytisches Empfinden.

Gefühle wie „Dankbarkeit“ in ein Kind einpflanzen zu wollen, was ja auch im Bild ein gewaltsamer, zielgerichteter Schritt ist, widerspricht meiner Auffassung von der Freiheit des Individuums/ Kindes. Auch der Begriff Dankbarkeits- und Liebeswille ist meiner Ansicht nach ein Widerspruch in sich. *Will* ich Dankbarkeit, erziehe ich dann das Kind nicht zur Aufgabe der eigenen Empfindungen? Was tun, wenn keine Dankbarkeit empfunden werden kann - setzt dann der Dankbarkeitswille ein? Oder: Dankbarkeit - wird „geleistet“ als Antwort für das Angenommensein in der Welt. Ich wehre mich dagegen, Dankbarkeit zu leisten, ich möchte sie empfinden dürfen, oder auch nicht, wenn es nicht möglich ist.

Konform gehe ich mit Bergmann in dem Punkt, in dem sie meint, daß die Inhalte, die ein Kind geboten bekommt,

sinnbildend und sinngestaltend sein können, und daher auch von Bedeutung ist, was ich dem Kind anbiete. „Welchen Menschen, politischen Meinungen und Bewegungen wir folgen werden, ist abhängig von unserem inneren Wertsystem, das bewußt oder unbewußt von Vorbildern geprägt worden ist.“ Aber auch: „Das Vorbildhafte lebt von seiner Absichtslosigkeit, denn ein Vorbild hört auf, Vorbild zu sein, wenn es als solches wirken möchte“ schreibt Bergmann. Ich meine, die Vielfalt des Angebots an Vorbildern und Wertmöglichkeiten und nicht die Einschränkung auf wenige, sittlich und ethisch überprüfte ist in der Erziehung wichtig, um dem Heranwachsenden auch die Möglichkeit des Erfühlens der Unterschiedlichkeit und die Freiheit der Entscheidung zu geben.

In der Hälfte des Buches werden wir dann in die Thematik des Märchens eintauchen können, das I. Bergmann, sich berufend auf Schiller, Levinas und A. Jaffé als Kunstwerk bezeichnet. „Das Märchen ist frei von allen Bezügen, es ist bar jeder Bindung, selbst von der Sterblichkeit. Es zeichnet, sparsam im Ausdruck, sicher und scharf seine Welt und ist in dieser Form in ganz Europa zu finden.“ „Es war einmal ...“, die bekannte Eingangsformel der Märchen lautet jedoch in der vollständigen Form: „Es war einmal und es wird eines Tages sein: Das ist aller Märchen Anfang. Es gibt kein Wenn und kein Vielleicht, der Dreifuß hat unbestreitbar drei Füße“, und zeigt so die Gültigkeit des Märchens über die Vergangenheit hinaus in die Gegenwart und in die Zukunft hinein auf.

Die Bilderwelt der Märchen entspricht der Welt des Kindes. Das Märchen wird durch seine ihm eigene Sprachgestalt vom Kind unmittelbar aufgefaßt. Die bedeutungsvolle Sprache vermittelt bedeutungsvolle Weisheit des Lebens. Das Kind lebt mit dem Märchenhelden, besteht seine Abenteuer, beweist Mut, handelt aus Liebe, besiegt den Riesen und wird letztendlich König. Es erfährt das absichtslose Gezogenensein in der Handlung. Bergmann meint: „Jeder Mensch ist metaphorisch gesehen ein werdender König, der mit seiner Geburt die *via regia* betritt und sie als den nur für ihn bestimmten Weg zu sich selbst - zu seinem Königreich - erkennen muß.“ So kann das Kind, meint Bergmann, im Miterleben mit dem Märchenhelden die eigene Einmalig- und Einzigartigkeit spüren. „Das Märchen setzt *Menschsein* als *Menschwerdung* ins Bild, zeigt den Weg des Menschen mit seinen ihm eigenen Mitteln als eine Überall- und Nirgends-Geschichte im Einfach-Gesagten.“ Eine Befragung von Studenten und Märchenerzählern, die Wichtigkeit und Bedeutung für das eigene Leben betreffend, soll die Aussagen Bergmanns untermauern.

Drei Märchenbearbeitungen geben Auskunft über die Bedeutung für den Leser/ Hörer unter dem Aspekt der Lie-

be und Verantwortlichkeit. In den Zaubermärchen oder auch Entwicklungsmärchen geht es immer um einen Menschen, der aus einer gegebenen Situation herausfällt, sich auf den Weg macht, Prüfungen zu bestehen hat, Verantwortung übernimmt, für einen Wert, den er als solchen erkannt, erfüllt hat. Im Prozeß der Selbsttranszendenz ist die Erlösung, die Lösung der Situation möglich.

