

THEMENSCHWERPUNKT

Schizophrenie II

Beratung
Therapie
Begleitung
Laienhilfe

INHALT

Editorial	3
Impressum	32
Offenlegung	32
WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT	4
KASUISTIK	
Psychotherapie eines Patienten mit schizoaffektiver Psychose (<i>P. Freitag</i>)	8
ERFAHRUNGSBERICHT	
Laienhilfe in der Psychiatrie. Ein Erfahrungsbericht aus existenzanalytischer Perspektive (<i>A. Görtz</i>)	13
Wie die Stimmen freundlicher wurden (<i>M. Haidinger</i>)	17
Sinnfindung in der Psychose. Existenzanalytische Beratung im Pflegedienst einer sozialpsychiatrischen Ambulanz (<i>M. Kubin</i>)	20
FORUM, LESERBRIEFE	
Selbstheilung - Begleitung - Behandlung. Bericht über das Symposium der Pro Mente Infirmis, Wien (<i>H. Windisch</i>)	27
John Weir Perrys Konzept zur Behandlung von Psychosen (<i>F. Heindl</i>)	28
Weltkongreß Nachlese - Psychotherapie im Krankenhaus (<i>W. Peinhaupt</i>)	31
ÜBERSICHTSARTIKEL	
Diagnostik psychischer Störungen in der Praxis (<i>Ch. Simhandl</i>)	33
AKTUELLES	
Angehörige Schwerstkranker finden Beratung und Begleitung (<i>A. Held</i>)	38
Resumé aus der Auswertung der Fragebogenaktion über die Ausbildung der GLE (<i>H. Drexler/A. Görtz</i>)	39
BUCHBESPRECHUNGEN	42
DIE ETWAS ANDERE SICHT	43
MITTEILUNGEN	45
TERMINE	48
Jahrestagung	41
Herbstakademie	12
Kontaktadressen	37

Wissenschaftlicher BEIRAT

Michael ASCHER
Philadelphia (USA)
Gion CONDRAU
Zürich (CH)
Herbert CSEF
Würzburg (D)
Nolberto ESPINOSA
Mendoza (ARG)
Reinhard HALLER
Feldkirch (A)
Hana JUNOVÁ
Prag (CS)
George KOVACS
Miami (USA)
Jürgen KRIZ
Osnabrück (D)
Rolf KÜHN
Wien (A)
Karin LUSS
Wien (A)
Corneliu MIRCEA
Temesvar (RO)
Heinz ROTHBUCHER
Salzburg (A)
Christian SIMHANDL
Wien (A)
Liselotte TUTSCH
Wien (A)
Helmuth VETTER
Wien (A)
Beda WICKI
Unterägeri (CH)
Wasiliki WINKLHOFER
München (D)
Elisabeth WURST
Wien (A)

Auf Grund des erweiterten Umfangs der Zeitschrift
EXISTENZANALYSE erhöht sich ab diesem Jahr das
Jahresabonnement auf öS 280,- / DM 40,-

Mitglieder erhalten die Zeitschrift
kostenlos.

Jahresabonnement 1997 für
Nichtmitglieder:

öS 280,- / DM 40,-

H I N W E I S E

Wissenschaftliche Redaktion
dieses Heftes

Dr. Lilo Tutsch

**Die Person in der
Arbeitswelt**

**21. Jahrestagung der
GLE im April 1997**

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

**Ergebnisse des
Fragebogens zur
GLE-Ausbildung**

Seite 39

**Diagnoseschlüssel
ICD9 und ICD10**

Seite 33

**Herbstakademie 97
in Göttingen
14.-16.11.1997**

Seite 12

Vorschau aufs nächste Heft:

Arbeitswelt

Die wichtigsten Vorträge
und Workshops

wissenschaftliche Redaktion:

Dr. P. Freitag, Wien

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

15. Mai 1997

Liebekolleginnen, Liebekollegen!

In diesem Heft wird das Thema des letzten Heftes, die Schizophrenie, weitergeführt. Nun soll aber der Blick vorwiegend auf die Seite des Patienten gelenkt werden, auf seine Nöte und seine Möglichkeiten, aber auch wie sich der tagtägliche Umgang zwischen Betreuern und Betroffenen gestaltet.

So bilden eine Falldarstellung (P. Freitag) und Erfahrungsberichte aus der Laienhilfe (A. Görtz) sowie der Beratung und Begleitung (M. Haidinger, M. Kubin) den Schwerpunkt dieses Heftes. Die vorliegenden Arbeiten zeichnen sich durch eine mutige Konfrontation mit dem Vorgegebenen, praktisch ohne Vorurteile und Illusionen, jedoch im Wahrnehmen realistischer Lebensmöglichkeiten aus und erlauben ein Begegnen in Würde, in dem eine bedingungslose Werthaftigkeit des Lebens spürbar wird - wie immer es sich zeigt. Darin rückt die Seite des Betroffenen in den Vordergrund und bringt den nötigen Ausgleich zum letzten Heft, das sich dem Thema mehr aus der Behandlerseite gewidmet hat.

Und wir wollen uns mit diesem Heft auch auf etwas Neues einlassen. Im Zuge der schrittweisen Umgestaltung unserer Zeitschrift vom reinen Mitteilungsblatt zu einem Diskussionsforum mit einem zunehmend anspruchsvolleren Wissenschaftsteil suchen wir weitere Qualitätsverbesserungen. Der Block der wissenschaftlichen Artikel wird differenziert in Übersichtsartikel, Originalarbeiten und Kasuistiken. Damit haben wir eine Anregung von Frau Univ.-Doz Dr. E. Wurst aufgegriffen und hoffen, noch mehr Übersichtlichkeit zu erreichen.

Die Einrichtung einer internationalen wissenschaftlichen Beirats für die Zeitschrift ist ein weiterer, schon seit längerem diskutierter Schritt der Redaktion. Dadurch wird das Prozedere in der Redaktion sicherlich nicht einfacher, aber wir erreichen doch eine Dezentralisierung der Meinung und Beurteilung und, wie es die personale Zusammensetzung verspricht, eine Sicherung des Standards der veröffentlichten Originalarbeiten und Kasuistiken. Dagegen soll im Forum unverändert Platz sein für einen spontanen, lebendigen Meinungsaustausch.

Noch einen Hinweis auf das nächste Heft: Um wesentliche Anregungen und Informationen aus der Jahrestagung der GLE rascher verfügbar zu haben, soll das jeweilige Sommerheft der EXISTENZANALYSE den wichtigsten Vorträgen und Workshopberichten gewidmet sein.

Wir waren mit den Neuerungen des Heftes so sehr beschäftigt, daß wir beinahe vergessen hätten es herauszugeben. Und jetzt sehen wir, daß der ursprünglich auf Faschingsende geplante Versand weit daneben ging. Dennoch hoffen wir auf einen guten Start!

Silvia Längle
im Namen des Redaktionsteams

Wissenschaftlicher Beirat für die EXISTENZANALYSE

Mit dem neuen Jahr erhält die Zeitschrift der GLE ein neues Profil. Die wissenschaftlichen Arbeiten werden künftig einem Fach-Beirat vorgelegt, der über die Publikation von Originalarbeiten und Kasuistiken in der EXISTENZANALYSE entscheidet. Damit wird der wissenschaftliche Teil der EXISTENZANALYSE ab Herbst einem anonymen Review-Verfahren unterworfen, wie es bei gehobenen Fachzeitschriften der Fall ist. Dies verlagert die Arbeit der Redaktion auf eine breitere Diskussionsebene und gibt einen zusätzlichen Impuls für die kritische und wissenschaftliche Auseinandersetzung in der GLE.

Die Zeitschrift EXISTENZANALYSE (vormals „Bulletin der GLE“) ist das offizielle und öffentliche Organ der internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE), Wien. Sie besteht seit dem Jahre 1984. Hatte die Zeitschrift in der ersten Zeit reinen Mitteilungscharakter über Aktivitäten der Gesellschaft, so entwickelte sie sich in den Folgejahren zu einem Diskussionforum über Themen der Existenzanalyse und Logotherapie und vor allem zu einer Auseinandersetzungsplattform für existenzanalytische Therapie, Theorie, Methodik und deren Weiterentwicklung. Die vermehrte Aufnahme von wissenschaftlichen Artikeln und Kasuistiken stellte die Redaktion vor die Frage der Beurteilung der wissenschaftlichen Qualität der Arbeit, was die eigentliche redaktionelle Tätigkeit überschreitet.

Da wir einerseits bemüht sind, das wissenschaftliche Niveau der Zeitschrift zu halten und zu verbessern, und andererseits den Autoren eine faire und sachliche Beurteilung ihrer Arbeit zukommen lassen wollen, benötigen wir einen **wissenschaftlichen Beirat** für die Zeitschrift. Dieser hat die Funktion, die zur Publikation eingereichten wissenschaftlichen Arbeiten und Kasuistiken fachlich zu prüfen hinsichtlich ihrer qualitativen Eignung für eine Publikation in unserer Zeitschrift.

Zu diesem Zwecke soll künftig jede wissenschaftliche Arbeit bzw. Kasuistik anonymisiert zwei Angehörigen des

wissenschaftlichen Beirats zur Beurteilung vorgelegt werden. Bei widersprüchlicher Beurteilung wird ein dritter Beirat hinzugezogen bzw. wird die Redaktion die Letztentscheidung übernehmen.

Der Fach-Beirat hat die Aufgabe, folgende Punkte zu überprüfen:

- 1) die Wissenschaftlichkeit der Ausführungen (d.h. die Begründung von Behauptungen und Aussagen, logischer Aufbau)
- 2) die Beziehung zur EA bzw. die Relevanz für die EA und zum jeweiligen Themenschwerpunkt
- 3) Bezugnahme zu einschlägiger Literatur
- 4) Korrekte Zitatweise und Literatur-Apparat

Im Falle einer Annahme werden dem Autor allfällige Kritik, Abänderungs- und Ergänzungswünsche mitgeteilt. Die Antworten werden anonymisiert den Autoren zugeleitet.

Auswahl des wissenschaftlichen Beirats

Die Redaktion brachte den Vorschlag zur Gründung eines wissenschaftlichen Beirats für die Zeitschrift schon im Jahre 1995 im Vorstand ein, der das Vorhaben und die geplante Vorgangsweise genehmigte. So wurde zunächst in den Reihen des Vorstandes, der Korrespondierenden Mitglieder und der Ehrenmitglieder die freien Kapazitäten und die Bereitschaft zur Mitarbeit erhoben (die Redaktionsmitglieder selbst können nicht in die Doppelfunktion des wissenschaftlichen Beirats kommen). Zusätzlich wurde eine Reihe namhafter Persönlichkeiten der Psychotherapie und einschlägiger, wissenschaftlicher Disziplinen sowie Mitglieder, die ein besonderes wissenschaftliches Interesse der Redaktion gegenüber bekundet hatten, angefragt. Die Reaktion der meisten angefragten Personen war sehr kooperativ und konstruktiv, was für uns eine große Freude war. Wir möchten die Freude über die Aufgeschlossenheit und Wertschätzung gerne auch an die Mitglieder der GLE weitergeben, ist sie doch eine Antwort auf die jahrelangen Bemühungen und Anstrengungen für eine sachlich fundierte theoretische und praktische Arbeit.

Bei den etwa 1.500 regelmäßigen Empfängern des Bulletins war es der Redaktion nicht möglich, einen vollständigen Überblick über alle in Forschungsfragen interes-

sierten Kolleginnen und Kollegen zu erhalten. Wir erwarten, daß es daher noch einige Personen gibt, die in den wissenschaftlichen Beirat zu nominieren wären. Wir bitten, uns diesbezügliche Hinweise zukommen zu lassen. Mit der Gründung des wissenschaftlichen Beirats ist kein exklusiver Zirkel geschaffen worden, sondern ein Grundstein, der der Ergänzung bedarf, die durch das Zusammenspiel mit der Leserschaft und den interessierten Mitgliedern der GLE zu realisieren ist.

Wir möchten nun die einzelnen Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats kurz vorstellen.

Die Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats

Univ. Prof. Dr. phil. L. Michael ASCHER ist Psychologe und Professor im Department of Psychiatry am Temple University Health Science Center und Mitglied der American Psychological Association. Sein klinisches Interesse gilt der verhaltenstherapeutisch orientierten Behandlung von Angststörungen und den mit ihnen verbundenen Problemen (z.B. Schlafstörungen, Sexualstörungen). Seine zahlreichen Publikationen in diesem Bereich umfassen auch die Herausgabe von 3 Büchern, deren letztes sich mit dem therapeutischen Paradox in der Verhaltenstherapie beschäftigt. Sein Interesse an der Paradoxen Intention und sein „advancing age“ führten ihn, wie er schreibt, zur Beschäftigung mit der existentiellen Literatur und zum Versuch einer Integration von Existenzanalyse und Logotherapie mit der kognitiven Verhaltenstherapie. Prof. Ascher ist seit 1985 wegen seiner hervorragenden wissenschaftlichen Arbeiten zur Paradoxen Intention Ehrenmitglied der GLE.

Prof. Dr. med. et. phil. Gion CONDRAU ist Psychiater und Psychotherapeut (MFH), Direktor des Daseinsanalytischen Instituts für Psychotherapie und Psychosomatik in Zürich (seit 1971) und Präsident der internationalen Vereinigung für Daseinsanalyse. Geboren in Disentis/Graubünden am 9. Jänner 1919 entstammt er einer traditionellen Ärztesfamilie. Medizinstudium in Bern, Staatsexamen 1943, Philosophie und Psychologiestudium (mit Nebenfächern Soziologie und Heilpädagogik) in Zürich, Doktorat 1949. 1964 Privatdozentur an der medizinischen Fakultät Zürich und Privatdozentur an der philosophischen Fakultät der Universität Freiburg (CH), daselbst 1967 Titularprofessur. Aus seinen umfangreichen Publikationen seien als Hauptwerke angeführt: Angst und Schuld als Grundprobleme der Psychotherapie (1962), Daseinsanalytische Psychotherapie (1963), Psychosomatik der Frauenheilkunde (1965), Aufbruch in die Freiheit (1972/1976), Der Januskopf des Fortschritts (1977), Der Mensch und sein Tod. *Certa moriendi condicio* (1989/1996), Daseinsanalyse (1989), Sigmund Freud und Martin Heidegger (1992).

Univ.-Prof. Dr.med. Herbert CSEF ist Facharzt für Psy-

chotherapeutische Medizin und Psychoanalytiker. Seit 1988 ist er Professor für Psychosomatik an der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität und Leiter des Arbeitsbereiches Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg. Seine psychotherapeutische Orientierung stammt aus der Psychoanalyse und der anthropologischen Psychotherapie, wie sie in Deutschland von Viktor von Gebattel, Viktor von Weizsäcker, Dieter Wyss und Hubertus Tellenbach vertreten wurde. Er habilitierte sich bei D. Wyss über die Psychosomatik des Zwangskranken. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Psychotherapie von Angst- und Zwangserkrankungen, psychogene Eßstörungen (Anorexia nervosa, Bulimie), Psychoonkologie und Umweltmedizin. Wichtigste Publikationen: Zur Psychosomatik des Zwangskranken (1988), Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit (Hrsg. 1997), Psychosomatik des Gastrointestinaltrakts (im Druck), Psychosomatik innerer Erkrankungen (1996).

Univ.- Prof. Dr. Nolberto ESPINOSA ist Professor für Philosophie an der Philosophischen Fakultät und Professor für Rechtsphilosophie an der juristischen Fakultät in Mendoza, Argentinien. Er studierte Philosophie und Anthropologie in Mendoza, Madrid, Salamanka, Freiburg/B., Basel, Paris unter anderem bei Martin Heidegger, Max Müller, Eugen Finck, Karl Jaspers, Maurice Merleau-Ponty. Espinosa ist Mitglied der Gesellschaft für Logotherapie in Mendoza. Zahlreiche Veröffentlichungen über philosophische Anthropologie, Ethik, Rechtsphilosophie, Grenzfragen zwischen philosophischer Anthropologie, Psychologie und Psychopathologie. Neben einem Buch über das Gewissensverständnis bei V. Frankl (1994) ist eine seiner wichtigsten Buchveröffentlichungen „Die ideologische Persönlichkeit. Eine Studie über den modernen Menschen“ (1980). Wissenschaftliche Schwerpunkte sind neben der griechischen Klassik und der Scholastik der deutsche Idealismus, Nietzsche und vor allem die Existenzphilosophie. Derzeit arbeitet Espinosa an einem mehrbändigen Werk über das Gewissen. Prof. Espinosa ist seit 1995 Ehrenmitglied der GLE.

Prim. Univ.-Doz. Dr. med. Reinhard HALLER ist Psychiater und Psychotherapeut und seit 1983 ärztlicher Leiter des Vorarlberger Suchtkrankenhauses Maria Ebene. 1994 Habilitation an der Med. Fakultät Innsbruck für das Fach Psychiatrie. Seit 1983 Sachverständiger für Psychiatrie an in- und ausländischen Gerichtshöfen, Drogenbeauftragter des Landes Vorarlberg und in diversen anderen Gremien tätig. Forschungsschwerpunkte sind die forensische Psychiatrie, klinische Kriminologie, Sucht und Suizid, dazu zahlreiche Publikationen und Bücher, zuletzt „Das psychiatrische Gutachten“ (1996).

Dr. phil. Hana JUNOVÁ ist Assistenzprofessorin am Psychologischen Institut der Karls-Universität in Prag. Über 30 Jahre Erfahrung mit Gruppen- und Einzel-

psychotherapien an der Prager Psychiatrischen Klinik, Supervisorin und Ausbilderin in Gruppentherapie, Psychoanalytikerin, Lehranalytikerin (IPA). Mitglied in zahlreichen psychologischen Organisationen und Ausschüssen, langjährige Präsidentin der Tschechoslowakischen Psychologischen Gesellschaft (nunmehr Tschechischen Psychol. Ges.) bis 1995, Mitglied des European Regional Council of the WFMH und des International Board of the American Journal of Psychotherapy, internationale Lehrtätigkeit. Forschungsschwerpunkt: Nonverbale psychotherapeutische Techniken.