Hier wiederum findet Bergmann eine Entsprechung zum Schulanfänger, der aus der häuslichen Geborgenheit hinausgeht in eine ihm fremde Welt und den Weg antritt, sich zur eigenständigen Person zu entwickeln. Dies wird auch als Grund angegeben, warum die Waldorfpädagogik der Märchenerzählung so großen Wert beimißt.

Nach einer Untersuchung der Lehrpläne für die Grundschulen in Deutschland setzt sich Bergmann mit dem Lehrplan der Waldorfschulen auseinander. Hier ist die Märchenerzählung im ersten Schuljahr angesiedelt. Das Märchen sollte nach Möglichkeit frei erzählt werden, um der Phantasie des Kindes keine Gewalt anzutun und die Fähigkeit zur Erschaffung innerer Bilder zu fördern. Immer wieder spricht Bergmann ethische, religiöse Werte an, die auf diese Weise herangezogen werden können. Der Märchenerzähler bildet mit den Zuhörern eine Gemeinschaft, in der Geborgenheit und Vertrauen erlebt werden können. In der Schule sollte dies ein Lehrer mit „natürlicher Autorität“ sein, auf den die Kinder horchen und zu dem sie aufschauen.

Ich fand enttäuschend, daß erst auf den letzten Seiten konkret Bezug genommen wird auf die Sinnkategorien Frankls.

Bergmann schreibt: „Die Sensibilisierung des kindlichen Gewissens, Sinn aufspüren zu können, erfolgt u.a. auch durch das Erzählen von Zaubermärchen. Dieses Märchenerzählen gewährt dem Kind einen Freiraum der Stille und Geborgenheit, in dem es sich seiner Phantasie hingeben kann. .... Die Wertbilder von Liebe, Treue, Hoffnung, Demut, Mut, Opferbereitschaft und Verantwortlichkeit können in das Kind >einfließen<, d.h. Einfluß nehmen und helfen, sein inneres Wertsystem aufzubauen... Im Märchengeschehen erlebt das Kind das Wesen des Märchenhelden im prozeßhaften Geschehen als *phänomenologische Wesensschau*.“

Lebensfragen und Sinnfragen treten durch das Märchen ins kindliche Bewußtsein, es *kann* so die Fragen stellen, die es im Leben beantworten *muß*. In den Märchenbildern erwacht die Sehnsucht im Kind, so sein zu wollen, wie der Märchenheld. Diese Sehnsucht entspricht der Spannung zwischen Sein und Sollen, aus der der Wille zum Sinn geboren wird. Zaubermärchen sind Beispiele ethischen Seins, die lebendig bleiben und zur unverlierbaren „Lebensgestimmtheit“ werden können.

Mag. Ursula Podirsky-Rataitz

## Hinweis auf Neuerscheinungen

TORSTEN PASSIE

### **Phänomenologisch-anthropologische Psychiatrie und Psychologie**

Eine Studie über den „Wengener Kreis“:

Binswanger - Minkowski - von Gebattel - Straus

Guido Pressler Verlag, Hürtgenwald 1995, Gr.-Oktav, 256 S., Leinen DM 140,-, ISBN 3-87646-079-4  
(Schriften zur Wissenschaftsgeschichte, Hrsg. Armin Geus und Guido Pressler, Band 13)

Die Darstellung folgt den anthropologischen Ansätzen in der Psychiatrie, stellt sie historisch dar, greift auf Schwerpunkte zurück und versucht, eine möglichst geschlossenenvergleichende Beschreibung dieser bahnbrechenden Konzepte zu geben.

Philosophisch orientierten sich die vier „Phänomenologen“ an:

Dilthey, Bergson, Nietzsche, Pascal, Kierkegaard, Husserl, Scheler, Heidegger u.a.

Aufgezeigt werden:

- Binswangers Forschungsweg bis hin zu seiner eigenen Anthropologie

- Minkowskis Analysen zeitlicher und räumlicher Strukturen
- Gebattels Bemühen um existentielle Dimensionen des psychischen Krankseins
- Straus' Untersuchungen zur Sinneserfahrung und ihrer psychotischen Erlebnisabwandlung
- kritische Äußerungen der vier „Phänomenologen“ an bestimmten Vorgehensweisen der philosophischen Phänomenologie
- ihr Verhältnis zur Psychoanalyse
- ihre Psychoanalysekritik
- ihre zentralen Konzeptionen zur Zeiterfahrung bei psychiatrischen Erkrankungen.

## 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, Riihitje 3 A 1, SF - 00330 Helsinki 33

Dr. Wilhelmine Popa, Görlitzerweg 1, D - 40880 Ratingen (Tel.: 02102/470818)

Univ. Prof. Dr. Heinz Rothbacher, Praxis Tel.: 0662/847558, Universität Tel.: 0662/8844-2800)

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.: 041/7505270)

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.: 041/7505270)

## PSY III - Diplom

Im März 1997 wird im Weiterbildungszentrum Schloß Hofen in Lochau/Vbg. ein PSY III „**Psychotherapeutische Medizin**“ mit einer fachspezifischen Ausrichtung in **Existenzanalyse** beginnen. Voraussetzung dafür ist ein medizinisches Studium und Absolvierung der Lehrgänge in PSY I + II.

Zudem können sich Interessenten aus Medizin und Psychologie als **Gasthörer** für den fachspezifischen Teil in Existenzanalyse bewerben. Nähere Informationen bei Elmar Fleisch, Schloß Hofen, 6911 Lochau (Tel.: 05574/4930-0) bzw. bei DDr. Längle, GLE Wien.

## WLP - Nachrichten

### **Psychotherapie-Leistungen sollen reduziert werden!**

Vor einigen Tagen haben sich die Koalitionspartner auf ein Kassensparpaket geeinigt, das bis zum 12. Juli beschlossen werden soll. In der Öffentlichkeit am meisten bekannt sind die geplante Einführung einer Krankenscheingebühr von 50,- und die Erhöhung der Rezeptgebühr. Es enthält aber noch weitere, zum Teil drastische Einschnitte. Der relativ drastischste Einschnitt ist bei den Kostenerstattungen für Psychotherapie geplant:

**Die Ausgaben für Kostenrückerstattung für Psychotherapie sollen um 50 Millionen gesenkt werden! Das bedeutet eine Reduzierung um ein Drittel!**

(vgl. Salzburger Nachrichten, 26.6.1996)

1992 gab es eine Beitragserhöhung um 0,2 Prozentpunkte, weil - neben der Pflegegelderrhöhung - für Psychotherapie 600 Millionen bereitgestellt werden sollten. 1993 gaben die Kassen 86 Mio. für Psychotherapie aus, im letzten Jahr geschätzte 140 Mio. Die Sozialversicherung hat also Einnahmen unter dem dezidierten Titel Psychotherapie eingenommen, sie aber anderswertig verwendet. Bei den letzten Kassenverhandlungen mit dem Hauptverband am 20. Juli wurde im beiderseitigen Einvernehmen beschlossen, die Verhandlungen bis Ostern 1997 zu unterbrechen, da die Standpunkte festgefahren waren.

### **Geplante Methoden der Einsparung**

Am schärfsten waren in den Koalitionsverhandlungen zum Kassensparpaket die ÖVP-VertreterInnen zugange. So wurde von ihnen etwa vorgeschlagen, den Zuschuß um 100,- zu senken. Das würde, nach Wegfallen der Mehrwertsteuer ab nächstem Jahr, einen Zuschuß von 200,- für die PatientInnen bedeuten!

Weitere Vorschläge, wie die Einsparungen realisiert werden sollen, gehen in folgende Richtung: Das Ausmaß

drastisch einzuschränken. Das heißt: ziemlich willkürliche Festsetzungen, wie lange die Therapie dauern darf; Versuche, PsychotherapeutInnen ohne eingetragene Zusatzbezeichnung die Qualifikation für die Anwendung der angegebenen Methode abzuspochen; sowie eine geplante Zuordnung von Diagnose zu angewandter Therapiemethode (Zuordnung zu den Methoden, die angeblich am effizientesten bei der jeweiligen Diagnose wirken).

Die sozialdemokratischen Vertreter haben bei den Verhandlungen der letzten Tage diesen ÖVP-Vorstößen zumindest nichts entgegengesetzt und ihnen letztlich einstweilen doch zugestimmt. Auch auf die geplanten Psychotherapie-Maßnahmen trifft zu, was Gewerkschaft und Arbeiterkammer an anderen Maßnahmen kritisiert haben: die Benachteiligung der sozial Schwachen, denen der Zugang zu therapeutischer Hilfe erschwert wird.

### **Sinnvoll sparen**

Es ist offensichtlich, daß die Krankenkassen handeln müssen. Tatsächlich droht ihnen, wenn sie wie bisher weiter machen, ein weiteres Milliarden-Defizit. Die Krankenkassen müssen sparen, das ist ihre kaufmännische Pflicht. Das Ungeheure an dem jetzigen Plan ist aber: Die Koalition spart in erster Linie beim eigenen Denken. Der vorgelegte Plan enthält keinerlei Reformen, keinerlei Strukturveränderungen. Nennt Paul Watzlawick eines der typischen neurotischen Muster: mehr desselben - so handelt die Koalition genau nach diesem. Wenn den sozial Schwachen bisher Psychotherapie schon schwer zugänglich wurde, soll es nun jetzt erst recht unmöglich gemacht werden.