Univ.-Prof. Mag. theol. Dr. phil. George KOVACS ist Ordinarius für Philosophie an der Florida International University. Geboren 1935 in Ungarn in der Nähe von Sopron studierte er Philosophie und Theologie in Toronto, Buenos Aires, Paris, Promotion in Leuven (Belgien) mit einer Arbeit über Heidegger; seit 1977 Ordinarius. Assoziierter Herausgeber der „Heidegger Studien“. Der wissenschaftliche Schwerpunkt ist neben Heidegger: Max Scheler, Merleau-Ponty, Lévinas und Nietzsche. Derzeit Arbeit an einem ausführlichen Buch über Heideggers „Denkwege über das Sein“ (erscheint voraussichtlich Ende 1997). Neben zahlreichen Fachartikeln über die genannten Philosophen sowie zum Thema Arbeit erschien 1990 als besonders wichtige Veröffentlichung: The Question of God in Heideggers Phenomenology.

Univ. Prof. Dr. phil. Jürgen KRIZ, geb. 1944, ist Psychologe und Professor an der Universität Osnabrück im FB Psychologie (Fach: Klinische Psychologie) und im FB Sozialwissenschaften (Fach: Empirische Sozialforschung, Statistik und Wissenschaftstheorie). Daneben Tätigkeit als Psychotherapeut in der GwG und als Ausbilder für klientenzentrierte Psychotherapie. Er ist Mitherausgeber von „Gestalt-Theorie“ und „System Familie“ sowie der Buchreihen „Forschung Psychologie“ und „Familientherapie“, wissenschaftlicher Beirat von „Psychotherapeut“ und „Integrative Therapie“. Seine Arbeitsschwerpunkte sind im Rahmen seiner „Personzentrierten Systemtheorie“ Arbeit an der Verbindung von naturwissenschaftlich fundierter Systemtheorie (Synergetik) mit Psychotherapie und Bewusstseinsphänomenen. 150 Beiträge und 15 Bücher über methodische und klinisch-therapeutische Fragen, u.a. Grundkonzepte der Psychotherapie (4. Aufl. 1994), Chaos und Struktur (1992), Systemtheorie. Eine Einführung für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner (WUV, Wien 1997). Prof. Kriz ist seit 1995 korrespondierendes Mitglied der GLE.

Univ.-Doz. Dr. phil. Rolf KÜHN ist Dozent für Philosophie an der Universität Wien. Geboren 1944 studierte er Theologie, Romanistik, Philosophie in Bochum und Paris, wo er promovierte. Zunächst als Religionslehrer an einem Gymnasium tätig übernahm er alsbald Lehr- und Vortrags-tätigkeiten in der GLE und an der Universität Konstanz. 1992 Habilitation in Wien. Neben seiner Dozentur in Wien

hat Kühn seit 1996 auch eine Gastdozentur für Philosophie in Beirut inne. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Phänomenologie, speziell die französische Gegenwartsphänomenologie mit Anwendung auf Anthropologie, Kulturphilosophie und Psychotherapie. Hauptwerke: Leiblichkeit als Lebendigkeit (1993), Sinn-Sein-Sollen (3. Aufl. 1994), Leben als Bedürfen. Analyse zu Kultur und Wirtschaft (1996).

Dr. med. Karin LUSS ist Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, Psychotherapeutin (Existenzanalyse) in freier Praxis in Wien. Ihr spezifischer Erfahrungshintergrund ist die sozialpsychiatrische Versorgung im stationären und ambulanten Bereich. Arbeitsschwerpunkt und wissenschaftliches Interesse gelten den Angstneurosen, den Psychosen und den histrionischen Persönlichkeitsstörungen.

Univ. Prof. Dr. med. Corneliu MIRCEA ist Professor für Psychiatrie und Philosophie an der Universität Temesvar in Rumänien. Neben seiner Ausbildung und Tätigkeit als Arzt galt sein Interesse schon in Studienzeiten der Philosophie, insbesondere der Ontologie und der Existenzphilosophie. Er organisierte bereits 3 internationale Philosophiesymposien in Temesvar zum Thema „Sein und Logos“, die er teilweise auch in Buchform herausgegeben hat. Derzeit arbeitet er an einem philosophischen Grundwerk: „Logik des Seins“ (Publikation in Vorbereitung). In der psychotherapeutischen Forschung liegt der Schwerpunkt seines Interesses in der psychotherapeutischen Methodik.

Hon. Prof. Dr. phil. Heinz ROTHBUCHER, Hofrat, lehrt an der Universität Salzburg Pädagogik und ist Gastprofessor an der Universität Fribourg (CH). Nach Lehramtsstudien in München und Salzburg folgte ein Psychologiestudium bei Philipp Lersch in München. Heinz Rothbucher war bis Februar 1996 Leiter der Pädagogischen Akademie Salzburg und ist seit etwa 20 Jahren im Kuratorium der Internationalen Pädagogischen Werktagung von Salzburg. Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: Berufsethos der LehrerInnen, Psychohygiene der Lehr- und Sozialberufe aus existenzanalytischer Sicht, Konsequenzen der Logotherapie und Existenzanalyse V. Frankls für die Emotionspsychologie (Publ. in Vorbereitung), Fragen der Zusammenarbeit von Pädagogik und Psychologie, alternative Schul- und Erziehungsmodelle. Zahlreiche Publikationen in Fachzeitschriften für Pädagogik und Psychologie, Herausgeberschaft von 17 Berichtbänden zur Internationalen Pädagogischen Werktagung und für weitere Publikationen zur Theorie von Schule und Lehrerbildung. Psychotherapeut (EA) in eigener Praxis, Feldsupervision, Arbeit mit Selbsterfahrungsgruppen und Lehrsupervision. Prof. Rothbucher ist seit 1995 Ehrenmitglied der GLE.

Ass. Prof. Univ. Doz. Dr. med. Christian SIMHANDL ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, Univ. Dozent für Psychiatrie seit 1994. Lehrtherapeut der österr. Gesellschaft für psychotherapeutische Medizin und als Psychia-

ter und Psychotherapeut in eigener Praxis tätig. Sein wissenschaftlicher Schwerpunkt galt den diagnostischen Problemen in der Psychiatrie (Herausgeberschaft von 2 Büchern), der Psycho-pharmakologie, der Rückfallsverhütung von manisch-depressivem Krankheitsgeschehen und den Angststörungen. Dazu zahlreiche Publikationen in Fachjournalen und Fortbildungszeitschriften sowie Vortragstätigkeit im In- und Ausland. Seit 1989 Vorlesung über Existenzanalyse und Logotherapie sowie über Depression an der Universität Wien.

Dr. phil. Liselotte TUTSCH ist klinische Psychologin und Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin, Supervisorin, Lehrausbildnerin der GLE und der österr. Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin. Jahrelange Tätigkeit in der Psychiatrie, in der eigenen Praxis als Psychotherapeutin und als Lehrbeauftragte der Universität Wien im Bereich klinischer Psychologie vor allem zum Thema Schizophrenie. Der wissenschaftliche Schwerpunkt gilt der Erforschung der Psychosen, der Psychotherapie (Interdisziplinarität verschiedener Schulen), der klinischen Psychologie und der Supervision.

Univ. Prof. Dr. phil. Helmuth VETTER ist Professor für Philosophie an der Universität Wien, Mitbegründer und Präsident der Österr. Gesellschaft für Phänomenologie sowie Vizepräsident der Österr. Gesellschaft für Daseinsanalyse. Arbeitsschwerpunkt: Phänomenologie, Hermeneutik. Publikationen vor allem zu Heidegger und Kierkegaard, zur Psycho- und Daseinsanalyse und zur Philosophie der Antike. Herausgeber von bisher 10 Büchern, darunter: Die Philosophen und Freud (1988), Bilder der Philosophie (1991). Herausgeber der Martin Heidegger Gesamtausgabe Bd. XXIII. Der Schmerz und die Würde der Person (1980). Stadien der Existenz. Zum Existenzbegriff Sören Kierkegaards (1979).

Dr. phil. Beda WICKI, geboren 1953, ist Pädagoge und Psychotherapeut und leitet gemeinsam mit seiner Frau das Institut für Logotherapie und Existenzanalyse „Sinnan“ in Unterägeri (CH). Nach jahrelanger hauptberuflicher Unterrichtstätigkeit an einer Kindergärtnerinnenschule wandte er sich in den letzten Jahren der Praxis von Logotherapie und Existenzanalyse zu, wobei sein wissenschaftliches Interesse vor allem der Allgemeinpädagogik, den

aktuellen pädagogischen Fragen, sowie der Anthropologie und Entwicklungspsychologie gilt, zu denen er auch eine Reihe von Publikationen gemacht hat. Sein Hauptwerk ist „Die Existenzanalyse von Viktor E. Frankl als Beitrag zu einer anthropologisch fundierten Pädagogik“ (1991).

Stud. Dir. Wasiliki WINKLHOFER ist Studiendirektorin am städtischen Willi-Graf-Gymnasium in München. Sie studierte Romanistik in München und Paris und absolvierte das Beraterlehrerstudium in Pädagogik und Psychologie in München. Neben ihrer schulischen Tätigkeit wirkt sie seit Jahren in der Ausbildung in Logotherapie und Existenzanalyse mit. Daneben arbeitet sie in der SchülerInnenberatung, der Elternarbeit und gibt für existenzanalytisch ausgerichtete LehrerInnen Fortbildung am Pädagogischen Institut der Stadt München. Gemeinsam mit dem Therapiezentrum für Eßstörungen des Max Plank Instituts München arbeitet sie an der Prävention von Suchtverhalten.

Univ. Doz. Dr. phil. Elisabeth WURST ist klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin, Psychotherapeutin (Logotherapie und Existenzanalyse) und lehrt an der Universität Wien. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind in Forschung, Lehre und Praxis: Psychodiagnostische Beratung bei klinischen Zustandsbildern im Kindes- und Jugendalter (insbesondere Autismus, Eßstörungen), Sonder- und Heilpädagogik, Entwicklungspsychologie, Pädagogische Psychologie. Wichtigste Publikationen: Autismus (2. erw. Aufl. 1981); Adaptives-Intelligenz-Diagnostikum (AID) gemeinsam mit K. Kubinger (4. erw. Aufl. 1997).

Wir möchten allen Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats unseren herzlichen Dank für die zugesagte Mitarbeit und für das Interesse an unserer Zeitschrift aussprechen. Wir sehen in der Mithilfe des Beirats an der Gestaltung des wissenschaftlichen Teils der EXISTENZANALYSE einen wertvollen Beitrag zur Belebung unserer Aktivitäten. Wir sind uns bewußt, daß die wissenschaftliche Prominenz des Beirats für die GLE eine große Ehre bedeutet. Aber noch mehr als das soll die Arbeit des Beirats als Anregung und Unterstützung der Mitglieder und Autoren fruchtbar werden. Das ist es, was wir uns vor allem wünschen!

*A. Längle
im Namen der Redaktion*

Psychotherapie eines Patienten mit schizoaffektiver Psychose

Eine Falldarstellung

Patricia Freitag

Die vorliegende Falldarstellung beschreibt den vierjährigen Therapieverlauf eines Patienten mit schizoaffektiver Psychose. Erstkontakt, Familien- und Sozialanamnese sowie die Krankheitsanamnese werden zur besseren Übersichtlichkeit gesondert beschrieben. Der Therapieverlauf schildert sodann auf dem Hintergrund der existenzanalytischen Anthropologie die Themenschwerpunkte, die in den Stunden über lange Strecken behandelt wurden. Parallel dazu wird ein Einblick in die gleichzeitig laufende medikamentöse fachärztliche Behandlung gegeben.

Durch die wiederkehrenden depressiven Episoden mit ausgeprägten Wahrnehmungsstörungen (Farben und/oder Geräusche werden intensiver, lebhafter wahrgenommen, scheinen eine besondere Bedeutung zu bekommen, die der Patient nicht klären kann, was ihn ängstigt) fühlt er sich behindert in seinen Leistungen (der Patient schreibt zur Zeit an seiner Diplomarbeit), grübelt allein in seiner Wohnung vor sich hin, klagt über hypochondrische Ideen (Gefühl, an Aids zu leiden; Angst, an einem Augentumor zu erkranken und in der Folge zu erblinden; Angst, einen Gehirntumor zu haben, wenn Kopfschmerzen auftreten; Angst, an einem Darmverschluss zu sterben bzw. an einer Herzklappenentzündung). Zwischendurch beschreibt Konrad Wochen des psychischen und körperlichen Wohlbefindens und über einige Zeitspannen auch ein Lebensgefühl, das er „high“ nennt. Von seiner Schwester, die Medizin studiert, weiß er, daß die Tendenz zu einer Psychose ererbt sein kann und hält deswegen seine eigene Erbmasse für „nicht in Ordnung“.

Der Patient war bis 2 Jahre vor Therapiebeginn in fachärztlicher Behandlung, wobei die Diagnose „endogene Depression“ lautete. Über den Zeitraum von 14 Monaten wurde er mit einem trizyklischen Antidepressivum (Anafranil) und einem Tranquillantium (Praxiten) behandelt. Er beschreibt die üblichen Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie und kritisiert, daß trotz hoher Dosierung die oben beschriebene Symptomatik nicht wesentlich gemildert worden sei. Konrad besteht darauf, daß „mehr los sei“ mit ihm als nur eine endogene Depression. Er kenne Menschen, die an einer solchen Erkrankung leiden, bei denen sei das ganz anders. Und überdies habe sein Bruder nach einem LSD-Trip vor mehreren Jahren für ca. 18 Monate an wiederholt auftretenden Episoden psychotischen Erlebens gelitten, die ebenfalls fachärztlich behandelt wurden. Sein eigenes Leiden ähnele seiner Ansicht nach mehr einer Mischung aus Symptomen der Erkrankung des Vaters und des Bruders.

Der Patient will erfahren, woran er nun wirklich leide und sich nicht nur mit Medikamenten „vollpumpen“, die

Erstkontakt

Konrad, ein 26jähriger Patient, meldet sich in der Praxis zu einem Erstgespräch, weil er, wie er es formuliert, an der „Angst, verrückt zu werden“ leide. Er wolle nicht so enden wie sein Vater, ein Bankdirektor in Frühpension, der vor einigen Jahren an den Folgen einer schweren Alkoholkrankung verstarb. Im Erstgespräch schildert Konrad, daß der Vater die letzten 30 Jahre seines Lebens immer wieder aufgrund einer manisch-depressiven Erkrankung in psychiatrischer Behandlung gewesen war, wobei der Alkoholkonsum nach Meinung des Patienten einen Copingmechanismus mit den depressiven Episoden darstellte. Konrad, der technische Mathematik studiert, erkannte in den letzten 4-5 Jahren Symptome an sich, die denen des Vaters ähneln. Auch bemerkte er in Zeiten, wo er sich unwert fühlt, eine Neigung zum Trinken. Gleichzeitig betont der Patient, daß er mit Sicherheit „verrückter“ sei als sein Vater.

Erkrankung nicht ungebremst laufen lassen. Er sieht in der Therapie die Chance zur Aufklärung über seine Erkrankung und will Strategien erlernen, wie er damit umgehen kann, damit er nicht in 30 Jahren wie der Vater als Alkoholiker ende oder aber schon vorher auf immer in einer geschlossenen Anstalt „aufbewahrt“ werden müsse wegen „irreparablen Irreseins“. Er hatte schon als kleines Kind Angst, daß etwas mit ihm nicht stimmen könnte. Er erlebte sich „dünnhäutiger“ als seine Spielkameraden und Schulkollegen, mit einer deutlichen Neigung zum Grübeln. Jetzt fühlt er sich hilflos, wenn er feststellt, daß seine Wahrnehmung sich langsam verändert, wenn er in eine depressive Grundstimmung fällt. Darüber hinaus will der Patient in der Therapie klären, ob jemand mit einer „solchen Krankheit“ eine „normale Beziehung“ führen könne und wie groß das Risiko der Vererbung der Erkrankungstendenz sei.

Familien- und Sozialanamnese

Konrad wuchs als zweites von insgesamt vier Kindern (zwei Brüder, eine Schwester) in einer Mittelstandsfamilie in Wien auf. Der 4 Jahre ältere Bruder ist Physiker, die Schwester stand bei Therapiebeginn nach der Mindeststudiendauer vor der Promotion in Medizin, der 3 Jahre jüngere Bruder studiert Informatik. Den Vater, einen Bankdirektor, schildert er als sehr reizbar mit einer Tendenz zu Aggressionsdurchbrüchen, der als extremer Eigenbrötler dennoch die Familie dominierte und drei Jahre, bevor Konrad mit der Therapie begann, verstarb. Die manisch-depressive Erkrankung des Vaters war für die Familie aufgrund der Stimmungsschwankungen (manische Episoden zogen sich über 1-2 Monate, depressive dauerten im Schnitt doppelt so lange) und des jeweils damit verbundenen veränderten Verhaltens schwer zu ertragen. 10 Jahre vor seinem Tode ging der Vater infolge der Erkrankung in Frühpension. Der Patient bewundert den Vater, weil dieser trotz Krankheit und Alkoholismus versucht hatte, ein offenes Ohr für die Sorgen der Familienmitglieder zu haben. Darin sieht er ein Zeichen, daß der Vater im Grunde die Familie geliebt habe.

Die Mutter ist Hausfrau. Sie gab zum Zeitpunkt der Heirat und ersten Schwangerschaft ihren Beruf als Schauspielerin und ihr Engagement an einem Theater zugunsten der Kindererziehung auf. Konrad schildert, daß die Mutter Einladungen und Feste liebt, dabei „ersatzweise förmlich Hof hält“ vor ihren Gästen („dem Publikum“). Er beschreibt, daß die Mutter strenge Kritik übt an der Partnerwahl ihrer Söhne und so an Einfluß behalten möchte. „Sie kann uns nicht gehen lassen.“ Weiters schildert er strenge, hierarchische Strukturen in der Familie: zuerst kam der Vater, dann die Söhne, danach die Mutter und zuletzt die Tochter. Konrad besuchte Volksschule und Gymnasium, maturierte mit Auszeichnung und ist nun Bester mehrerer Jahrgänge beim Studium der technischen Mathematik. Konrad beschreibt,

daß er die Sinnhaftigkeit des Studiums nie bezweifelte, so wie er das von Kollegen kenne, erlebte sich aber wiederholt in der Freude an der Arbeit behindert durch die Episoden mit depressiver Grundstimmung.