Statt vernünftiger struktureller Veränderungen wird punktuell an Minimalausgaben des Budget für Gesundheit herumgefeilscht.

Dutzendfach ist in Studien und Untersuchungen aufgezeigt worden: Psychotherapie bringt, aufs Ganze gesehen, eine vernünftigeren und sparsamere Verwendung der begrenzten materiellen Mittel.

Um ein Beispiel zu geben: Dr. Horst Ingruber, Verwaltungsdirektor des AKH, hat in einer Kosten-Nutzen-Rechnung aufgezeigt: Wird eine konventionelle internistische Spitalsabteilung mit 200 Betten umgewandelt in eine psychosomatische, unter Einbeziehung psychotherapeutischer Behandlung, ergibt sich „bei vorsichtiger kaufmännischer Berechnung“ eine Einsparung von jährlich 115 Millionen. Dabei ist, wie er betont, „ein großer Teil des georteten Nutzens aus Mangel an Informationen nicht bewertet“. (vgl: M. Hochgerner, E. Wildberger: Psychotherapie in der Psychosomatik, Wien 1995).

Man muß sich mal die Relation verdeutlichen, um das Ausmaß an Gedankenlosigkeit zu sehen: Eine 200-Betten-Station kann mehr als 115 Millionen jährlich sparen, obwohl der Aufwand für psychotherapeutische Leistungen steigt.

Ein anderes Beispiel: Medikamente im Wert von 3 Milliarden landen jährlich in den Müllkübeln, teils ungeöffnet. Der Koalitionsplan sieht eine Einsparung im

Pharmabereich um 1 Mrd. vor. Wie? Vor allem durch Preisabschläge, Senkung der Großhandelsspanne und auch verminderte Verschreibung. Daß aber die PatientInnen auch von sich aus Medikamente holen, diese dann doch wegschmeißen, gehört zum gleichen Phänomen wie die unnötigen Untersuchungen. Dahinter liegen doch aber zu allermeist seelische Vorgänge: Beachtung, Zuwendung, Angst. Eine sinnvolle und notwendige Reduzierung der Arzneiverschwendung kann mit psychotherapeutischer Aufklärung viel eher gelingen.

## **Gedankenlosigkeit gefährdet das Sozialversicherungswesen**

Selbstverständlich ist uns bewußt, daß die Umsetzung ganzheitlicher Gesundheitspolitik nicht so einfach und nicht am Schreibtisch erfolgen kann; daß Strukturen und Denkgewohnheiten sich ändern müssen. Und dies braucht Zeit. Allerdings muß die Zeit von den Verantwortlichen, die alles andere als eine leichte Aufgabe haben, auch sinnvoll genutzt werden.

Das österreichische Sozialversicherungswesen hat - in geschichtlichem Zusammenhang gesehen - eine große Tradition. Es grenzt an Tragik zu sehen, wie in der öffentlichen Diskussion der letzten Monate spürbar wurde: Die eingeschliffenen Denkgewohnheiten drohen den gefürchteten Kollaps des Gesundheitssystems eher zu beschleunigen denn zu verhindern.

Der WLP und der ÖBVP werden in den nächsten Tagen versuchen, eine Öffentlichkeit in dieser Frage herzustellen. Wir werden auch Gespräche mit PolitikerInnen führen.

DSA Ingrid Farag  
WLP-Vorsitzende

Heinz Laubreuter  
WLP-Vorstand

Aus: WLP-Nachrichten, Jg. 4, 5/96

## **Stellungnahme der GLE**

***Das Sparprogramm für die Psychotherapie-Kostenerstattung, das in den ersten Julitagen publik wurde, veranlaßte die GLE zu einer sofortigen Reaktion bei den zuständigen Politikern - Bundeskanzler Dr. Franz Vranitzky, Vizekanzler Dr. Wolfgang Schüssel, Sozialminister Franz Hums, Wirtschaftskammer-Präsident Johann Maderthaler, ÖGB-Präsident Fritz Verzetnitsch, AK-Präsidentin Lore Hostasch und Bundesministerin Dr. Christa Krammer.***

***Wir drucken den Wortlaut, der an den Bundeskanzler geschickt wurde im folgenden ab:***

Sehr geehrter Herr Bundeskanzler Dr. Franz Vranitzky!

Über den Bundesverband für Psychotherapie haben wir von

geplanten Einsparungsmaßnahmen bei der Kostenrück-  
erstattung für Psychotherapie erfahren. Demnach sollen die  
Kosten um 50 Millionen Schilling, das ist rund ein Drittel  
des bisherigen Versorgungsstandes, gesenkt werden.