Zu Therapiebeginn schreibt er an der Diplomarbeit und plant in Absprache mit einem betreuenden Professor weitere zwei Jahre bezahltes Studium an der Universität, wo er im Rahmen einer wissenschaftlichen Tätigkeit seine Dissertation verfassen will. Der Ausblick auf finanzielle Unabhängigkeit vom Elternhaus ist ihm sehr wichtig. Nach dem ersten Studiensemester hatte er immer ein Begabtenstipendium, das er in den Ferien (mit Ausnahme von einem Male in der Zeit der psychiatrischen Behandlung) regelmäßig mit zwei Monaten Tätigkeit bei Baufirmen aufbesserte. Zu Therapiebeginn lebt der Patient mit zwei Kolleginnen in einer Studentenwohngemeinschaft. Er hat zwei „wirklich gute Freunde“ und einen großen Bekanntenkreis, fühlt sich insgesamt sozial gut eingebettet. Seine Hobbys sind Extrembergsteigen, Radrennsport und Krafttraining, wobei das Erleben und Spüren des eigenen Körpers von besonderer Wichtigkeit für ihn ist, da es einen beruhigenden Einfluß hat.

Bis vor einigen Monaten hat Konrad mit seiner damaligen Freundin zusammengelebt, die die Akademie der bildenden Künste besuchte. Da er sie finanziell beim Einrichten eines eigenen Ateliers unterstützte, sie sich nun aber getrennt haben, schuldet ihm die Freundin noch einen Betrag von ca. öS 30 000,-. Trotz offizieller Trennung fühlt sich Konrad nicht losgelöst von der früheren Beziehung und will in der Therapie seine eigene Haltung der Freundin gegenüber klären und auch einen modus vivendi für die Geldrückzahlungen finden. Er will von der Freundin „loskommen“, da er nicht einer Frau „hinterherträumen“ möchte.

Krankheitsanamnese

Konrad beschreibt sich selbst als phantasiebegabtes Kind, das sich in der Schule wegen Unterforderung grundsätzlich gelangweilt hat. Höhepunkte in seiner Kindheit waren jeweils die Fernreisen, die er mit der Familie ab dem 10. Lebensjahr in den Sommermonaten unternahm. Bei der ersten dieser Reisen (damals in die Vereinigten Staaten von Amerika) trat dann auch erstmals massive Angst auf. Konrad bemerkte „schwimmende Fädchen“ vor den Augen und fürchtete sich vor Erblindung. Die Angst hat die gesamte Reise über angehalten. Die fremdsprachige Umgebung habe ihm Angst gemacht, meint er im nachhinein. Die Eltern haben sich durch seine Angst gestört gefühlt; er wurde zu einem Facharzt „geschliffen“, wobei die Untersuchung keinen krankheitswertigen Befund ergab.

Zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr beschreibt der Patient wiederholt leicht depressive Phasen, wobei er einen Zusammenhang zwischen der Akkumulation von Schularbeiten und Tests und dem Auftreten der depressiven Stimmung sieht, die jeweils von massiven Versagensängsten und

sozialem Rückzug begleitet war. Dazwischen finden sich Zeiträume mit psychischem Wohlbefinden und Zeiten, wo er das Lebensgefühl mit dem Wort „high“ benennt. Damals kam ihm erstmalig der Verdacht, daß er an ähnlichen Zuständen wie sein Vater leiden könnte. Ab dem 16. Lebensjahr wurden die Phasenschwankungen in der Amplitude ausgeprägter. Die Abstände zwischen den krankheitswertigen Phasen (zuvor jeweils ca. 1 Jahr) verringerten sich zusehends ab dem 20. Lebensjahr.

Vor drei Jahren trat die erste massive depressive Episode mit synthymen Wahnideen auf (eine „Katastrophe“ bahnt sich an). Diese Episode stant in zeitlicher Korrelation zu einer Immobilisierung des Patienten infolge eines Seitenbandrisses bei einer Bergtour. Konrad beschreibt die Gefühle im Zustand der Immobilisierung als extreme Hilflosigkeit. Er fühlte sich seiner Umgebung ausgeliefert. Binnen weniger Tage wurden diese Emotionen fast völlig von diversen Krankheitsängsten und -überzeugungen überlagert. Der Patient begab sich in fachärztliche Behandlung bei einem Freund der Familie. Er litt sehr unter der Reaktion seiner Familie, sah sich selbst als wertlos und fühlt sich verurteilt, abgekanzelt („Du kommst nach Deinem Vater“). Die Nebenwirkungen der Medikamente sind ihm lästig, besonders die Mundtrockenheit, um die lange Zeit sein gesamtes Denken kreiste. Da er auch den Tranquillizer Praxiten zur Angst eindämmung verschrieben bekam, begann er sich sehr rasch vor einer Abhängigkeit von diesem Medikament zu fürchten. Dies deswegen, weil er merkte, daß der Angstlevel ohne Praxiten für ihn kaum zu ertragen war. Bei weiterhin bestehender Compliance begann die innere Abneigung gegen Medikamente jeglicher Art zu wachsen. Die Behandlung der Störung erstreckte sich auf 14 Monate. Sie war ausschließlich medikamentös. Nachträglich findet er gut, daß er während der Dauer eines Jahres vom Studium befreit war, und dadurch das Stipendium nicht verloren hat. Die Erhebung der manisch getönten Erlebnisperioden gestaltete sich schwieriger, da Konrad diese Zeiträume als ausgleichende Gerechtigkeit erlebte, die ihn für die „schwarzen Löcher“ der Depression entschädigten und er tendenziell hypomanische Zustände als „normale Befindlichkeit“ interpretierte.

Im Längsschnitt zeigt sich, daß die hypomanischen und nur gelegentlich manischen Phasen überwiegen. Sie gehen einher mit einer stimmungskongruenten Wahnsymptomatik wie z.B. megalomanen Ideen („alles ist machbar“), die der Patient aber nie in die Tat umsetzt. Konrad gibt an, in diesen Zeiträumen zu wissen, daß seine Stimmung über der seiner Mitmenschen liegt und „behält sich selbst im Auge, um nichts Verrücktes zu tun“ (z.B. spontane Reisen oder überhöhte Geldausgaben). Er fühlt sich gebremst vom gleichzeitig bestehenden Erleben der Umwelt, welches stark ängstlich getönt ist. Er beschreibt die Angst, die Umwelt könnte nur mehr eine Einbildung sein, auch die Menschen um ihn herum könnten pure Fiktion sein, „nicht echt“. Er selbst spürt, er kann das Leben beeinflussen, er führt Regie. Gefühle des Gemachten bleiben deutlich bezogen auf Bewegungen der Extremitäten. Er betont, daß seine

„Ichgrenzen“ gefährdet sind in diesen Phasen. Trotz der beschriebenen Symptomatik ist Konrad in der Lage, seinen Alltag nach außen hin einigermaßen angepaßt zu gestalten, er besucht Vorlesungen, schreibt Klausuren (mit ausgezeichneten Ergebnissen) und wird nur durch seine Art zu sprechen manchmal von Freunden oder Kollegen „etwas komisch angesehen“.

Die weniger häufig auftretenden depressiven Perioden sind im Schweregrad geringer ausgeprägt als die gegenläufigen Phasenschwankungen. Es überwiegt eine vegetative Symptomatik mit Herzklopfen, Beklemmungsgefühlen in der Brust, Globusgefühl im Hals, Verstopfung und das Gefühl, einen „Stirnreifen“ odert eine „Kopfklammer“ zu tragen. Die auftretenden Wahnideen kreisen um die Themen „ich bin nichts wert = genetisch verseucht mit MDK“, Versagensvisionen, vielfältige hypochondrische Inhalte (Augentumor, Gehirntumor, Darmkrebs, Lungenkrebs, AIDS und Leukämie), welche entweder an realen Situationen anbinden (z.B. litt Konrad mit 18 Jahren an einer floriden Tuberkulose mit Pleurabeteiligung, hörte damals von der Möglichkeit, an „Narbenkrebs“ des Lungengewebes zu erkranken) oder auf coenästhetischen Wahrnehmungen beruhen (Darmkrebs usw.).

Bei Therapiebeginn ist Konrad weitgehend symptomfrei. Sein Ziel ist, daß die Erkrankung seine Lebensqualität nicht wesentlich vermindern soll, damit er Diplomarbeit und Dissertation fertigstellen kann. Er wünscht sich für diese vor ihm liegende Arbeit mit einem Augenzwinkern eine hypomanische Phase wegen der Brillanz des Denkens.

Therapieverlauf

Abgesehen vom Erstgespräch, das eine Stunde dauerte, zog sich die detaillierte Erhebung der Familien- und Krankheitsanamnese über insgesamt ca. 15 Therapiestunden, da zwischendurch immer wieder **aktuelle Themen** bearbeitet wurden. Hierbei ging es hauptsächlich um das Verhalten gegenüber Kollegen, Freunden und Familienmitgliedern, wobei das Vertreten der eigenen Meinung für den Patienten besonders schwierig war. Die Angst vor Liebesentzug und Ablehnung durch andere verleiteten ihn zu einem nach außen hin angepaßten Verhalten, was wiederum innerlich sein Selbstwertgefühl stark minderte. Vermittels dereflexivem Vorgehen und der Personalen Existenzanalyse konnte Konrad Situationen dieser Art bald zu seiner eigenen Zufriedenheit lösen.

Danach folgte eine Phase der intensiven Arbeit an der **Krankheitseinsicht**. Obwohl der Patient zunächst den Eindruck erweckte, als ob er sich bereits ausführlich mit den in Frage kommenden Krankheitsbildern beschäftigt hätte, zeigte sich bald, daß er besonders die hypomanischen Phasen als „Normalzustand“ vehement verteidigte. Als hilfreich erwies sich die Anfertigung eines Lebensprotokolles mit genau eingetragenen jeweiligen Befindlichkeiten. So erhielt Konrad einen Längsschnitt durch die bisher aufge-

tretenen Phasenschwankungen. Er meinte, daß auf diese Art die Erkrankung für ihn „greifbarer“ werde.

Mit einer ausführlichen Aufklärung über die Arten der möglichen **medikamentösen Behandlung** und eventueller Nebenwirkungen stieg auch die Compliance des Patienten erheblich. Die in die Wege geleitete fachärztliche Betreuung durch einen Kollegen bewog Konrad dann endgültig, sich für die vorgeschlagene Lithiumgrundtherapie zu entscheiden, wobei von Anfang an klargestellt wurde, daß gelegentlich eine zusätzliche Behandlung mit Neuroleptika notwendig sein könnte. Ca. um die 20. Therapiestunde setzte die Lithiumtherapie ein.

Mit der Gewißheit, nun die schulmedizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft zu haben, wandten wir uns dann dem **Erleben der Erkrankung** zu. Es wurde genau erhoben, was er als **typisch für die einzelnen Episoden** erlebt, wie sie sich bereits vor dem Auftreten einer krankheitswertigen Störung ankündigen, welche Belastungen er bis jetzt als Trigger für die einzelnen Episoden erkannte und welche Erfahrung er im Umgang mit stabilisierenden Verhaltensweisen hat. Im Vorfeld der Phasenschwankungen fanden sich regelmäßig Zeiten erhöhter Arbeitsbelastung, wo sich der Patient im Bemühen, nur ja nicht zu versagen, bis zur körperlichen Erschöpfung forderte. Konrad lernte sukzessive zu spüren, wieviel an Belastung er sich in der jeweiligen Situation zumuten kann, wobei nach einiger Zeit parallel dazu biografische Arbeit notwendig war, um die **Angst vor dem Versagen** verständlich zu machen und mit ihr umgehen zu können. (Anm.: Die Abfolge 1. Problemlösung bzw. -begrenzung im Hier und Jetzt und 2. biografische Analyse wurde wie oben beschrieben konsequent beibehalten, da sich der Patient dadurch wiederholt in seinem Selbstwert bestätigt fühlte -“ich kann hier etwas lösen“- und seine eigene Freiheit gegenüber prägenden Erlebnissen in der Vergangenheit besser erleben konnte.)

In der **biografischen Analyse** zeigte sich, daß der Patient seinen Vater sehr bewundert. Dieser hätte es mit seiner Erkrankung und der nach Publikum süchtigen Mutter, die keinen Sinn habe für praktische Dinge sehr schwer gehabt. Der **Vater** hat mit dem fünfjährigen Patienten bereits Bergtouren von hohem Schwierigkeitsgrad unternommen, wobei er dem Kind immer wieder vor Augen führte, wie wichtig es für einen Mann sei, ständig bis an die Grenzen der körperlichen Belastbarkeit zu gehen. Ein Mann brauche das im Leben, weil er sonst in diversen Situationen beruflicher und privater Natur nicht bestehen könne. Konrad verstand die Botschaft so, daß **Leben etwas Gefährliches und Unberechenbares** sei, für dessen „Anschläge“ der Mensch jederzeit gewappnet zu sein habe. Zusätzlich dazu bewertete er in der Folge eine Leistung nur als solche, wenn er sich dafür größte Anstrengung und Überwindung abgefordert hatte. Kommentare des Vaters wie z.B. „Stell dich nicht so an, du bist doch kein Mädchen, verhalte dich wie mein Sohn!“ fielen ihm ein, wenn es darum ging, daß er als Kind beim Berggehen gelegentlich geklagt hatte über Blasen an den Fersen oder Knieschmerzen. Es wurde dem Patienten deutlich, wie wichtig ihm die **Anerkennung** des

Vaters gewesen ist.

Für Konrad war recht schnell nachvollziehbar, daß die Ansprüche des Vaters in keiner Relation zu seinem kindlichen **Leistungsvermögen** gestanden hatten. Nachdem er selbst **Stellung bezogen** hatte zu den Anforderungen des Vaters, konnte er auch wütend und traurig sein über die nicht erlebte Anerkennung und Zuneigung. Sodann war es für den Patienten ein leichtes, in der jeweils aktuellen Situation seine Ziele selbst so zu stecken, wie er (und nicht der Vater) es für richtig befand, was ihn vor Überforderung schützte. Er stellte Mutmaßungen an, wie denn wohl der Vater in diese Lebenshaltung hineingekommen sei, recherchierte ein Stück Familiengeschichte und berichtete dem Vater dann einmal in einem imaginierten Dialog, wie stolz er nun auf sich selbst sei, da er ein altes „Familienproblem“ gelöst habe. Der Vater dürfe ruhig auch ein wenig stolz sein, Leben sei eben doch nicht ganz so gefährlich, man müsse nur immer richtig hinschauen.

Ein anderer längerer Abschnitt der biografischen Arbeit galt der **Mutter** des Patienten. Er beschreibt sie als unglückliche Frau, die permanent enttäuscht sei, weil sich diverse Situationen anders entwickelten als sie sich dies erwartete. Wahlweise reagierte sie dann mit Wut oder sah sich in der Rolle des bemitleidenswerten Opfers. Von ihr nahm der Patient die Botschaft mit: **„Wenn du nicht bist wie ich dich haben will, dann mag ich dich nicht“**. Konrad schildert, wie schwierig es ist, die jeweiligen Erwartungen der Mutter zu erfragen oder zu errahnen, da diese einmal so und einmal so denke. Ihm fällt auf, daß die Mutter grundsätzlich in **Generalisierungen** spreche, welche sie auch noch vehement als richtig vertete. Die Mutter habe in seiner Kindheit nie Befehle erteilt, immer nur gebeten, er möge dieses oder jenes erledigen oder so und so sein. Habe er jedoch dem nicht entsprochen, dann gab sie ihm die **Schuld** daran, daß sie wegen seiner Widerborstigkeit nun „scharf“ werden müsse, obwohl ihr das eigentlich zuwider sei. Nachträglich sieht Konrad, daß die Mutter doch nicht das sanfte, zerbrechliche Wesen ist, als das sie sich selbst darstelle. Er verdeutlichte sich auch die **Gefühlskälte**, mit der ihn die Mutter förmlich strafte, wenn er nicht ihren Wünschen entsprach. So gelang es ihm, nun auch der Mutter gegenüber **Stellung zu beziehen**. Hier begann in der aktuellen Situation eine lange und mühevoll Auseinandersetzung zwischen Mutter und Sohn, wobei dem Patienten wichtig war, daß er seine Meinung ihr gegenüber klar vertritt, Schuldzuweisungen als ungerechtfertigt relativiert und doppeldeutige, quasi unerfüllbare Anforderungen der Mutter anspricht und von sich weist.

Ein weiterer Aspekt der vorgelebten Rollenbilder trat deutlich zutage, als in der Therapie die Beziehungen zum Thema wurden. Es gelang Konrad zunehmend zu sehen, warum er Schwierigkeiten hatte, wenn er das geborgte Geld von seiner früheren Freundin zurückverlangte. Er spürte deren Unmut, mit ihr über dieses Thema zu sprechen und zog die Parallele zum Erleben des Unmutes der Mutter von selbst. Diese Art des Unmutes hatte früher immer zur Folge, daß sich die Mutter abwandte und sich der Patient völ-

lig hilf- und schutzlos erlebte, ausgestoßen und sich selbst überlassen, was er damals als lebensbedrohlich empfunden hatte. Nun klärte er für sich, daß der Unmut der **Exfreundin** für ihn nicht bedrohlich sei und er damit auch ganz gut leben könne. Konrad findet, daß es sich lohne, negative Stimmungen in Kauf zu nehmen, um die Geldangelegenheit zu regeln. Als er seine Sicht klar darstellte, erreichte er erfreulicherweise einen Gesinnungswandel bei der Exfreundin. Aber obwohl sie ungehalten war, verstand sie gleichzeitig doch auch seine Position. Außerdem sagte sie ihm, daß es sie erleichtert, nun nicht mehr das Gefühl zu haben, er wolle immer geliebt werden, egal wie er sich gerade verhalte. Die Klärung dieser Beziehung zog sich in der Therapie ca. über neun Monate.

In dieser Zeit schließt der Patient seine **Diplomarbeit** mit Auszeichnung ab. Nach einer vierwöchigen Pause beginnt er die zweijährige wissenschaftlicher Tätigkeit an einem Universitätsinstitut, wobei er parallel dazu an seiner Dissertation schreibt. Insgesamt wird er beweglicher in seiner **Freizeitgestaltung**, beschäftigt sich mit seiner Angst, ins Ausland auf Urlaub zu fahren, schaut sich an, unter welchen Bedingungen dies relativ angstfrei möglich sein könnte und macht seinen ersten Alleinurlaub in Prag. Aus dieser Erfahrung bezieht er so viel Selbstvertrauen, daß er frei wird, Auslandsaufenthalte nun auch genießen zu können. Besonders freut ihn, daß er von seinem Institutsvorstand zu einem internationalen Austauschprojekt für Dissertanten vorgeschlagen wird und geht im Rahmen dieses Projektes auf drei Monate in die U.S.A..

Ein Jahr vor Therapieende lernt Konrad eine junge Engländerin kennen, die vermittels Begabtenstipendium ein

Postgraduatestudium in technischer Physik an der Uni Wien absolviert. Bei ihr hat er das Gefühl, so sein zu können, wie er ist, erlebt sich auch nicht der Zuneigung beraubt, wenn sie beide unterschiedlicher Meinung sind und kann sukzessive aufgrund dieser Erfahrungen besser mit Nähe umgehen. So geht er innerlich eine **Beziehung** ein. Er achtet bewußt auf Authentizität, wovon er zunehmend spürt, wie befreiend das auf ihn wirkt. Den beiden gelingt es, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Gemeinsamkeit und persönlichem Freiraum herzustellen, wobei die Freundin auch einmal in einer Krisensituation (sie befürchtete, kein Stipendium mehr zu bekommen, was sie zur Rückreise in ihr Heimatland zwingen würde) in eine Therapiestunde mitkommt. Nach einem halben Jahr zieht der Patient aus seiner Wohngemeinschaft mit den anderen Studentinnen aus und lebt dann in einer gemeinsamen Wohnung mit seiner Freundin.

Gegen Ende der Therapie, die sich insgesamt über einen Zeitraum von vier Jahren erstreckte, steht Konrad in Vorbereitung seiner Hochzeit. Er sagt von sich und seinem Leben, daß er sich nun diversen Situationen gewachsen fühle und abends oft denke: „So, wie es jetzt ist, ist es gut.“ Der Patient ist weiterhin in fachärztlicher Kontrolle wegen der Lithiumtherapie, wobei es während des gesamten Behandlungszeitraumes nie notwendig war, zusätzlich ein Neuroleptikum zu nehmen.

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. med. Patricia Freitag
Eduard Sueßgasse 10
1150 Wien*

Herbstakademie 1997 - Herbstakademie 1997 - Herbstakademie 1997

Dieses Jahr wurde beschlossen, die **Herbstakademie der GLE** nur an einem Ort mit zentraler Lage stattfinden zu lassen. Die Wahl fiel auf

GÖPPINGEN (bei Stuttgart)

vom 14.-16. November 1997

Unter der Leitung von Erich Karp und seinem Team ist ein interessantes, reichhaltiges Programm im Entstehen.

Möchten Sie gerne mit einem Workshop einen Beitrag stellen, so setzen Sie sich bitte mit ihm in Verbindung.

Kontaktadresse: Erich KARP, Meisenweg 11, D-73035 Göppingen, Tel.: 07161/641

Ein ausführliches Programm wird der Zeitschrift EXISTENZANALYSE 2/97 beigelegt bzw. kann im Sekretariat der GLE Wien angefordert werden.

Herbstakademie 1997 - Herbstakademie 1997 - Herbstakademie 1997

Laienhilfe in der Psychiatrie

Ein Erfahrungsbericht aus existenzanalytischer Perspektive

Astrid Görtz

Astrid Görtz skizziert in diesem Artikel die Geschichte der Laienhilfe-Bewegung im deutschsprachigen Raum und berichtet anschließend über ihre eigenen Erfahrungen aus einem Jahr als Trainingshelferin bei pro-mente Wien. Existenzanalytische Überlegungen fließen dabei vor allem in Hinblick auf die Qualität der Beziehung zwischen Trainingshelfer und Betroffenen und ihrem Bezug zu den Grundmotivationen ein.

Zur geschichtlichen Entwicklung

Die Laienhilfe als notwendige Ergänzung zur professionellen Hilfe in der Psychiatrie existiert bereits über 100 Jahre. In der nationalsozialistischen Zeit erlitt die Bewegung einen schweren Einbruch. Danach dauerte es lange, bis sich Bürger wieder zu einem freiwilligen Einsatz auf diesem Gebiet bereit erklärten.

Eine Wende brachte die 68er-Zeit. Impulse kamen sowohl aus der Kirche als auch aus dem Umfeld der Sozialpsychiatrie. Bei der Psychiatrie-Enquete 1975 etablierten sich erstmals Gruppen, die in die Institutionen hineingingen und Langzeitpatienten aufsuchten. In den Gemeinden entstanden die ersten Kontaktgruppen. Es ging den Laienhelfern um gelebte Solidarität, partnerschaftliche Begegnung ohne den Anspruch einer Therapie, um Wiedereingliederung in die Gesellschaft durch den Abbau von Vorurteilen - insgesamt um einen „Normalisierungseffekt“.

Im Jahr 1975 wurde im Zuge der Psychiatriereform der Dachverband psychosozialer Hilfsgemeinschaften gegründet, in welchem die Gruppen der „Profis“, der „Laien“, der Angehörigen sowie - last but not least - der Betroffenen

selbst vertreten sind. Es kam zum gemeinsamen Dialog in Form eines gegenseitigen Erfahrungsaustauschs sowie zur Erarbeitung politischer Positionen, die gegenüber den politischen Funktionären besser vertreten werden konnten.

Weiters formierten sich der Bundesverband der Angehörigen und der Bundesverband der Psychiatrie-Betroffenen in Deutschland. Darüber hinaus gründeten Psychiatrie-Erfahrene zahlreiche Selbsthilfegruppen.

Zur Aufgabenstellung

Inge Schöck, Begründerin der Bürgerhilfe Stuttgart, präsentierte anlässlich einer Tagung zur Sozialpsychiatrie¹ in einem Vortrag mit darauffolgendem Workshop ihre langjährigen Erfahrungen auf dem Gebiet der „Bürgerhilfe“, wie sie die Bewegung lieber nennt.

In ihrer Darstellung geht es neben persönlichem Kontakt und direkter Zuwendung in diesen Gruppen um gezieltes *Advocating* im Sinne einer *Lobby für die Betroffenen*. Bürgerhelfer sind gemeinsam mit den Psychiatrie-Erfahrenen, deren Angehörigen und ihren professionellen Helfern im sozialpolitischen Raum vertreten - im Bundesland Baden-Württemberg etwa in Form des Landesarbeitskreises, welcher ein Fachgremium darstellt, in dem auch Vertreter der Krankenkassen sowie Gesundheitspolitiker sitzen. Auf kommunaler Ebene gibt es die sogenannten Psychiatrie-Arbeitskreise, v.a. in großen Städten wie Stuttgart und Tübingen. Diese Gremien konnten bereits wichtige Anliegen durchsetzen. Als beispielsweise die Stadt Stuttgart mit Finanzkürzungen drohte, konnten diese durch Vorsprachen bei den verschiedenen Gemeinderatsfraktionen verhindert werden.

Hauptanliegen der Bewegung sind Vernetzung und damit verbundene Qualitätssicherung der Betreuung psychisch Kranker auf kommunaler Ebene mit dem Ziel, Vorurteile abzubauen. Schöck bezeichnet psychische Krankheit

¹ Frau Schöck hielt bei der Tagung „30 Jahre pro-mente Wien“ im November 1995 einen Vortrag zur Bürgerhilfe-Bewegung in Deutschland mit anschließendem Workshop

als ein Handicap in dreifacher Hinsicht: erstens das Leiden, welches von den psychiatrischen Symptomen herrührt (Angstgefühle, Denkstörungen, Wahrnehmungsveränderungen etc.), zweitens die Stigmatisierung und drittens die Isolation der Betroffenen, um einer Stigmatisierung zu entgehen. Gerade der letzte Bereich kann nicht durch Fachleute aufgefangen werden. Vielmehr geht es aus Sicht der Bürgerhelfer darum, den Fachleuten Kompetenz zu vermitteln, was Kontaktaufbau und -pflege betrifft.

Konkret beziehen sich die Aufgaben der Bürgerhilfe-Bewegung vor allem auf die gemeinsame Freizeitgestaltung und ein vorurteilsfreies Kontaktangebot. Die Bürgerhelfer sehen sich als Teil der „Gemeindepsychiatrie“. Es geht ihnen insgesamt um die Wahrnehmung gesellschaftspolitischer Verantwortung.

Nach Inge Schöck sehen die Bürgerhelfer ihre Arbeit unter folgenden Aspekten:

- 1) Angestrebt wird ein Kontaktaufbau über längere Zeit, mit partnerschaftlichem Umgang sowie Präsenz und Begleitung im Alltag. Dabei soll Hilfe nicht aufgedrängt werden.
- 2) Die Bildung von Kontaktgruppen steht im Vordergrund - in Form gemeinsamer Freizeitgruppen und Gesprächsgruppen, Veranstaltung von Club-Urlauben, aber auch Begleitung von einzelnen Personen bei Behördengängen, Hilfe beim Wohnungseinrichten etc. - all das mit dem Ziel gesteigerter Lebensqualität für das Leben in der Gemeinde.
Für Personen im stationären Bereich stellen die Kontakte eine Brücke nach außen dar.
- 3) Die persönlichen Kontakte, die sich über längere Zeiträume zu Freundschaften entwickeln können, sind zeitlich nicht limitiert. *Zeit haben* und *Zeit lassen* sind wichtige Grundhaltungen. Krisen werden gemeinsam durchgestanden und die Beziehungen dadurch gefestigt.
- 4) Die Kompetenz der Bürgerhelfer ist eigenständig und unabhängig. Diese verstehen sich nicht als „Mini-Therapeuten“, sondern eher als Pioniere auf ihrem Gebiet. Anstelle von therapeutischem Fachwissen vertreten sie die Grundsätze *Toleranz, Interesse, Sympathie und Vertrauen*.
- 5) Die Bürgerhelfer wissen jedoch auch um ihre Grenzen.
- 6) Das Ziel ist ein normaler Umgang mit ihrem als Partner empfundenen Gegenüber.

Die persönliche Motivation eines Bürgerhelfers sollte keinesfalls in Aufopferung bestehen, sondern eher in dem Bedürfnis, den eigenen Horizont zu erweitern. Ein Bürgerhelfer wird in seiner Persönlichkeit und Wahrhaftigkeit gefordert, gibt Zuwendung, erhält aber auch solche. Damit praktizieren Bürgerhelfer das mancherorts gepriesene Ideal der „Zivilgesellschaft“. In der Begegnung mit grenzüberschreitendem Verhalten lernen sie eigene, persönlich und gesellschaftlich eingefahrene Gleise kennen und werden auf diese Weise ermutigt, über eigene Grenzen hinauszusehen.

Eigene Erfahrungen bei pro-mente Wien

Im Zuge meiner eigenen Erfahrungen mit dem Projekt Trainigshilfe bei pro-mente Wien erlebte ich weniger den politischen Anspruch der Laienhelfer als die stärkere Betonung der Begegnung und des Kontaktes.

Die LaienhelferInnen, die ich in meiner Supervisionsgruppe kennenlernte, waren durchwegs unerfahren im Umgang mit Betroffenen. Die meisten standen erst am Beginn einer therapeutischen Ausbildung, ohne noch mit Theorien über psychische Erkrankungen vertraut zu sein. Ich selbst hatte ebenfalls noch kaum Berührungspunkte mit dem Thema Psychiatrie, außer weniger Stunden einführender Lehrveranstaltungen im Rahmen meines Psychologie-Studiums, innerhalb derer auch der eine oder andere Patient vorgestellt worden war. Allerdings befand ich mich zum Zeitpunkt meines Praktikums bereits am Ende der theoretischen Ausbildung zur existenzanalytischen Psychotherapeutin.

Die Kontaktanbahnung mit „meiner Patientin“, Frau D., gestaltete sich vorsichtig-abtastend von beiden Seiten. Das Erstgespräch fand gemeinsam mit einer Ergotherapeutin statt. Davor hatten mich die Ärztin der Station, auf der Frau D. als Tagespatientin betreut wurde, und die Ergotherapeutin gemeinsam über einige Charakteristika im Verhalten von Frau D. aufmerksam gemacht und mir gleichzeitig einige Ratschläge über den passenden Umgang damit gegeben.

Die Geschichte einer Begegnung

Als mir Frau D. zum ersten Mal begegnete, überraschte mich der Anblick einer sehr zarten, unsicher wirkenden Person, die am Ende unseres Dreiergesprächs zaghaft, aber doch einwilligte, mit mir einmal wöchentlich einen Spaziergang zu unternehmen.

Wir trafen uns an einem Samstag. Ich holte sie in ihrer Wohnung ab. Bis sie mich einließ, dauerte es eine Weile, da sie die Tür nicht öffnen konnte. Ich versuchte, ihr von draußen zu versichern, daß es ihr gelingen würde, wenn sie es nur weiter probieren würde. Die Szene an der Türschwelle wiederholte sich anfangs bei jedem meiner Besuche, doch ging es von Mal zu Mal leichter, je vertrauter wir uns wurden.

Unser erster Spaziergang gestaltete sich ziemlich mühsam. Frau D. blieb nahezu nach jedem dritten oder vierten Schritt stehen, klagte über Schmerzen in den Beinen und im Körper, blickte Passanten mißtrauisch an und meinte, diese seien Henker. Ich übte mich - entsprechend den Anweisungen der Ärztin und der Ergotherapeutin - in Geduld, redete Frau D. gut zu, daß sie es schon schaffen würde, daß da nicht wirklich Henker seien, und versuchte ihre Aufmerksamkeit auf unser Vorhaben zu lenken - unseren ge-

planten Einkauf, die Schaufenster auf unserer Straßenseite, Aus existenzanalytischer Sicht würde ich heute sagen, ich übte mit Frau D. Selbsttranszendenz - ein Einlassen auf die Welt außerhalb ihrer inneren psychischen Realität -, um sie damit zur Selbstdistanzierung - insbesondere auf Distanz zu ihren Ängsten - zu bringen.

Auf der Kontaktebene ging es Frau D. aus meiner Sicht in dieser ersten Zeit um die Prüfung der Tragfähigkeit unserer Beziehung. Wie weit würde ich ihre für mich nicht nachvollziehbaren Wahrnehmungen (Stimmen, die sie hörte, Körperempfindungen, die keinen für mich nachvollziehbaren körperlichen Grund hatten), die von ihr geäußerten Ängste, Befürchtungen und die Blockaden in ihrem Verhalten aushalten? Ich war fest entschlossen, mich nicht irritieren zu lassen und offen zu sein für alles, was kommt.

Auf der anderen Seite lernte ich echtes Nicht-Können zu unterscheiden von Versuchen, mich zu Hilfeleistungen zu bringen, die nicht wirklich notwendig waren, und mich dementsprechend abzugrenzen.

Frau D. bat mich anfangs sehr oft, ihr kleine Tätigkeiten, wie etwa Schuhe binden, abzunehmen. Bei unserem dritten Treffen wagte ich es erstmals, ihr diesen Wunsch auszuschlagen mit dem Hinweis, daß sie es selbst könne. Der Ärger, der daraufhin spürbar wurde, ließ sich abfangen, indem ich ihre Emotion und den Grund dafür, wie ich ihn wahrnahm, verbalisierte. („Sie sind jetzt ärgerlich, weil ich Ihnen die Schuhe nicht zugebunden habe.“) Auf diese Weise konnten später viele Situationen überbrückt werden, wo kleine Auslöser eine unverhältnismäßig starke Emotion nach sich zogen. Dies war nur möglich durch ein empathisches Mitschwingen mit dem, was Frau D. gerade erlebte. Beim gemeinsamen Erleben von Alltagssituationen empfand ich das als weniger schwierig als bei Erzählungen über Erlebnisse, bei denen ich nicht dabei war. Es brauchte eine gewisse Zeit, bis ich die Beziehungen zu Verwandten, Bekannten, Ärzten und anderen Patienten aus meiner eigenen Perspektive einschätzen konnte, ohne gleichzeitig aus dem Auge zu verlieren, wie Frau D. sie erlebte. Das Einüben dieses Perspektivenwechsels meinerseits erscheint mir als weiteres Charakteristikum unserer Beziehung. Ich sah meine Aufgabe in erster Linie darin, Frau D. zu ihrer Sichtweise noch eine weitere - nämlich meine persönliche - anzubieten, die weniger bedrohliche oder verärgende Schlußfolgerungen über die Welt und vor allem über andere Menschen nach sich zog. Auch dabei ging es um das Einüben von Selbstdistanzierung. Voraussetzung dafür, daß sie meinen Blickwinkel annehmen konnte, war natürlich, daß ich authentisch blieb, d.h. ihr nicht abgeklärte „Weisheiten“ oder gar maßregelnde Ratschläge erteilte, sondern einfach aus meiner eigenen Erfahrung berichtete. Im Gegensatz zu einer therapeutischen Beziehung war es ja möglich, ihr auch Geschichten aus meinem Leben zu erzählen, über eigene Schwierigkeiten, aber auch wie ich damit umzugehen versuche.

Eine wichtige Grundhaltung im Kontakt mit Frau D. war Aufmerksamkeit nach innen wie nach außen. Ich versuchte, meine Sinne soweit zu „schärfen“, um auch die

feinen Nuancen an Stimmungen und Einflüssen wahrzunehmen, die in der Situation enthalten waren - sei es im Supermarkt, wenn die Kassiererin „grantig“ schaute, oder wenn sich Passanten im Vorübergehen laut unterhielten - und jederzeit damit zu rechnen, daß Frau D. diese Nuancen registrierte und sich davon verunsichern ließ. Je länger ich sie kannte, desto mehr Erfahrung gewann ich darin, welche Stimmungen sie besonders verunsicherten. Die Aufmerksamkeit nach innen bezog sich darauf, mit meinen eigenen Gefühlen im engen Kontakt zu bleiben, um in meiner Rückmeldung möglichst authentisch zu sein.

Mit der Zeit besserten sich viele der „Symptome“ im Verhalten von Frau D.. Die Ängste nahmen in meiner Gegenwart ab, wir erlebten zunehmende Vertrautheit im Umgang miteinander und konnten auch miteinander scherzen. Unsere Begegnungen waren mit der Zeit durch gewisse Rituale geprägt - Kaffeehausbesuche, Einkäufe in bestimmten Geschäften, Gespräche über bestimmte Personen, etc.. Dies festigte das Gefühl von Verlässlichkeit und Vertrautheit.