Als Vertreter einer wissenschaftlichen Psychotherapie  
mit dem Anspruch eines flächendeckenden  
Versorgungsangebotes für Österreich treten wir mit aller  
Entschiedenheit und in aller Öffentlichkeit gegen solche  
Maßnahmen ein! Diese Maßnahme ist dazu angetan, mit-  
telfristig das angestrebte Sparziel im Gesundheitsbereich zu  
untergraben. Ist doch schon längst bekannt, daß gut fundier-  
te Psychotherapie die Behandlungskosten insgesamt signifi-  
kant senkt (Senkung der Behandlungsfrequenz, inkl.  
Spitalsaufenthalte, der Rückfälle, der Behandlungsdauer,  
der Medikamentenkosten). Einsparung einer erst im Auf-  
bau begriffenen psychotherapeutischen Versorgung der Be-  
völkerung bedeutet daher effektiv eine Umwegverteuerung  
der Gesamtbehandlungskosten der Patienten!

Ganz abgesehen vom rein ökonomischen Widersinn  
einer solchen Maßnahme ist es weder ethisch noch sozial  
vertretbar, Menschen einem längeren Leiden auszusetzen  
oder ihnen Hilfe vorzuenthalten, wo diese möglich wäre.  
Von der psychotherapeutischen Hilfe profitieren nicht nur  
diejenigen, die sie unmittelbar erhalten, sondern das ganze  
Beziehungsnetz, in welchem diese Menschen stehen: ihre  
Familien und Angehörigen, Arbeitskollegen und Freunde  
usw. Die Hilfe, um die es hier geht, vermag mehr Tote pro  
Jahr zu verhindern, als weiße Nummerntafeln auf den Au-  
tos oder die Senkung der Promillegrenze zusammengenom-  
men. Wer kann dafür die politische Verantwortung überneh-  
men?

Zuletzt sei darauf hingewiesen, daß der politische  
Wille für den psychotherapeutischen Versorgungsauftrag ja  
gegeben ist und schon 1992 zu einer Erhöhung der Sozia-  
lversicherungsbeiträge um 0,2 % (gemeinsam für das Pfl-  
legeld) geführt hat. Bisher ist aber das Geld, das die  
Bevölkerung für die Psychotherapie bereitstellt, nur zu ei-  
nem Fünftel bzw. einem Viertel für die Psychotherapie  
verwendet worden. Statt die sachgemäße Verwendung der  
Gelder voranzutreiben, sollen sie nun widmungsfremden  
Bereichen zugeführt werden. Wir ersuchen Sie als verant-  
wortlichen Politiker, solches Unrecht zu verhindern und der  
Bevölkerung zu ihrem Recht zu verhelfen. Denn es soll  
nicht das, was 1992 der Bevölkerung als Psychotherapie-  
anspruch verkauft wurde und seither kassiert wird, heim-  
lich und stillschweigend zweckentfremdet anderen Interes-  
sen zufließen. Dies wäre ein klarer Betrug an der Bevöl-  
kerung und am Berufsstand.

Wir hoffen, daß trotz der gespannten ökonomischen Situa-  
tion des Landes eine politische Lauterkeit und wirt-  
schaftliche Sachlichkeit bei allenfalls notwendigen Maß-  
nahmen vorherrscht.

Hochachtungsvoll

Dr. med. Dr. phil. Alfred Längle  
Vorsitzender der GLE

## Reaktionen der Politiker

*Als Reaktion auf unseren Brief erhielten wir die folgenden Stellungnahmen, die wir weitgehendst ungekürzt wiedergeben. Es mag interessieren, wie die einzelnen Parteien mit der Problematik umgehen.*

### **Bundesministerium für Arbeit und Soziales**

(...) Wie Ihnen sicherlich bekannt ist, sind in den letzten Jahren die Kosten im Bereich der Krankenversicherung überproportional gestiegen; gleichzeitig aber haben die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherungsträger aufgrund der internationalen Wirtschaftssituation einen geringeren Zuwachs erfahren als in den Jahren zuvor.

Die deshalb mit der 53. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz getroffenen Reformmaßnahmen sollen dazu beitragen, daß einerseits der hohe Qualitätsstandard der medizinischen Versorgung auch unter Berücksichtigung des zu erwartenden Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft auch für die Zukunft gesichert ist und daß andererseits jedem Anspruchsberechtigten der Zugang zu den Gesundheitsleistungen im erforderlichen Ausmaß garantiert werden kann.

Aus dieser Situation ergibt sich - im Rahmen des Möglichen - das Erfordernis eines verstärkten Kostenbewußtseins. Darüber hinaus mußten mit der 53. Novelle zum ASVG Maßnahmen zur Erlangung zusätzlicher finanzieller Mittel für die gesetzliche Krankenversicherung beschlossen werden. Allerdings hat der Herr Bundesminister pauschale, nicht gerechtfertigte Kürzungen für einzelne Gruppen von Versicherten oder bezüglich der Inanspruchnahme bestimmter Gesundheitsleistungen bzw. Leistungen eines bestimmten Gesundheitsberufes abgelehnt. Es gibt daher auch keine Festlegung dahingehend, daß - wie vereinzelt kolportiert - im Bereich der Psychotherapie 50 Millionen Schilling eingespart werden sollen. auch die 53. ASVG-Novelle enthält diesbezüglich keinerlei legislative Maßnahmen.

Selbstverständlich muß das Gebot des Kostenbewußtseins auch für die Psychotherapeuten gelten.

### **Friedrich Verzetnitsch**

#### **Präsident des österr. Gewerkschaftsbundes**

Aufgrund Ihrer Anfrage habe ich nähere Informationen eingeholt. Dazu wurde mir folgendes mitgeteilt:

Aufgabe - mit von den Entscheidungsträgern der Sozialversicherung bekräftigter Priorität - ist es, zu ermöglichen, daß jeder Versicherte, der Psychotherapie benötigt, diese auch auf Krankenschein erhält.

Bei Verwirklichung dieses Gesetzauftrages ist für die Sozialversicherung die Zielgenauigkeit und die Qualitätssicherung im Auge zu behalten:

- Psychotherapeuten, die kranke Patienten auf Kassenkosten behandeln, müssen besondere Erfahrungen in der

Krankenbehandlung erworben haben.

- Es soll jene Psychotherapiemethode eingesetzt werden, die dem Patienten eine optimale Behandlung ermöglicht. Allerdings sind bei der „Methodenauswahl“ auch ökonomische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

Die Verhandlungen mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie wurden bis längstens Ostern 1997 ausgesetzt, da in den oben angeführten, für eine optimale Versorgung der Versicherten zentralen Punkten, keine Annäherung erzielt werden konnte. Dies bedeutet allerdings keinen Gesprächsstillstand: informelle Kontakte werden laufend gehalten; auf Wunsch eines Verhandlungspartners sind die offiziellen Verhandlungen jederzeit wieder aufzunehmen.

Es ist mir nicht bekannt, auf welcher Grundlage die Behauptung des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie basiert, seitens der Sozialversicherung sei es geplant, jährlich 50 Millionen Schilling einzusparen.

Festzuhalten ist aber, daß der Bereich Psychotherapie von den Konsolidierungsmaßnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgenommen werden kann. Dieser generelle Aspekt ist im Auge zu behalten. Konkrete Einsparungsziele bzw. -potentiale sind derzeit nicht definiert. (...)

Abschließend ist zu betonen, daß die Sozialversicherung in der Psychotherapie eine Behandlungsform sieht, die im Rahmen eines qualitativ hochstehenden und effizienten Einsatzes für alle Versicherten auf Krankenschein sichergestellt werden muß. Dies ist in einigen Bundesländern schon flächendeckend gelungen. Bestehende Versorgungslücken werden mit oberster Priorität geschlossen werden.

### **Abgeordnete zum Nationalrat Eleonora Hostasch Präsidentin der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien**

(...) Wie Sie sich sicher schon überzeugt haben, ist in der 53. ASVG-Novelle keine Neuregelung der Psychotherapie wirksam geworden. Das Protokoll der Ministerratssitzung vom 24.6.1996 wurde jedoch mit folgender Anmerkung versehen:

„Die Ausgaben der Krankenkassen für psychotherapeutische Behandlungen steigen tendenziell sehr stark an. Der Hauptverband der Sozialversicherungsträger wird bis Anfang 1997 Maßnahmen vorlegen, die Höhe und Umfang der kostensatzpflichtigen Leistungen in diesem Bereich reduzieren sollen“.

Um welche Maßnahmen es sich hier handeln soll, ist derzeit nicht bekannt. Die Arbeiterkammer wird sich bemühen, daß in den entsprechenden Verhandlungen trotz der Sparnotwendigkeit die Qualität der Leistungen und die Sicherung dieser Qualität besonders beachtet werden.

Die AK wird weiterhin eine flächendeckende „Psychotherapie auf Krankenschein“ unterstützen. Sie ist - darauf möchte ich hinweisen - wie keine politische Interessenver-



treten in diesem Land für die Aufnahme der Psychotherapie in den Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung eingetreten. Die Hoffnung jedoch, es werde zu einem bundesweit wirksamen Gesamtvertrag ohne Zuzahlung der Patienten kommen, hat sich nicht erfüllt, nicht zuletzt auch deshalb, weil eine Einigung über die Höhe der Honorartarife nicht zustande gekommen ist. Im Gegenteil, die Honorare sind fast im Ausmaß des satzungsmäßigen Zuschusses gestiegen; für die Patienten hat sich damit kaum etwas geändert.