Zwischendurch gab es Krisen und Zeiten, in denen es Frau D. schlechter ging. Die Nähe blieb aber auch in diesen Zeiten erhalten. An einem Samstag war Frau D. in einem besonders schlechten Zustand. Bereits als sie die Tür öffnete, fiel mir auf, daß sie mich nicht wie sonst begrüßte. Wortlos setzten wir uns. Dann sagte sie nur: „Ich kann seit Tagen gar nichts mehr reden.“ Sie erzählte noch kurz, daß sie seit Tagen nur noch die Stimme ihres Vaters hörte „hängen, zerteilen, umbringen“. Auch sonst hörte sie diese Stimmen, aber diesmal kam es mir besonders massiv vor. An anderen Tagen hätte ich versucht, Frau D. abzulenken auf gemeinsame Aktivitäten, mit ihr über den Alltag zu plaudern oder ähnliches. Das war diesmal nicht möglich. Als ich wenige Sätze gesprochen hatte, herrschte sie mich an, den Mund zu halten. Nach einigen weiteren Versuchen zu sprechen, worauf sie jedesmal mit Worten wie „Ich bitte Sie, sagen’S jetzt nix. Das tut so weh!“ reagierte, ließ ich es und blieb schweigend ihr gegenüber sitzen. Im Schweigen konnte ich ihre Stimmung aufnehmen. Ich spürte eine ungeheure Schwere und Traurigkeit. Nach einiger Zeit brach es dann aus ihr heraus, all die Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung über ihre Krankheit, wie schwer es ist, damit zu leben, nichts allein tun zu können, ständig die Stimmen zu hören. Sie weinte. Sie sagte „Ich mag nicht weinen.“ Ganz leise flüsterte ich: „Weinen Sie ruhig.“ Dann kam ein lauter, verzweifelter Satz: „Ich mag mich aussprechen!“ Wiederum ganz leise sagte ich: „Sprechen Sie ruhig, ich höre heute nur zu und sage kein Wort.“ Dann begann sie lang zu erzählen, über ihre Krankheit, über frühere schlimme Phasen, als sie kein Wort sprechen konnte, als sie eine Katatonie hatte. Sie sprach auch über ihren Bruder, ihre Hilflosigkeit, weil sie ihm gerne schreiben wollte, aber nicht konnte. In der Zwischenzeit kochte ich Kaffee, während sie weitersprach. Sie fragte mich dabei, ob ich Hilfe bräuchte - daran merkte ich, daß sie wieder ein wenig aufgetaucht war aus der Schwere und Bedrücktheit ihres inneren Erlebens. Dennoch ließ ich sie weiter

sprechen, beschränkte mich auf Kopfnicken und inneres Mitgehen. Mein Eindruck war, sie konnte sich diesmal so richtig alles von der Seele reden. Nach einiger Zeit war nur noch wenig Wut und Ärger spürbar, ihre Stimmung wurde leichter und freier. Schließlich war es doch noch möglich, miteinander aus dem Haus zu gehen und einen kleinen Spaziergang zu machen.

Dieses Erlebnis zeigte mir deutlich, wie heilsam eine Beziehung sein kann - auch wenn sie sich auf Dasein und aufmerksames Zuhören beschränkt. Dies um so mehr, als mich die Ärztin vor dem Erstgespräch darauf aufmerksam gemacht hatte, daß von Frau D. keine Schilderungen aus ihrer eigenen Lebensgeschichte zu erwarten wären, weil sie darüber einfach nichts erzähle. An diesem Samstag hatte ich einen Menschen erlebt, der einen reichen Erfahrungsschatz in sich trug. Dies war aber vielleicht mit so viel Schmerz verbunden, daß sich darüber kaum sprechen ließ. Mich erstaunte auch die Distanz zu ihrer Erkrankung, die in ihrem Sprechen über das Leiden an der Krankheit und das Ertragen der physischen und psychischen Schmerzen zum Ausdruck kam. Darin wurden Einstellungswerte spürbar, die in späteren Gesprächen immer wieder indirekt Thema wurden.

Ich glaube, daß die geschilderte Begebenheit für die Beziehung zwischen Frau D. und mir sehr prägend war. Der Zusammenhalt der Realität, der im psychotischen Erleben verlorenzugehen droht, war durch unsere Beziehung wieder spürbar geworden. Gleichzeitig waren auch Wärme und Zuwendung erlebbar geworden, was schließlich eine Wende im Sprechen *über* die Krankheit und den Umgang *mit* ihr ermöglichte.

Je besser es Frau D. ging, desto unbeschwerter wurden die Gespräche für mich, da ich mich mit der Zeit darauf verlassen konnte, daß Frau D. Mißverständnisse aushalten konnte - wenn ich einmal weniger aufmerksam war und Dinge übersah, die sie verletzten. Ich konnte mich mehr und mehr als „Alltagsmensch“ zeigen, mit eigenen „Makken“ und weniger als Helferin, die ich natürlich - auch ohne therapeutischen Anspruch - die ganze Zeit blieb.

Die Erfahrung mit Frau D. war sehr bereichernd, der „Blick über die Grenze“ erschütterte und erstaunte mich zugleich, machte das Anders-Sein deutlich, das den Einzelnen, letztlich jeden Menschen, vom Rest der Welt trennt. Dennoch - und das war die entscheidende Erfahrung - gibt es Verbindendes in der Begegnung, im Miteinander-Sein, im gemeinsam erlebten Alltag.

Am Ende des Trainingshilfe-Jahres empfand ich Frau D. nicht mehr als Patientin, sondern eher wie eine Bekannte, mit der ich bestimmte Dinge unternehmen und über bestimmte Themen plaudern konnte. Auch heute noch (nach einem weiteren Jahr) sind wir miteinander in losem Kontakt, treffen uns zu Geburtstagen oder anderen Anlässen.

Schlußfolgerungen

Möglicherweise erlebte Frau D. und erleben auch andere

Psychiatrie-Erfahrene gerade durch den unvoreingenommenen Zugang des Laienhelfers zu seinem „Patienten“, daß vieles möglich ist, wenn ein anderer ganz ohne therapeutischen Anspruch einfach da ist, begleitet und Halt gibt (1. Ebene der Grundmotivationen: Seinsgrund). Die geteilte Erfahrung vermittelt so den Zusammenhalt, der in der Psychose verlorengeht oder verlorenzugehen droht.

Die Voraussetzung auf der Seite des Laienhelfers sind meiner Erfahrung nach und auch nach Ansicht von Inge Schöck:

Geduld: Man sollte sich nichts Spektakuläres erwarten - Veränderungen zeigen sich langfristig.

Offenheit für das Fremde: Mit der Zeit wird dahinter Vertrautes spürbar.

Authentizität: Psychisch Betroffene sind besonders empfindsam für alles Unechte, Gemachte, Inauthentische.

Gespür: Jede/r von uns hat ein Gespür dafür, was gut tut und was not-tut. Wichtig ist es, mit diesem Gespür in Kontakt zu bleiben.

Austausch mit anderen Laienhelfern, um die eigene Unsicherheit aushalten und von den Erfahrungen der anderen lernen zu können (auf Tagungen und eigenen Treffen, z.B. in Supervisionsgruppen).

Existenzanalytisch gesehen findet die Beziehung primär auf der 1. Ebene der Grundmotivationen statt (Vermittlung von Halt durch Dasein, Bei-Sein). Wenn die erste Ebene stabil und verlässlich ist, entwickelt sich mit der Zeit auch Wärme in der Begegnung, Wertschätzung, Zuwendung von beiden Seiten (2. Ebene der Grundmotivationen: „Es tut gut, wenn wir zusammen sind.“). Als besonders bereichernd erlebte ich, daß sich in der Beziehung mit Frau D. mit der Zeit auch die Ebene 3 (Selbstwert, So-Sein-Dürfen) stärker ausprägte. Ich lernte Frau D. über ihre Symptome hinaus mehr und mehr in ihrer individuellen Eigenart kennen, als sehr empfindsame Person mit ausgeprägtem Sinn für Ästhetik (sie arbeitete in ihrer Jugend als Grafikerin), gleichzeitig mit originellen, für mich oft sehr witzigen Gedankengängen und Ideen. Wir konnten über Dinge gemeinsam lachen, die andere Bekannte von mir wahrscheinlich als überdreht empfunden hätten, zwischen Frau D. und mir aber als ganz normal empfunden wurden. Weil die Beziehung auf den beiden unteren Ebenen stabil war, konnten die Grenzen von „normal“ und „ver-rückt“ da und dort gelockert werden, konnten Doppeldeutigkeiten im Sinn von Worten oder Begebenheiten im gemeinsamen Scherzen genußvoll ausgekostet werden. Diese Qualität bleibt für mich einzigartig für unseren Kontakt.

Ich möchte keines der Erlebnisse mit Frau D. missen.

Anschrift der Verfasserin
Mag. Astrid Görtz
Theophil Hansen Gasse 7/1/3
1230 Wien

Wie die Stimmen freundlicher wurden

Marianne Haidinger

Es wird Einblick gegeben in eine dreijährige sozialarbeiterische und therapeutische Begleitung einer Klientin mit einer seit vielen Jahren bestehenden psychotischen Symptomatik. Die Autorin arbeitete mit der Klientin im Rahmen ihrer Tätigkeit bei einer psychosozialen Beratungsstelle.

Erste Eindrücke

An meine erste Kontaktaufnahme mit Frau H. kann ich mich noch gut erinnern: eine große, sehr schlanke, feingliedrige Frau, mit großen dunklen Augen im feingeschnittenen Gesicht, ziemlich ungepflegtem, dunkelbraunem, langem Haar und einigen wenigen "Zahnruinen" im Mund, dadurch auch älter aussehend als dreißig, überwiegend vor sich hin "bellend" (halb laut in tiefen Tönen eher unverständliche Wortfetzen von sich gebend) und am liebsten bei Kaffee und Zigarette sitzend.

Da Frau H. meine erste psychotische Klientin war, stellte ich mir innerlich die Frage, ob ich wohl Zugang zu ihr finden würde und ob Veränderungen in ihrem Lebensumfeld, das ziemlich im Argen lag, möglich sein würden.

Meinem Kollegen, der Frau H. vor mir begleitete, war es zwar gelungen, wegen ihres finanziellen Desasters einen Sachwalter für sie zu bestellen und sie aus ganz tristen Wohnverhältnissen herauszuholen, doch war gerade eine Unterschriftensammlung der übrigen Hausbewohner in Gang, daß Frau H. weg müsse, weil sie die Nachtruhe ständig störte: Durch ihr "Herumbellen" wurden die Hunde wach und bellten fest mit und - zeitlos, wie sie war - klopfte sie auch nach Mitternacht an beleuchtete Fenster und fragte um Zigaretten. Obwohl ihr der Verbleib in der ruhigeren Wohngegend wichtig war, lehnte sie medikamentöse Versorgung kategorisch ab, weil sie dann so aus dem Mund stinke und dies könne man weder ihr noch anderen zumuten (ihre Erinnerung an vereinzelt erfolgte Neuroleptikadepot-Gaben).

Was von Außenstehenden als "bellen" aufgefaßt wird, erlebt Frau H. anders, nämlich daß "es" mit ihr schimpfe/ aus ihr schimpfe (ein Geschehen in ihr, das sein Eigenleben hat und dem sie sich ausgeliefert fühlt).

Zur Vorgeschichte

Frau H. wuchs als zweites von vier Kindern, gemeinsam mit einem Bruder, bei den Großeltern auf. Frau H. ist froh darüber, denn der Großvater war zwar auch Alkoholiker wie der Vater, er schlug jedoch nicht zu, und im Gegensatz zur Mutter kochte die Großmutter auch. Verärgert und wütend ist Frau H. jedoch, daß der Großvater seine Unterschrift für den Hauptschulbesuch nicht gegeben hat, obwohl dies der Volksschullehrer befürwortet hatte. So mußte Frau H. wie ihre Geschwister die Sonderschule besuchen. Mit 15 Jahren kam Frau H. in eine weiter entfernte Haushaltschule und arbeitete dort auch anschließend in der Küche. Frau H. lernte hier den Vater ihres ersten Kindes kennen, ging mit ihm in den Heimatort zurück und arbeitete noch bis zur Geburt des gemeinsamen Kindes als Kellnerin in einem kleinen Lokal. Ihr Freund trank und mußte wegen verschiedener Delikte öfters ins Gefängnis. Die desolote Wohnsituation trug neben den anderen Belastungsfaktoren dazu bei, daß ihr die Betreuung ihres Kindes eher schlecht als recht gelang, sodaß das Kind auf Intervention des Jugendamtes mit 7 Monaten in ein Kinderdorf kam. Nach der Kindesabnahme kam Frau H. als psychotische Patientin in die Klinik. Hier lernte sie ihren späteren Mann kennen, der wieder stark dem Alkohol zusprach und ebenso Gefängniserfahrung hatte. Sie wurde wieder schwanger. Auch dieses Kind wurde mit eineinhalb Jahren in ein Kinderdorf gebracht. Zu diesem Zeitpunkt war ihr drittes Kind unterwegs. Sie erlitt eine Sturz- und Frühgeburt. Dieses Kind besuchte sie beinahe wöchentlich im Krankenhaus über einige Monate hinweg trotz großer Entfernung und ganz knapper finanzieller Mittel. Als sie mit dem vierten Kind schwanger war, ging sie in ein Mutter-Kind-Heim, denn die Wohnverhältnisse waren wieder einmal schlimm und sie hoffte dadurch, das Kind behalten zu können. Einige Zeit vor der Geburt ließ sie sich von ihrem Mann zur Heimkehr überreden und mußte diesmal die Kindesabnahme sofort nach der Geburt erleben. Da ihr Mann weder auf Montage noch im Gefängnis war, lief er "von Pontius zu Pilatus" - vergebens. Arbeitsvermittlungsversuche scheiterten immer wieder an ihrem offensichtlichen psychotischen Erleben.

Zur Psychopathologie

Wahnerleben zeigt sich bei Frau H. derart, daß sie sich als

Adelige sieht, die eigentlich in England zu Hause sei, oder daß sie nicht von dieser Welt sei, sondern vom Himmel geschickt wurde. Die Halluzinationen sind überwiegend akustischer Art. Sie kommentieren ihr Verhalten meist sehr abwertend oder beschimpfen sie wüst. Besonders stark ist dies bei Themen, die traumatische Erfahrungen (z.B. der verhinderte Hauptschulbesuch, die Kindesabnahmen) betreffen.

Die Stimmen äußern sich als fremdartig tiefklingende "Belllaute". Berührungshalluzinationen sind von der Art, daß sie sich von Gespenstern berührt erlebt, oder deren Haare spürt.

Stark ausgeprägt ist auch die soziale Isolierung, die Vernachlässigung der persönlichen Hygiene und Körperpflege, abgestumpfte, verflachte Affekte, eine verarmte Sprache und ein erheblicher Mangel an Initiative und Interesse.

Mein Focus in der Begleitung von Frau H. waren daher die Fragen:

- Wo und wie ist Entlastung im psychotischen Erleben und im sozialen Bereich möglich?
- Wieweit ist eine Auseinandersetzung und eventuelle Aussöhnung mit ihrem Schicksal möglich?

Eine "Erste-Hilfe-Maßnahme" für Entlastung wären wohl Medikamente - jedoch: "Wofür würde sie es versuchen" war meine Frage. Mir kam in den Sinn, daß ich sie besonders ent-rückt, jedoch gleichzeitig auch spürbarer erlebte, wenn das Thema Kinder auftauchte. Alle vier Kinder waren in zwei verschiedenen Kinderdörfern untergebracht, weit weg von ihr.

Viel Haß gegenüber dem Jugendamt, dem Gericht und den Kinderdörfern sprudelte aus ihrem Mann, der bei den Hausbesuchen meist anwesend war, wenn die Rede auf die Kindesabnahmen kam. Dies wiederum löste intensives "Bellen" und ab und zu ziemlich ordinäre Schimpfwörter bei Frau H. aus, soweit sie überhaupt verstehbar waren.

"Fit werden" - wofür?

In dieser inneren Not war Frau H. für mich auch am stärksten spürbar, und auf die Frage, ob wir versuchen sollten, die Kinder zu besuchen, strahlte sie mich begeistert an. Dafür "mehr fit" zu werden - das wollte sie! ("Die Kinder kennen sich ja nicht aus, wenn es aus mir herausredet"). Der Begriff des "Fit-werdens" war für Frau H. ein erstrebenswertes Ziel. Jeden anderen Begriff, der das psychotische Erleben betraf, lehnte sie ab.

Trotz ihres guten Willens war das Erlernen der Medikamenteneinnahme ein hartes Stück Arbeit: sie vergaß die Arzttermine, nahm die Medikamente gegen die Nebenwirkungen - statt täglich - alle auf einmal usw.. Ich suchte nach Unterstützung und fand diese in einer sehr engagierten Laienhelferin. Gemeinsam war es leichter, die anfangs wirklich zeitaufwendige Strukturierung, Kontrolle und Anleitung zur Selbstkontrolle zu schaffen.

Im Leben bleiben können - lebenswerter leben können

Da auch der Wohnbereich von Frau H. ziemlich problematisch war (Abfluß im Bad hoffnungslos verstopft, die Abfälle häuften sich meist sackweise und stanken vor sich hin, die Wäsche solange eingeweicht, bis sie schlitzig und stinkend in einem Müllsack landete, im Kühlschrank oft gährende Leere oder Verdorbenes, weil er nach Bezug der Sozialhilfe randvoll angefüllt wurde), suchten wir gemeinsam mit Frau H., was sie verändern könnte und wollte. Hier kam uns ihr psychotisches Erleben zu Hilfe, weil sie sich eigentlich als Adelige fühlte, die luxuriös und schön wohnen sollte ("gehöre nicht hierher, dieses Leben ist mir zuwider, wurde vom Himmel hergeschickt") und daher immer ganz "selig" war, wenn die Wohnung wieder weniger stank, wenn sie aufgeräumt, geputzt worden war. Frau H. drückt dies weniger mit Worten aus, aber es ist gut spürbar: sie wirkt ruhiger, friedvoller.

Mein Wahrnehmen und offenes Ansprechen war ihr auch hilfreich, sich besser zu verstehen, ihr Erleben innerlich "einzuordnen" (wenn z.B. beim Mistkübel füllen ihre Stimmen laut wurden, sagte ich: "Ärgerst Dich jetzt?...kann ich verstehen...mag diese Arbeit auch nicht gern...andererseits, wenn die Arbeit geschafft ist, ...").

Auch in Zusammenarbeit mit dem Sachwalter unterstützten wir Frau H., ihr äußerst geringes Einkommen einzuteilen und schrittweise in Eigenverantwortung wieder zu übernehmen. Gleichzeitig strebte der Sachwalter im Einvernehmen mit Frau H. die Scheidung an, um sie aus der Mitverantwortung des riesigen Schuldenberges ihres Mannes zu holen, ihr die Chance auf erhöhte Sozialhilfe zu geben und durch alleinige Verfügbarkeit über die Wohnung ihr ein mehr an Eigenverantwortung zu geben. Frau H. fühlte sich von ihrem Mann oft sexuell bedrängt und irrte dann, oftmals barfuß im Nachthemd, sogar bei winterlichen Temperaturen, herum - unverständlicherweise war sie selten krank!

Der Zusammenhang von äußerer und innerer Ordnung

Sehr berührend waren dann die ersten Besuche bei den Kindern.

Frau H. schien nach den ersten eher angespannten Fahrten jedesmal im 7. Himmel zu schweben: auf der Hin-fahrt und noch mehr auf der Rückfahrt. Die Stimmen kamen eher freudig "glucksend" und nur selten schimpfend! Dies war auch für Frau H. die am stärksten wahrzunehmende Veränderung: "Die Berührungen und Gesichter von anderen Menschen sind weg, ich muß mich nicht mehr ärgern mit ihnen, tun mir nichts Böses mehr, sprechen leise mit mir, sie fragen mich um Rat, folgen mir." - Frau H. benennt das gesamt oftmals mit dem Ausspruch: "die Psyche bleibt gut unten".

In ihrer stillen, unaufdringlichen und in diesen Situationen

jedoch höchst wachen Aufmerksamkeit beobachtet sie das Kind/die Kinder, liebkost sie förmlich mit Blicken und genießt die spontane herzliche Zuneigung der Jüngeren ("Mama, ich liebe dich" sagte der Siebenjährige, das dritte Kind, beim Abschiednehmen beim letzten Besuch), hat aber auch Verständnis für pubertierendes Rückzugsverhalten der Ältesten.

Auch die zum Teil skeptischen Kinderdorfmütter, die verständlicherweise auch Ängste hatten, haben Frau H. inzwischen ins Herz geschlossen und gestalten die Besuchstage recht feierlich. Schon nach dem ersten Besuch beim jüngsten Kind (bei dem die Abnahme für Frau H. besonders schmerzlich war, weil sie doch so gehofft hatte...) berührte mich ihre selbstlose Liebe sehr: "Ich könnte ihm das alles nie geben, er hat es gut bei Frau A.!".

Ihr Ex-Mann, der mit seinem Haß und Hadern ihr traumatisches Erleben immer wieder aufwühlte, sprang anfangs im letzten Moment meist von diesem sicherlich sehr aufwühlendem Ereignis der Kinderbesuche ab (zum Teil wegen epileptischer Anfälle durch Alkohol), schaffte inzwischen jedoch einen Entzug und schon recht lange abstinente Zeiten. Nach dem Entzug war es auch ihm möglich, den Kindern zu begegnen und zu erleben, daß es ihnen gut geht, sich mit der Zeit immer mehr mit der Tatsache auszusöhnen, daß sie keine gemeinsame Familie leben, dafür jedoch die Kinder sehr viel an Förderung erfahren, ein sehr schönes, gemütliches Zuhause haben, von den Kinderdorfmüttern liebevoll betreut werden und trotzdem sich sehr freuen, wenn Papa und Mama auf Besuch kommen.

Frau H., der diese innere Aussöhnung mit ihrem Schicksal in Ansätzen schon viel früher gelang, fand durch ein stärkeres "In-Ruhe-gelassen-Werden" seitens des Ex-Mannes zu mehr innerer Ruhe. Das Einnehmen ihres Platzes als Mama hat innerlich etwas ins Lot gebracht.

"Es ist, als würde ein Scherbenhaufen wieder Gestalt annehmen", meinte anerkennend mein Kollege, der sie in noch ärgeren "Scherbenzeiten" erlebt hatte, als ich. Ein Stück mehr an innerem Zusammenhalt wurde meines Erachtens vor allem auch dadurch möglich, daß sie erfahren konnte, daß es den Kindern gut geht.

Realistische Ziele entwickeln

Zwischendurch gab es auch immer wieder verschiedene Arbeitsversuche im geschützten Bereich der Tagesstruktur (in der Küche, in einer Wäscherei und Bügelei). Da sie selber überzeugt war, daß sie ja arbeiten könne, weil sie ja "gerade Glieder" habe und ohnehin gut ausgeruht sei, war es oft schwierig, realistische Ziele zu entwickeln. Am liebsten wollte sie Sekretärin in einem schönen Büro sein, und am wenigsten wollte sie Putzarbeiten machen. Derzeit ist sie sehr initiativ, um ein Arbeitstraining in einem Gasthaus machen zu können, machte sich alle dafür nötigen Termine selber aus und erhielt großes Lob und Anerkennung für die Arbeit an den Schnuppertagen - die Arbeit in einem kleinen Lokal war immerhin ihre erste und ziemlich einzige Arbeitsstelle, von der sie zeitweise schwärmte.

Das Gelungene - die Grenzen

Ich denke, Frau H. hat ein Stück Spielraum gewonnen im Umgang mit den Stimmen (sie können sich ändern, können auch wohlwollend mit ihr sein, und wenn sie sie gar nicht brauchen kann - beim Besuch der Kinder - müssen sie "a Ruah gebn"). Frau H. merkt, daß ihr die Medikamente dabei hilfreich sind. Es gab vor allem aber in der Anfangsphase der Medikamenteneinstellung Zeiten, wo sie ganz antriebslos, "farblos" wurde und ich mich oft fragte, ob es wohl in erster Linie unsere Gesellschaft, unsere Kultur verlangt, daß Frau H. anders "funktioniert" und ob es wohl wirklich auch gut für sie ist.

Frau H. hat neuen Halt im Leben, wenn auch nur begrenzt: Der Ex-Mann hat derzeit eine eigene Wohnung (wie lange?) und wenn er ihr zu "laut" ist (weil betrunken randalierend, schreiend), dann sagt sie manchmal schon "schleich di" und weil sie inzwischen ein eigenes Radio hat (volkstümliche Musik tut ihr gut und ist ihr daher ganz wichtig!), sagt sie das auch eher.

Wenn etwas passiert (Gasofen kaputt, Wohnungsschlüssel weg,..), kann sie in die Beratungsstelle kommen, und wir schauen gemeinsam, was zu tun ist. Ich bemühe mich, ihr dabei möglichst viel an Eigeninitiative zu lassen. Derzeit kommen einmal pro Woche entweder die Laienhelferin oder ich zu ihr nach Hause.

Grenzen erlebe ich vor allem auch in den Bereichen, die ihr selber weniger wichtig sind (z.B. Wäsche verkommt immer wieder, weil sie auch von einer entfernten Verwandten oft Nachschub bekommt).

Frau H. kann die Kinder jetzt manchmal sehen - aber eben nur ca. zweimal jährlich. Das Erspüren ihres stärksten Belastungsmomentes (die Kinder), die Berücksichtigung ihrer Vulnerabilität, die konkreten Hilfen im medikamentösen u. sozialen Bereich sowie eine intensive Zusammenarbeit mit anderen Helfern waren vermutlich hilfreich, daß ein Dauerzerfall derzeit aufgehalten scheint.

Wesentlich in der Begleitung war für mich:

Einfach DASEIN und DABEIBLEIBEN können, WACH SEIN für das, was sich zeigt, WAHRHAFTIG SEIN, den ZUSAMMENHALT FÖRDERN, ENTLASTUNG UND ERLEICHTERUNG entdecken helfen.

Ich habe Frau H. sehr schätzen gelernt habe und mag sie von Herzen gern! Auch sie bringt ihre Zuneigung zu mir bisweilen sehr direkt zum Ausdruck, indem sie mir manchmal einfach ein Busserl auf die Wange drückt.

Es gäbe noch viel zu sagen...

Dies waren einige Fragmente aus einer intensiven gemeinsamen Zeit; ich bin gespannt, was noch auf uns wartet...

*Anschrift der Verfasserin
Marianne Haidinger
Dukartstraße 9/4
4400 Steyr*

Sinnfindung in der Psychose

Existenzanalytische Beratung im Pflegedienst einer sozialpsychiatrischen Ambulanz

Maria Kubin

Nach der Schilderung der Situation in der Ambulanz werde ich die theoretischen Grundlagen meiner Beraterischen Arbeit besprechen, besonders die Auswirkungen einer psychiatrischen Erkrankung auf die Person. Im zweiten Kapitel geht es um die Anwendung der Anthropologie. Hier beschreibe ich anhand eines Fallbeispiels, wie ich in der Beratung praktisch vorgehe, es sind die als "Personale Existenzanalyse" bekannten drei Schritte der Wahrnehmung, der Stellungnahme und der Handlung, sowie die vier Schritte der Sinnfindungsmethode. Die durch eine psychiatrische Krankheit in ihrer Ausdrucksmöglichkeit stark eingeschränkte Person kann, wenn sie entsprechend angesprochen und geleitet wird, ebenso wie jede andere durch die Verwirklichung von Werten Sinn finden und zu einem erfüllten Leben gelangen. Es werden auch die Schwierigkeiten besprochen, die sich in der Beratung ergeben, besonders die Gefahr des psychotischen Ausweichens. Der folgende Artikel ist eine Zusammenfassung meiner Abschlußarbeit.

Einführung

Ich arbeite seit zwei Jahren als Krankenschwester in einer sozialpsychiatrischen Ambulanz in Wien in einem multi-professionellen Team, bestehend aus Ärzten, Krankenpflegepersonal, Sozialarbeitern und Psychologen. Die meisten Patienten, die zu uns kommen, leiden an Erkrankungen aus dem schizophrenen oder affektiven Bereich, sowie an Altersdemenzen. Viele sind Langzeitpatienten, die sozial in

eine Außenseiterrolle gedrängt sind.

Die Patienten, die in die Ambulanz kommen, werden von den Ärzten medizinisch-medikamentös betreut, das Krankenpflegepersonal führt die Behandlungen aus. Die Sozialarbeiter kümmern sich um Geld- und Wohnungsangelegenheiten, um Probleme mit der Arbeit sowie um Amtswege und soziale Dienste. Bei der Psychologin werden sie getestet und gegebenenfalls in einem kognitiven Training geschult. Wenn es die Patienten wünschen und es sinnvoll erscheint, können sie zu Einzelgesprächen oder einer Psychotherapie kommen. Verschlechtert sich der Zustand der Patienten und können sie daher nicht mehr in die Ambulanz kommen, machen wir Hausbesuche und betreuen sie, so lange wie möglich, zuhause. Geht das nicht mehr, veranlassen wir eine Einweisung in das Psychiatrische Krankenhaus.

Im Feld von medizinischer, sozialarbeiterischer und psychologischer Betreuung sehe ich als Aufgabe der Beratung die Unterstützung beim täglichen Leben. Krankenpflege, besonders psychiatrische, ist ein gutes Feld für Beratung. Pflegepersonen kommen oft und viel in Kontakt mit den Patienten, für die sie eher menschliche Vertrauenspersonen sind, während im Arzt die fachlich kompetente Autorität gesehen wird. Beim Pflegepersonal sprechen die Patienten daher leichter das Banale und Alltägliche an, für das im Gespräch mit dem Arzt keine Zeit oder kein Platz war. Sie dürfen einfach sagen, was ihnen auf dem Herzen liegt. Sie vertrauen sich, offener zu reden, über ihre kleinen Sorgen und Ängste, denn es gibt kein Therapieziel im engeren Sinn. „Pflege ist ohne spezielle Absicht. Sie verfolgt nicht ausdrücklich und ausschließlich das Ziel einer Besserung oder Verhaltensänderung. Krankenpflege kuriert nicht, saniert nicht, repariert nicht, sie behandelt nicht, behorcht nicht, beklopft nicht. Krankenpflege versorgt, verpflegt, verbindet, verhilft, verschont, versteht.“ (Dörner 1989, 154)

In unserer Ambulanz werden die Patienten zuerst von der Schwester am Pult empfangen. Dort wird abgeklärt, was ihr Anliegen ist. Nach dem Gespräch mit dem Arzt, das bei den allermeisten Patientenkontakten stattfindet, kommen sie zum Pflegepersonal in den Behandlungsraum

zur Depotinjektion, zur Medikamenteneinteilung oder zu einer anderen medizinischen Behandlung. Der Druck, der vor dem Arztkontakt auf den Patienten lag, ist weg, nun sind sie entspannter. Sie müssen nicht mehr 'reden', sondern können erzählen. Daher kommt es leicht zu einem Gespräch. Ich persönlich bin bemüht, dabei außer dem medizinischen Bereich auch den Umgang der Patienten mit ihren Lebensbedingungen anzusprechen. So kann es zu einem etwa zehnminütigen Beratungsgespräch kommen. Kommt dabei etwas zutage, was für die anderen Teammitglieder wichtig ist, wird das in der Ambulanzbesprechung dem Team mitgeteilt.

Gelegentlich werden Patienten vom Pflegepersonal auf Wegen, die ihnen allein zu schwer fallen, begleitet. Das hilft ihnen, die Schwellenangst bei neuen Situationen, zum Beispiel einer neuen Beschäftigung, zu überwinden. Eine weitere Aufgabe der Pflegepersonen sind Hausbesuche, um herauszufinden, wie die Patienten in ihren Wohnungen zu-recht kommen, wie gut oder schlecht sie für sich sorgen können (zum Beispiel, ob überhaupt Lebensmittel im Haus sind), und welche Möglichkeiten sie vielleicht haben, die sie selbst nicht sehen können. Dabei wird auf Zeichen der Verwahrlosung geachtet und der Arzt auf eine mögliche Verschlechterung des Zustandes hingewiesen.

Viele Patienten leiden unter gleichen oder ähnlichen Problemen. Daher werden vom Team angeleitete Selbsthilfegruppen organisiert. Hier können sie voneinander lernen, wie die anderen mit sich umgehen. Sie sehen, daß sie mit ihrer Problematik nicht alleine sind und daß andere es durchaus manchmal schaffen, mit einem Problem, das sie momentan für unlösbar halten, fertig zu werden. Das macht ihnen Mut, selbst einen neuen Versuch zu machen. Auf der anderen Seite lernen die Patienten einander kennen, schließen mitunter Freundschaften und überwinden so ihre Einsamkeit.

Es besteht für die Patienten auch die Möglichkeit, in der Ambulanz an einer Gruppe teilzunehmen, bei der Bewegungs- und Entspannungsübungen gemacht werden. Das wirkt dem Bewegungsdefizit, dem Zunehmen des Körpergewichts aufgrund der Psychopharmaka und dem gestörten Körperempfinden psychotischer Patienten entgegen.

Große Bedeutung hat auch die Arbeit mit Angehörigen unserer Patienten, die oft unter enormer Belastung stehen. Sie zu informieren, zu entlasten und zu beraten, sie auch manchmal in der gut gemeinten Überfürsorge zu stoppen oder ihnen die Trennung von ihrem kranken Angehörigen (in die eigene Wohnung, ins Krankenhaus oder Pflegeheim) zu ermöglichen, ist das Ziel dieser Gespräche.

Aus all dem geht hervor, daß die psychiatrische Pflege ein guter Einstieg in die Beratung ist. Da wie dort geht es um den Umgang mit der Erkrankung und deren Auswirkung. Da wie dort geht es um das tägliche, praktische Leben. Ich persönlich trenne in meiner Arbeit kaum zwischen Pflege und Beratung, denn ich gehe an jeden Patienten als Krankenschwester mit meiner existenzanalytischen Sichtweise des Menschen heran. Um diese soll es im folgenden gehen.

Zum Menschenbild des psychisch Kranken

Die Person in Gefangenschaft

Das psychotische Erleben beschreibt Eugen Bleuler folgendermaßen: „Das schizophrene Leben ist weiter gekennzeichnet durch Mangel an Einheitlichkeit und Ordnung aller psychischen Vorgänge. Widerstrebende Vorstellungen und Emotionen werden ungenügend aneinander angepaßt und laufen widersprüchlich nebeneinander. Wie im Traum, im autistischen und archaischen Denken des Gesunden überwiegt im Schizophrenen die Tendenz, sich - unbekümmert um die Realität - ein Bild der Welt nach dem eigenen widersprüchlichen Wesen und den eigenen widersprüchlichen Wünschen und Ängsten zu schaffen. Es resultieren die Zerfahrenheit des Denkens und des Gefühlslebens und die Unmöglichkeit, sich als einheitliche Person zu empfinden (Depersonalisation).“ (Bleuler 1983, 408)

Angesichts dieser schweren Störungen tut es gut, und ist es für den Respekt vor dem Menschen, der unter einer Psychose leidet, wichtig, seine geistige Dimension niemals als krank, sondern als in der Krankheit gefangen zu sehen. „In Wahrheit gibt es nämlich gar keine 'Geistes'-Krankheiten. Denn der 'Geist', die geistige Person selbst, kann überhaupt nicht krank werden, und auch noch hinter der Psychose ist sie da, wenn auch selbst dem Blick des Psychiaters kaum 'sichtbar'. Ich habe dies einmal als das psychiatrische Credo bezeichnet: diesen Glauben an das Fortbestehen der geistigen Person auch noch hinter der vordergründigen symptomatisch psychotischen Erkrankung.“ (Frankl 1991a, 110) „Die geistige Person ist störrisch, aber nicht zerstörbar - durch eine psychophysische Erkrankung. Was eine Krankheit zerstören, zerrütten kann, ist der psychophysische Organismus allein. Dieser Organismus stellt jedoch sowohl den Spielraum der Person als auch deren Ausdrucksfeld dar. Die Zerrüttung des Organismus bedeutet demnach nicht weniger, aber auch nicht mehr als eine Verschüttung des Zugangs zur Person - nicht mehr.“ (Frankl 1990, 173)

Die Person tritt durch die Abgrenzung von Körper und Seele in Erscheinung, sie ist das, was den Menschen in seiner Eigen- und Einzigartigkeit ausmacht und ihn von allen anderen Menschen wesentlich unterscheidet. Das Ziel der Person ist, durch das Erfahren von Sinn zu einem erfüllten Leben zu gelangen, existieren zu können. Wer nicht spürt, daß sein Leben einen Sinn hat, kann es nicht als schön und erfüllend erfahren. „Worum es dem Menschen geht, das ist, einen Sinn zu erfüllen und Werte zu verwirklichen. In der Logotherapie sprechen wir da von einem Willen zum Sinn. So ist denn auch das Streben nach Selbsterfüllung keineswegs etwas Primäres; nur in dem Maße, in dem der Mensch den konkreten und persönlichen Sinn seines Daseins erfüllt, erfüllt er auch sich selbst.“ (Frankl 1991b, 75) „Der Sinnwille des Menschen kann nun auch

frustriert werden, und in der Logotherapie sprechen wir da von einem existentiellen Vakuum.(...) Aber es geht nicht darum, daß wir dem Patienten einen Daseinssinn geben, sondern den Patienten instand setzen, den Daseinssinn zu finden, daß wir sozusagen sein Gesichtsfeld erweitern, so daß er des vollen Spektrums personaler und konkreter Sinn- und Wertmöglichkeiten gewahr wird. So ist es eigentlich nicht am Menschen, nach dem Sinn des Lebens zu fragen. Sondern eigentlich hätte der Mensch sich selbst als den zu verstehen, der gefragt wird, und zwar ist es das Leben selbst, das ihn fragt, und er hat zu antworten, sein Leben zu verantworten. Tatsächlich sieht die Existenzanalyse im Verantwortlichsein das Wesen menschlichen Daseins, die Essenz der Existenz." (Frankl 1991b, 75)