Meiner Auffassung nach kann das Versorgungsproblem der Psychotherapie nur im Rahmen eines Gesamtvertrages gelöst werden, in dem - wie in den Verträgen mit Ärzten - die psychotherapeutische Leistung mit der Zahlung des gesamten Honorars durch die Kassen abgegolten ist. Durch sozial gestaffelte Selbstbehalte könnte die finanzielle Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung in Grenzen gehalten werden. Allenfalls könnte auch an den Abschluß von standardisierten Einzelverträgen gedacht werden.

Alternativen zu diesem Konzept kann ich gegenwärtig nicht erkennen. Ich denke, daß die qualitative Seite der Behandlung auch als Voraussetzung für die vertragliche Beziehung zu den Kassen eine stärkere Bedeutung erhalten sollte (z.B. längere psychotherapeutische Praxis in Krankenanstalten oder ähnlichen Institutionen nach Abschluß der Ausbildung). Im übrigen teile ich Ihre Einschätzung, daß mit der Anwendung von Psychotherapie Kostendämpfungspotentiale im Gesundheitswesen mobilisiert werden können. Ich glaube aber auch, daß es den Berufsverbänden der Psychotherapeuten bisher noch nicht wirklich gelungen ist, alle betroffenen Einrichtungen davon zu überzeugen.

Das Büro von **Dr. Wolfgang Schüssel** erklärte lediglich, nicht zuständig zu sein und verwies an Sozialminister Franz Hums.

*Von Bundeskanzler Dr. Franz Vranitzky, Wirtschaftskammer-Präsident Johann Maderthaner und Bundesministerin Dr. Christa Krammer erhielten wir leider keine Stellungnahmen.*

## Praxiseröffnungen

**VORARLBERG** DiaLogos - Institut für existenzanalytische Individualberatung, Management-Begleitung und Organisations-Entwicklung  
Mag. Arnaldo ROMANOS  
Hasenfeldstraße 7b  
6890 Lustenau  
Tel.: 05577/85101, Fax: 05577/85230

## Praxiseröffnungen Fortsetzung

- WIEN** Soz.päd. Gabriela APPIANO  
Maria Treu Gasse 6/9  
1080 Wien  
Tel.: 405 13 90
- WIEN** Mag. Ruth KRIZ (klin. Psychologin)  
Psychologisch-psychotherapeutische  
Praxis  
Sandleitengasse 9-13/5/5  
1160 Wien  
Tel.: 489 61 53
- WIEN** Mag. Andrea SCHWIENBACHER  
Psychologin  
Kaiserstraße 26, Stg. 3, 26  
1070 Wien  
Tel.: 522 34 78

## Publikationen

- LÄNGLE A. Das Ja zum Leben finden. Existenzanalyse und Logotherapie. In: Promed 10, 1996, 38-43. Wien: Springer.
- WOLICKI M. Koncepcja duchowosci czowieka w analizie egzystencjalnej V.E. Frankla (Die Konzeption der Geistigkeit des Menschen in der Existenzanalyse von V.E. Frankl. In: Premisla Christiana, T. VI, Przemysl 1993/95, 127-135.

## Abschlußarbeiten in Logotherapie und Existenzanalyse

- GAVINO M. Das Findelkind. Eine Fallstudie zur Existenzanalyse.
- HIRSCH F. Die Frage nach dem Sinn des Lebens. Viktor E. Frankl und Karl Rahner im Vergleich.
- KINAST R. Christlicher Glaube kann den psychotherapeutischen Prozeß auch unterstützen... Erfahrungen aus der Sicht eines Existenzanalytikers.
- KOSUTA M. Trauma i smisao (Trauma and Meaning).
- LUSS K. Schizophrenie und personale Grundmotivation.
- RUDOLF T. Auf der Spur der existentiellen Wendung.
- SACHER M. Existenzanalyse und Logotherapie in der Erwachsenenbildung am Beispiel des 2teiligen Vortrages "Familie - Ursprungsort seelischer Gesundheit und seelischer Krankheit"
- WONDRACZEK M. Lebensberatung zur Lösung menschlicher Probleme.