Die Person, die sich ausdrücken will, die Sinn will, die zur Welt kommen will, ist bei Psychotikern also in ihrer Krankheit eingesperrt. Sie ist da, wenn auch nicht sichtbar, oder oft nicht sichtbar. Dennoch unterscheidet sie sich nicht von anderen in ihrem Durst nach Leben. Genauso wie jede andere kann sie existentiell frustriert sein, wenn sie sich nicht ausdrücken kann, nicht leben darf. Zu spüren, daß man Person ist und sich als solche nicht zur Welt bringen kann, das bedrängt. Da entsteht Schmerz, und da kommt es dann oft zum Versuch, sich zu betäuben. Mit Alkohol, Drogen oder sonst einer Sucht, mit Arbeit oder Beschäftigungstherapie und, wenn sonst nichts geht, mit Abgestumpftheit und Resignation, unter Umständen auch mit Selbstbeschädigungen bis hin zum Selbstmord. „Der Mensch scheint Sinn zu brauchen. Ohne Sinn, ohne Ziele, Werte oder Ideale zu leben, scheint, wie wir gesehen haben, sehr viel Kummer hervorzurufen. In der schweren Form kann es zu der Entscheidung führen, sein Leben zu beenden." (Yalom, EP 498)

Die Person ist gefangen, aber nicht krank. Und eine der wichtigsten Eigenschaften der Person ist, dem Körper und der Psyche entgegentreten zu können, sich davon abzugrenzen, zu distanzieren. Die Person läßt sich nicht durch ihre Leiblichkeit dominieren, sondern sie ist eben das, was der Mensch darüber hinaus noch ist. Sie kann zu den Bedingtheiten und Behinderungen, die körperlich oder psychisch vorhanden sind, Abstand schaffen und Stellung nehmen. „Ich muß mir ja von mir nicht alles gefallen lassen“, meinte einmal V. Frankl. Das bedeutet nun nicht, daß die Person sich über Körper und Psyche hinwegsetzt oder daß sie sie für minderwertig hält, sie läßt sich nur nicht davon bestimmen. Frankl schreibt über die endogene Depression, wobei ich denke, daß es für Psychosen im allgemeinen gilt: „...daß jenes identische psychophysische (besser: somatogene und phänopsychische) Krankheitsgeschehen, das wir endogene Depression nennen, die verschiedensten geistigen Stellungnahmen erlaubt, das heißt, der geistigen Person, als dem Träger des erkrankten psychophysischen Organismus, die verschiedenen Stellungnahmen insofern möglich macht, als es ihr, der Person, den hierzu nötigen Spielraum läßt.(...) überall erweist sich dieser Spielraum, der da ausgespart bleibt von Bedingendem, ausgefüllt von Un-Bedingtem, erweist sich demnach der Mensch - im Rahmen des freien

Spielraums für geistige Stellungnahmen - als unbedingter, zumindest der Möglichkeit nach. Der Mensch ist ein faktisch bedingter, aber fakultativ unbedingter." (Frankl 1990, 174)

Der Raum der Person

Personsein heißt: umgehen mit seiner Welt. Es bedeutet nicht, diese Welt überspielen, verdrängen zu wollen, es bedeutet, mit den Tatsachen, die man in seinem Leben vorfindet, umgehen zu lernen. Wobei dieses Umgehen, dieses Sich-Raum-Geben für Menschen, die unter einer Psychose oder auch einer anderen psychiatrischen Erkrankung leiden, natürlich stark eingeschränkt ist. Trotzdem: Ein bißchen Raum ist immer da. Und wir sind es der Ehrfurcht vor dem anderen, der Person des anderen, schuldig, ihr diesen Raum auch zu lassen. Zu lassen bzw. erst zu geben. Denn wenn jemand dieses innere Zurücktreten, dieses Sich-Raum-Nehmen nicht geübt hat, dann kann ihm ein anderer das Gegenteil sein, ihm den Raum geben, den er dann wieder betreten kann. Wobei ein anderer den Raum nur geben kann, wenn er ganz offen ist für das Eigensein dieser Person - „Du darfst Du sein“. Es darf keine Wertung geben, worin oder wodurch sich die Person auszudrücken hat. Das ist gerade bei psychotischen Patienten wichtig, die einem oft skurril und eigenartig erscheinen. Die Person dieses Menschen hat eben nur ihr krankes Psychophysikum, um sich auszudrücken, und nur entsprechend ihren Möglichkeiten kann sie sich zur Welt bringen. „Du darfst Du sein, Du darfst krank sein, Du darfst Deine Ängste haben, Deine Stimmen hören, Deine Wahnideen haben. Du bist gut, so wie Du bist.“ Erst wenn alle Erwartungen zurückgenommen sind, ist der Raum so, daß er von der Person betreten werden kann.

Jemandem Raum geben kann man, indem man ihn zur Stellungnahme auffordert. Die Fragen: „Ist Ihr Leben gut so, wie es jetzt ist?“ oder „Was könnten Sie tun, damit es ein kleines bißchen besser für Sie wird?“ rütteln auf und können den Prozeß der Selbstdistanzierung und Stellungnahme in Gang bringen. Die Person wartet darauf, angesprochen zu werden, sich Raum nehmen und ausdrücken zu können. Sie will Stellung nehmen, verantwortlich sein, sinnvoll leben - in der ihr angepaßten Weise und gemäß ihren Möglichkeiten. Wie bereits oben beschrieben besteht die Möglichkeit, Sinn zu finden, im Verwirklichen von Werten. „Das ist es eben, was den Sinn der Lebenssituation ausmacht - und schließlich zum großen Lebenssinn konfluiert: daß jede Situation den Menschen persönlich angeht, ihn meint, ihn anspricht, ihn auch anruft, wobei alles darauf ankommt, nur wach genug zu sein, den Anspruch der Situation zu vernehmen." (Längle 1988, 40)

Das Betreten des Raumes: der Weg zum Sinn

Die Person kann Hilfe dabei brauchen, zu erkennen, welche Bedeutung eine Situation für sie hat, wenn sie nicht darin geübt ist, wachsam gegenüber den Aufforderungen

des Lebens zu sein. Dazu helfen die vier „Schritte der Sinn- erfassung“ (Längle 1988, 40 ff.). „Sinnfindung erfolgt stets in einer gesetzmäßigen Abfolge von Schritten. Diese werden natürlicherweise spontan vollzogen und sind üblicherweise nicht vollständig bewußt. Für Psychotherapie und Beratung stellt es jedoch eine Hilfe dar, die Schritte im einzelnen zu kennen, weil dadurch eine gezielte Hilfe und eine bewußte Führung des Patienten möglich wird.“ (Längle 1988, 42)

Diese vier Schritte sind:

- 1) das Wahrnehmen und Erkennen der verschiedenen Möglichkeiten,
- 2) das Verstehen und Bewerten derselben,
- 3) die Stellungnahme und die Entscheidung und
- 4) das Ausführen in der Handlung.

Im ersten Schritt geht es darum, Werte als solche überhaupt wahrzunehmen. Psychiatrische Patienten neigen dazu, mit Geringschätzung auf ihr Leben zu blicken und vergessen dabei leicht, was ihnen wertvoll und wichtig ist. Hier geht es um die Weitung des Blickes: „Was gibt es so in Ihrem Leben, was Sie nicht vermissen wollen?“ In der konkreten Situation ist es oft möglich, gemeinsam verschiedene Lösungsmöglichkeiten zu suchen, auch einmal Gedanken zu denken, die unüblich für den Patienten sind, die in andere Richtungen gehen als bisher, und miteinander durchzu- besprechen, welche Versuche bisher noch nicht gewagt worden sind, und was daran gehindert hat.

Der zweite Schritt, bei dem die Person ebenso Hilfe brauchen kann, ist, sich auf diese wahrgenommenen Werte gedanklich einzulassen. Das ist hilfreich, da sich psychiatrische Patienten oft im Diffusen, Vagen aufhalten und sich dadurch einer echten Konfrontation entziehen. Im Bewerten dessen, was zuerst als Möglichkeit besprochen wurde, im konkreten Besprechen dessen, was in dieser Situation für die jeweilige Person eine gute oder schlechte, richtige oder falsche Lösung wäre, beginnt bereits das Wahrnehmen eines Gedankens.

Dabei darf es aber nicht bleiben, im dritten Schritt gilt es, sich für etwas zu entscheiden. Gerade da haben es die Patienten oft besonders schwer. Sie schieben Entscheidungen so lange hinaus, bis sie ihnen jemand anderer abgenommen oder sich die Sache von alleine erledigt hat. Je öfter man sich aber für eine Sache entscheidet und sie einem nicht nur „passiert“, desto sinnvoller und schöner wird das Leben, und desto selbstbewußter wird man.

Der letzte Schritt ist dann noch das Handeln, das Verwirklichen des Wertes, für den man sich entschieden hat. Erst durch die Handlung drückt sich die Person aus und wird das Leben mit Sinn erfüllt. Es ist daher wichtig, nicht nur im Phantasieren, im Darüber-Reden zu bleiben, sondern wirklich zum Tun zu kommen.

Die Person, die in der Möglichkeit Sinn zu erfahren, ungeübt ist, braucht also Hilfe durch ein Du, das ihr Raum gibt und ihr zeigt, wie sie Sinn finden kann:

- Sie braucht ein Du, das sie anspricht und mit ihr die Möglichkeiten einer Situation sieht.

- Sie braucht ein Du, das ihr zutraut, eine für sie richtige Wertung zu finden.
- Sie braucht ein Du, das ihr einen Weg zeigt, wie sie sich richtig entscheiden kann.
- Und sie braucht ein Du, das ihr vorlebt, wie Leben geht.

„Einen Sinn können wir dem Leben des anderen nicht geben - was wir ihm zu geben, mit auf den Weg zu geben vermöchten, ist vielmehr einzig und allein ein Beispiel: das Beispiel unseres ganzen Seins. Denn auf die Frage nach dem letzten Sinn menschlichen Leidens, menschlichen Lebens kann die Antwort nicht mehr eine intellektuelle, sondern nur noch eine existentielle sein: wir antworten nicht in Worten, sondern unser ganzes Dasein ist die Antwort. (...) Das Menschsein kann nur in dem Maß wieder erreicht werden, in dem es als Verantwortlichkeit gegenüber einer Aufgabe, gegenüber der Erfüllung eines Seins verstanden wird. Wenn wir dieses Gefühl der Verantwortlichkeit des Menschen für einen Sinn, für seinen Sinn fördern, dann haben wir damit den entscheidenden Schritt zur Überwindung des existentiellen Vakuums getan.“ (Frankl 1991a, 29)

Fallbeispiel

Die Patientin, die ich vorstellen möchte, Frau D, ist eine 46 jährige Frau aus gutbürgerlichem Haus. Ihre Diagnose ist „Schizophrener Defektzustand“, ICD 9 Nr. 295.6. Bis zum Erstauftreten ihrer Krankheit im Alter von 31 Jahren hatte sie Englisch und Geschichte studiert, sie wollte als Lehrerin in einem Gymnasium arbeiten. In den 15 Jahren ihrer Psychose war sie neun Mal stationär im Psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen gewesen, im Durchschnitt alle 2 Jahre. Frau D. war früher, wie man mir berichtete, eine sehr gepflegte, gebildete Frau gewesen, im Laufe der Jahre aber hatte sie sich immer weniger um ihr Äußeres gekümmert, sie hatte zugenommen, ihre langen Haare nicht mehr oft genug gewaschen und sich auch sonst nicht mehr ausreichend gepflegt, das Gewand war schmutzig und kaputt. Je schlechter es ihr ging, desto auffälliger schminkte sie sich - alles in allem war sie ungepflegt und dabei eine sehr auffällige Erscheinung. Ich betreute Frau D. ca zwei Jahre lang, in etwa 70 Kontakten, im Durchschnitt einmal pro Woche.

Sehen, was ist

Meine erste Aufgabe bestand darin, ihr die Beratung „schmackhaft“ zu machen, ihr zu zeigen, daß ihr Leben Möglichkeiten haben könnte, die sie bisher noch nicht wahrgenommen hatte. Manchmal dauert es recht lange bis es gelingt, über das Alltägliche oder die pflegerische Schiene in Kontakt zu kommen, aber bei ihr war das eigentlich recht einfach. Schon nach einem Monat hatten wir eine ganz gute Beziehung, sie hatte viel von sich erzählt, von ihrem Leben, ihrem Tagesablauf, ihren Wünschen. Bei mei-

ner Arbeit als existenzanalytische Beraterin ist es mir besonders wichtig, die Aufmerksamkeit der Patienten auf das Gelingende in ihrem Leben zu lenken. Menschen, die immer wieder vor ihrer Krankheit, ihrer Angst oder Paranoia kapitulieren müssen, brauchen die Bestätigung, daß sie Teile ihres Lebens unter Kontrolle haben. Daher versuche ich gemeinsam mit dem Patienten sein Leben ohne Bewertung und ohne Diagnoseschema im Hinterkopf zu betrachten. Alles darf sein, nichts ist zu banal, zu skurril, zu 'verrückt', um ins Gespräch kommen zu dürfen. Wie im vorigen Kapitel angeführt schaffe ich durch mein wertfreies Zugehen auf den anderen den Raum, den er dann betreten kann. Die Person beginnt, sich vorsichtig - sie ist oft genug verletzt worden! - zu zeigen. Dieser erste Schritt verlangt Geduld, denn er erfordert Vertrauen. Nur langsam verstehen die Patienten, daß wirklich alles sein darf. Die Person braucht lange, um dem Raum, den ich schaffe, zuzutrauen, daß er sie tragen wird, und daß es gut ist, ihn zu betreten. Wenn die Patienten gelernt haben, das Gelingen in ihrem Leben zu sehen, ohne es sofort zu entwerten, hebt das ihr Gefühl, wertvoll zu sein - und damit haben sie mehr Möglichkeiten, besser mit den Dingen umgehen zu können.

Der erste Schritt war also die Frage: „Was ist jetzt? Wie geht es Ihnen heute, was sind jetzt Ihre Anliegen?“ Hier war Platz für das Sammeln der Eindrücke der aktuellen Situation. Das Hauptproblem von Frau D. in dieser Zeit war die Verwahrlosung, sie selbst hatte auch schon bemerkt, daß sie sich gehen ließ und außerdem zu dick wurde. Sie erzählte mir, daß sie täglich etwa 2 Liter Coca-Cola trank, und daß sie wußte, daß sie davon zunahm. Außerdem aß sie nur einmal am Tag, dann aber sehr viel. Ein zweites Problem war ihre Einsamkeit und die fehlende Tagesstruktur. Frau D. saß den ganzen Tag alleine in ihrer Wohnung, hörte Radio und las englische Literatur, weil sie wieder als Lehrerin arbeiten wollte.

Ist es gut, wie es ist?

Die Person, die sich gezeigt hat, die den Raum betreten hat, wird im nächsten Schritt aufgefordert, ihn zu nutzen. Dazu hilft die Frage: „Ist es gut, wie es ist?“ Hier geht es um eine eigene, personale Wertung. Dieser zweite Schritt dauert länger als der erste. Denn Menschen mit Psychosen, v.a. schizophrenen Psychosen, leben in einem höchst schwierigen Balanceakt zwischen ihrer eigenen, inneren Welt und der äußeren, realen. Mit großer Mühe bauen sie ein System auf, das beiden Wirklichkeiten gerecht wird: ihren Ängsten, Wünschen und Wahnvorstellungen auf der einen Seite und den Anforderungen des Alltags mit Arbeit, Wohnung und zwischenmenschlichen Beziehungen auf der anderen. Die Aufforderung zur Stellungnahme kann nun wie ein Anstoß sein, der sie aus dem Gleichgewicht zu bringen droht und in ihre Innenwelt fallen läßt, d.h. in ihre Psychose. Um das zu verhindern, reagieren sie mit Abwehr auf einen zu starken Stoß, d.h. sie lassen die Frage gar nicht an sich heran oder sie reagieren sehr heftig, z.T. ag-

gressiv. Es ist also wichtig, diese Anregungen sehr geduldig und in sehr kleinen Schritten zu setzen.

Frau D. hatte keine Schwierigkeiten damit, ihr Verhalten kritisch zu hinterfragen, aber es fiel ihr schwer, nicht zu entwerten. Wir begannen beim Positiven: daß sie das Süße vom Cola gern hatte, daß sie mit Genuß ihr Essen verspeiste. Es war schwer, das Gute daran zu sehen, weil sie sich ja selber immer vorwarf, daß sie davon so zunahm. Wir konnten auf die Werte „schlank sein - attraktiv sein - nicht mehr einsam sein“ und „gesund sein“ kommen. Zum Problem der Arbeitslosigkeit hatte sie sich schon überlegt, daß sie wieder als Lehrerin arbeiten wollte, und sie hatte auch schon verschiedene Bewerbungsschreiben verschickt. Daß ihr niemand darauf antwortete, verarbeitete sie wahnhaft: ihre „Klone“ (das seien die Stimmen ihrer Eltern, die sich nach deren Tod in ihrem Kopf und ihren Gedärmen festgesetzt hätten) ließen das nicht zu. Sie sprach lange über ihre Eltern und ihre Beziehung zu ihnen, meine Bemühungen, beim Hier und Jetzt zu bleiben, waren dabei nicht immer von Erfolg begleitet.

Was kann ich tun?