## Neue Mitglieder

Frau Mag. Dr. Susanne IVANEK, Wien (A)  
Frau Elisabeth KOVARIK, Zwettl (A)  
Frau Dr. Ingrid MARSCHALL, Wien (A)  
Frau Dr. Maria REISS-PAWLITSCHKO, Wr. Neustadt (A)  
Frau Brunhilde ROCKENSCHAUB, Winertsham (A)  
Frau Mag. Claudia ROMEH, Sparbach (A)  
Herr Johann BAUER, Wien (A)  
Herr Steve HARDY, Salzburg (A)  
Herr Manfred KNOKE, Bremerhaven (D)  
Herr Hermann KREXNER, Maria Gugging (A)  
Herr Ahmad MIRSHAMSHIRI, Wien (A)

Ausgetretene Mitglieder:

Frau Elfriede Guggenberger, Anif (A)  
Frau Susanne Rosei, Wien (A)  
Frau Hertha Schwaighofer, Goldegg (A)  
Frau Dr. Margot Jäger, Stuttgart (D)  
Frau Dr. Elke Blessing, Albstadt (D)  
Frau Anne Oehler, Bochum (D)  
Herr Dr. Reinhard Haller, Frastanz (A)  
Herr Jürgen Strunk, Penneberg (D)

## Neue Ausbildungsgruppen

### 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)

### WIEN - EXISTENZANALYTISCHES FACH- SPEZIFIKUM

**Leitung:** Liselotte Tutsch  
**Beginn:** 3.-4. Mai 1997 (Aufnahmeseminar)  
**Ort:** GLE Wien  
**Information:** Liselotte Tutsch (Tel.: 89 41 407)

### SCHWEIZ - EXISTENZANALYTISCHES FACH- SPEZIFIKUM

**Leitung:** A. Längle und Ch. Wicki-Distelkamp  
**Beginn:** 6.-7. Juni 1997  
**Information:** SINNAN - Institut für Existenzanalyse  
und Logotherapie, Weststraße 87,  
CH-6314 Unterägeri, Tel.: 041/7505270

### MÜNSTER - LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ- ANALYTISCHE BERATUNG

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

### BERLIN - LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ- ANALYTISCHE 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 - LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ- ANALYTISCHE BERATUNG

**Leitung:** Wasiliki Winklhofer  
**Beginn:** 26. - 27. April 1997  
**Information:** Wasiliki Winklhofer, D-80797 München,  
Schleißheimerstraße 200  
Tel.: 089/3087471

### VORARLBERG - LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ- ANALYTISCHE BERATUNG

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

## 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

# Die Person in der Arbeitswelt

**Ort:** Steyr / Oberösterreich  
Museum der Arbeitswelt

**Zeit:** 18. - 20. April 1997

**Beginn:** Freitag 14.00 Uhr

**Ende:** Sonntag 13.00 Uhr

Die Vorstellungen von Sinn, Wert und Gestalt der Arbeit sind gesellschaftlich bedingt und historischem Wandel unterworfen. Arbeit galt bei den Römern als Beschäftigung für die Unfreien, während der römische Bürger die "Arbeitslosigkeit" anstrebte und die Muße pflegte. Bei Hegel wird Arbeit hingegen als „Wesensmerkmal des Menschen“ angesehen. Auf dem Weg über Karl Marx gewann das Hegelsche Denken Einfluß auf den Marxismus. Die positive Umbewertung der Arbeit bezieht sich jedoch einseitig auf die Produktivität, jene Arbeit, die Mehrwert produziert. Das mit der Arbeit verbundene soziale Prestige ist in erster Linie an die Erwerbsarbeit gebunden. Nicht bezahlte Arbeiten wie im Haushalt, die Hege und Pflege der Kinder und der älteren Generation wird oft nicht als Arbeit gesehen - man ist "nur zu Hause" und "geht nicht arbeiten". Erwerbstätigkeit und Selbstwertgefühl hängen häufig zusammen und die eigene Identität ist mit dem ausgeübten Beruf eng verbunden. Da die Zeiten der Vollbeschäftigung aber vorüber sind und die Erwerbstätigkeit weiter (und vielleicht in großem Stile) zurückgehen wird, wird Arbeit immer mehr auch zu einem psychologischen und pädagogischen Problem.

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 personale 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.

## PROGRAMMVORSCHAU

**VORTRÄGE:** Alexander VAN DER BELLEN, Rolf KÜHN, Severin MÜLLER, Johannes RAUCH

**SPOTS:** Guido BRÜSTLE, Patricia FREITAG, Günter FUNKE, Peter GRUBER, Rudolf KARAZMANN, Rainer KINAST, Alfried LÄNGLE, Christian SIMHANDL, Liselotte TUTSCH, Kurt WAWRA

**SEMINARE:** Gerlinde ARTAKER und Johannes MATTHIESSEN, Jana BOZUK, Guido BRÜSTLE, Petra EHART, Christian FIRUS und Anke BÖTCHER-PÖTSCH, Elfe HOFER, Rudolf KARAZMANN, Rainer KINAST, Rudolf KUNERT, Sabine NEUMANN-RÖDER, Wilfried PEINHAUPT, Johannes RAUCH, Arnaldo ROMANOS, Werner ROTH, Christine WICKI, Wasiliki WINKLHOFER

**ANMELDUNG:** Im Sekretariat der GLE. Das ausführliche Programm wird mit EXISTENZANALYSE 1/97 verschickt.