Die Werte zu finden stärkt den Grundwert und das Selbstvertrauen. Aus diesem Gefühl heraus ergibt sich die nächste Frage, bei der es um den Umgang mit den jeweiligen Situationen geht: „Was können Sie heute tun, damit es ein kleines bißchen besser wird?“ Auch hier geht es, genauso wie bei der Stellungnahme, um kleine und kleinste Schritte. Wieder gilt es, den Balanceakt im Auge zu behalten. Jede Veränderung gefährdet ihn. Es ist ja immer schon eine Leistung und Gelingendes, daß der Balanceakt überhaupt gut geht. Vielleicht braucht der Patient momentan viel Energie, um sich im Gleichgewicht zu halten. Niemand wird von einem Seiltänzer, der hoch oben auf einem Bein stehend mit Bällen jongliert, verlangen, gleichzeitig seine Eheprobleme zu lösen. Man muß warten, bis er das Kunststück beendet hat und wieder auf sicherem Boden steht. Nur ist bei psychotischen Menschen nicht so offensichtlich, daß sie gerade ihre ganze Aufmerksamkeit für sich brauchen. Möglicherweise landen sie auch niemals auf wirklich sicherem Boden, bestenfalls auf schwankendem.

Nach dem sehr weiten Schauen im ersten Schritt wird es hier enger. Es geht darum, nicht beim Allgemeinen zu bleiben - oder auch vielfach beim Klagen. Hier wird die Person, die eine Sache angeschaut und dazu Stellung genommen hat, zur Handlung aufgefordert. An dieser Stelle sind oft Phantasie und Kreativität des Beraters gefragt. Wenn dem Patienten keine Lösungsmöglichkeiten einfallen, muß man Vorschläge machen oder die, die ihm eingefallen sind, auf ihre Machbarkeit prüfen, sie gegebenenfalls in kleinere Teilschritte zerlegen. Es ist für den Berater wichtig, daran zu glauben, daß Menschen immer auch anders werden können und daß es sich lohnt, mit neuen Wegen zu experimentieren, damit die Person ein bißchen mehr Freiheit und Sinnhaftigkeit bekommt.

Wie kann ich es tun?

Hier war es sehr wichtig, Frau D. zu ganz kleinen Schritten zu bremsen: sie wollte z.B. gleich ins andere Extrem fallen und gar nichts mehr essen. Unsere Gespräche drehten sich um die Frage: „Wie können Sie es schaffen, ein bißchen gesünder und ein bißchen weniger zu essen?“ Sie kam dann auf Ideen wie, das Cola mit Mineralwasser zu strecken und das Essen auf zwei Mahlzeiten aufzuteilen. Außerdem kamen wir über die Motivation „attraktiv sein“ gleich auch auf die Körperpflege zu sprechen. Auch hier war es wichtig, alles Schritt für Schritt zu besprechen und dann durchzuführen: vom Aussuchen des Haarshampoos zum Haarewaschen, vom Gespräch über dezentes Schminken zur sauberen Kleidung. Allmählich begann sie wieder gepflegter auszuschauen. Nach etwa drei Monaten starteten wir den Versuch, sie in eine Tagesstätte zu bringen. Das ging zum Teil von ihrem behandelnden Arzt aus, der eine Rehabilitation versuchen wollte, da sie recht stabil zu sein schien; zum anderen Teil wollte sie ja selbst wieder arbeiten, nur gleich wieder als Lehrerin. Wir führten viele Gespräche über die Vor- und Nachteile der Tagesstätte, in der sie an einer Beschäftigungstherapie teilnehmen sollte, wobei allerdings ich meistens über die Vor- und sie über die Nachteile sprach.

Ich versuchte immer wieder, zum Jetzt zurückzukommen: Wenn sie im Moment schon nicht als Lehrerin arbeiten könne, dann solle sie in der Zwischenzeit in die Tagesstätte gehen und beweisen, daß sie zuverlässig und pünktlich arbeiten könne. Diese aber schreckte sie: sie sah die anderen Patienten dort, wurde dadurch radikal an ihre eigene Situation erinnert - und das hielt sie nicht aus. Sie sprach von den „armen, kranken Menschen“, die alle so heruntergekommen wären. Der erste Besuch dort, den wir gemeinsam machten, schockierte sie stark, von da an ließ sie sich alles Mögliche einfallen, um nicht mehr hingehen zu müssen.

Zuviel des „Guten“

Es kam dann der Punkt, an dem ich gerne aufgehört hätte, sie zu drängen, aber auf Anweisung des behandelnden Arztes mußte sie weiter hingehen. Sie fand einen Ausweg - sie bekam einen psychotischen Schub. Offenbar war unsere Bemühung, sie in der Tagesstätte unterzubringen, eben jener Anstoß von außen gewesen, den sie nicht mehr ausbalancieren konnte, oder wollte. Sie ging nicht mehr außer Haus, sie hörte vermehrt Stimmen, hatte innere Sperren, schlief schlecht und verwarhlte wieder. In dieser Zeit machte ich viele Hausbesuche, alleine oder auch mit dem Arzt, wenn sie ihre Neuroleptika-Depotinjektion bekam. Wir sprachen wieder über Körperpflege, und auch zunehmend mehr über ihren Umgang mit den „Klonen“. Für sie war meine Fragestellung: „Wie geht Leben heute, unter den gegebenen Bedingungen?“ ganz fremd. Denn genau diesem Heute und diesen Bedingungen entflohen sie ja in ihre innere Welt. Ich bemühte mich, in den Gesprächen das Hier

und Jetzt zu betonen. Beratung hieß in diesem Fall, einen Umgang mit dem Wahn zu erlernen. Im Sinne der Dereflexion (Frankl 1991b, 54 ff.) forderte ich sie auf, sich nicht zu viel mit diesen Ideen zu beschäftigen, sondern ihre Aufmerksamkeit auf ein anderes Ziel zu richten: auf das Hier und Jetzt. Wann immer sie also von den „Klonen“ zu reden anfing, gab ich ihr zu verstehen, daß ich sah, daß sie diese Gedanken belasten und daß sie es sicher schwer hat. Ich bemühte mich, dem Inhalt des Wahns nur so viel Platz in unserem Gespräch zu geben, wie er unbedingt brauchte. Für das alltägliche Leben der Patientin, um das es in der Beratung ging, war es wichtiger, diese Gedanken wenig zu beachten und zu lernen, sie zu ignorieren, wenn sie zu dominant wurden. Aber das war nicht einfach, saß sie doch stundenlang alleine zuhause und hörte ihren Stimmen zu. Also sprachen wir über Möglichkeiten, jemand kennenzulernen bzw. die Kontakte, die sie hatte, zu intensivieren. Sie sprach über Annoncen, die sie aufgegeben hätte und über mögliche Kurse an Volkshochschulen, die sie interessierten. Das allerdings war alles, was ihr möglich war, über das Reden darüber kam sie nicht hinaus.

Nach etwa zwei Monaten ging es ihr etwas besser, die Stimmen ließen ein bißchen nach, und sie konnte auch wieder außer Haus gehen. Es wäre nun eigentlich üblich gewesen, daß Frau D. wieder zum Arzt und zu mir in die Ambulanz gekommen wäre, aber mittlerweile hatte sie sich an die Hausbesuche gewöhnt, sie wollte mich lieber bei sich zuhause treffen als in der Ambulanz. Die Beziehung begann schwierig zu werden: Ich rief sie an, redete auf sie ein herzukommen, sie sagte zu, kam aber nicht, ich rief sie wieder an, vereinbarte einen Termin, holte sie von zuhause ab und ging mit ihr in die Ambulanz. Wann immer ich sie besuchte, war sie zufrieden, redete und wir hatten wieder gute Gespräche über den Umgang mit den verschiedenen Auswirkungen ihrer Krankheit. Sobald ich sie aber in die Ambulanz mitnehmen wollte, wurde sie beleidigt und trotzig. Hier zeigt sich die Schwierigkeit psychiatrischer Patienten, überhaupt eine Beziehung einzugehen. „Bei der Schizophrenie kommt es dabei zu einer charakteristischen Ich-Störung, bei der die Grenzen zwischen sich selbst und den anderen durchlässig geworden sind.“ (Kutter 1984, 114) Das heißt, daß es diese Menschen einfach schwer haben, einen Abstand oder eine Nähe zu finden, die angebracht ist. Sie neigen entweder zu Abwehr, zur Regression, zum Sich-Einigeln oder zur Distanzlosigkeit; also zur Maßlosigkeit in einer der beiden Richtungen, wobei sie auch von einem Extrem ins andere fallen können. Es ist aus diesem Grund wichtig, sich selbst als Berater seiner Rolle in der Beziehung sicher zu sein, einmal Angebote zum Beziehungsaufbau (und die muß immer wieder neu aufgebaut werden, das ist nichts, was man ein für allemal hat) zu machen, ein anderes Mal ein Zuviel an Abhängigkeit, Vertraulichkeit und Anhänglichkeit abzuwehren. Die Beziehung zum Patienten ist fast bei jeder Begegnung neu zu errichten, man muß Grenzen abstecken - zuerst muß ich Ich sein, dann erst werde ich zum Du.

“Belastungsprobe”

Es war eine Zeit, in der die Patientin mit allen Mitteln meine Belastbarkeit prüfte. Schließlich wurde es ihr aber dann doch zu viel: Bei einem Hausbesuch, bei dem ich sie abholen wollte, war sie sehr angespannt und aggressiv, schrie mich an, ich wolle ihr nur schaden und sie von ihrem wahren Beruf zurückhalten, ich mache sie krank, und ich solle endlich nicht so ruhig und überlegen sein, ich solle verschwinden. Wieder suchte sie einen Ausweg aus einer Situation, die ihr zu eng war, und wieder wählte sie die Psychose.

An dieser Stelle möchte ich die eigene Frustration nicht unerwähnt lassen. Von seiten des Beraters wird sehr viel Kreativität, Phantasie und Energie verlangt und - noch wichtiger: Geduld, Verständnis und Liebe. Dabei waren die Erfolge oft so klein oder gar nicht vorhanden, und die langsam aufgebaute Beziehung wurde durch den psychotischen Schub zerrissen. Das frustriert und schmerzt. Als Berater muß man eine ganz klare und sichere Position dem oft wirren Denken und Leben des Patienten entgegenhalten, man muß sich seiner Grenzen sicher sein und mit den doch oft sehr ‘verrückten’ Verhaltensweisen der Patienten umgehen können. Es ist daher sehr wichtig, auf die Grenzen seiner Belastungsfähigkeit zu achten.

Darauf folgte eine Zeit, in der Frau D. von anderen Teammitgliedern, immer nur in Hausbesuchen, betreut wurde. Ich hielt mich im Hintergrund, da ich ihrer Paranoia keinen Grund geben wollte. Nach einiger Zeit begann ich wieder, ab und zu mitzugehen, auch da war ich zurückhaltend. In dieser Zeit baute sich langsam wieder eine Beziehung auf, die allerdings nicht die Intensität von früher erreichte.

In der Beratung dieser Patientin ist es stückweise gelungen, ein bißchen Raum zur Stellungnahme zu geben, kleine Änderungen zu bewirken, und eine Zeit lang einen Zugang zu ihr zu finden. Gleichzeitig zeigt dieser Fall auch die Schwierigkeit psychiatrischer Patienten, eine längerdauernde Beziehung auszuhalten. Es ist auch ein Beispiel dafür, daß zu große Nähe, wie sie bei den zahlreichen Hausbesuchen zustande gekommen ist, als eine Bedrohung, jedenfalls als Belastung empfunden werden kann, bei der die Psychose als Auswegmöglichkeit gefunden wird. Gut gelungen ist, daß Frau D. trotz ihrer psychotischen Schübe zuhause bleiben konnte, daß es möglich war, sie durch andere Betreuer zu versorgen bis sie die Beziehung zu mir wieder aufbauen konnte.

Schlußwort

In der Beratung psychiatrischer Patienten geht es vor allem darum, die Person des anderen trotz ihrer Behinderung durch die Erkrankung anzusprechen. Wenn es gelingt, einen Raum für die Person zu gewinnen und ihn mit etwas Sinnvollem zu erfüllen, so ist ein Schritt mehr in Richtung Lebendigkeit und damit verbesserter Lebensqualität getan worden. Oft ist es mühsam, sowohl für den Berater wie auch für den Patienten, oft sind die Schritte ganz klein, manchmal sieht es aus, als sei vieles verloren, weil die Krankheit fast alles zuzudecken scheint. Es ist dann sehr viel Geduld und Glaube an die Person, die es immer gibt, notwendig. Immer wieder aber gelingt es auch ein Stück, und dann haben die Patienten Freude daran selbst zu sehen, welche Möglichkeiten sie in ihrem Leben haben und wie schön es ist, sie auch zu nutzen.

Literatur

- BLEULER E. (1983) Lehrbuch der Psychiatrie. Neubearbeitung von Manfred Bleuler, 15. Auflage. Springer: Berlin, Heidelberg, New York
- DÖRNER K. (Hrsg.) (1989) Was unterscheidet psychiatrische Pflege von Heilberufstätigkeit? In: Behandeln oder Handeln in der Psychiatrie. Psychiatrie Verlag: Rehbürg-Loccum
- FRANKL, V. E. (1990): Der Leidende Mensch. Durchgesehene Neuauflage. Piper: München
- (1991a): Der Wille zum Sinn. Erweiterte Neuauflage Piper: München
- (1991b): Psychotherapie in der Praxis. 2. Auflage. Piper: München
- KUTTER P. (1984) Psychoanalyse in der Bewährung. Fischer: Frankfurt am Main
- LÄNGLE A. (1988) Wende ins Existentielle. In: Entscheidung zum Sein. Piper: München
- YALOM Irvin D. (1989) Existentielle Psychotherapie. Edition Humanistische Psychologie: Köln

*Anschrift der Verfasserin:
Maria Kubin
Mitterrauen 7
3003 Gablitz*

Bericht über das Symposium der PMI, Wien

Das Symposium "Psychosebegleitung" des Vereins pro-mente-infirmis fand am 21.9.1996 in Wien unter großer Beteiligung statt. Das Anliegen war die Förderung des Dialoges zwischen Betroffenen, Behandlern und nichtprofessionellen Helfern. So setzten sich sowohl die Referate als auch die nachmittäglichen Workshops schwerpunktmäßig mit der Frage nach alternativen, „softeren“ Behandlungskonzepten und -methoden auseinander.

Selbstheilung - Begleitung - Behandlung

Neue Wege in der Psychosentherapie

Ein Bericht von Helmut Windisch

Das war der Untertitel des Symposiums Psychosebegleitung. Betroffene formulierten ihre Bedürfnisse in Zusammenhang mit ihren psychotischen Erfahrungen. Gemeinsam mit Laienhelfern und professionellen Behandlern wurden Erfahrungen mit alternativen Behandlungskonzepten und -methoden referiert und in den nachmittäglichen Workshops diskutiert. Veranstaltet wurde die Tagung von pro-mente-infirmis Wien, einer Organisation, die sich mit der laienhelferischen Begleitung und Unterstützung von Psychose- und meist auch Psychiatrieerfahrenen befaßt.

Nach der Begrüßung versuchte der Psychiater Dr. Ertl die Notwendigkeit einer neuen und verbesserten Form der Betreuung psychotischer Menschen aufzuzeigen. Diese Herausforderung stellt sich hier in Wien schon alleine wegen des politischen Beschlusses, das bestehende Psychiatrische Krankenhaus „Baumgartner Höhe“ nach der Jahrtausendwende in ein medizinisch-neurologisches Krankenhaus umzuwandeln.

In den folgenden Referaten wurden drei alternative Betreuungsmodelle vorgestellt:

- * Das Diabasisprojekt durch Weir Perry
- * Das "Soteria" - "Weiches Zimmer" Projekt von Luc Ciompi durch Michael Broccard
- * Das „Windhorse-Project“ von Podvoll durch Eduard Hans Kaufmann

Das Diabasisprojekt

Das Diabasisprojekt dient wie „Soteria“-„Weiches Zimmer“ der Aufnahme von akuten Erkrankungen. J.W. Perry vertrat die Ansicht, daß die Krise (die Begriffe Psychose und Krankheit waren beim Publikum emotional sehr belastet) auf

1. Desintegration (Anm.: eigener Anteile) beruhe, die Remission demgemäß auf
2. Reintegration.

Da sich in der Forschung keine Besserstellung von mit Psychopharmaka behandelten Personen gegenüber solchen ohne Medikation erwies, sah sich Perry veranlaßt, auf die Verabreichung von Neuroleptika gänzlich zu verzichten. Nach seinen Erkenntnissen vollzieht sich die Reintegration durch das

Verstehen der inneren Vorgänge des „Visionierenden“ durch den Betreuer.

In der Praxis ist hierfür ein Raum in einem Privatkrankenhaus vorgesehen, indem ein Betreuungspaar (männl./weibl.) sich rund um die Uhr bei dem Betroffenen aufhält. Der Gesamtaufenthalt erstreckt sich über einen Zeitraum von 8 Wochen, die Erfolgsquote liegt bei 92 %. (Felicita Heindl führt Perrys Grundlagen im folgenden Beitrag näher aus.)

Das "Soteria" - "Weiches Zimmer" - Projekt

Die von L. Ciompi erarbeitete Idee des sogenannten „Weichen Zimmers“ fand beim Publikum großen Anklang. Dieser Raum befindet sich in einem Haus mit Garten, ist schlicht eingerichtet und bietet einer Betreuungsperson die Möglichkeit mit dem Betroffenen rund um die Uhr zusammenzusein. Der Verabreichung von Medikamenten wird auf Grund der erzielbaren Entlastung zugestimmt.

Dem Modell nach geschieht die Überwindung der Krise in 3 Phasen:

1. Aufnahme ins „Weiche Zimmer“, bis sich die Angst reduziert
2. Milieutherapeutische Maßnahmen: Selbstversorgungsgruppe wie Wohngemeinschaft, mit flacher Hierarchie geführt.
3. Soziale Integration: Hilfe bei Familienintegration, Arbeitssuche etc.

Die Grundhaltung bei „Soteria“: Der psychotische Mensch ist nicht der Andere, Unverständliche, sondern ein Mensch in einer Krise, der Hilfe braucht.

Persönliche Anmerkung: Soteria-Wien steht im Ruf, eine Sekte der Adventisten zu sein. Z.B. wird die Erbschuld so theologisch interpretiert, das gegenwärtige Leiden aus Verfehlungen von Vorfahren stammt, bzw. wird vom hauseigenen Fachpersonal erwartet, daß mit dem Klienten/Patienten um Vergebung der Schuld gemeinsam gebetet wird usw. Auch wenn dies auf Soteria-Schweiz nicht zutreffen sollte,

blieben die Gründe für eine Betreuung unerwähnt.

Trotz der Ähnlichkeit und Erfolge beider Projekte zeigt sich ihre Begrenztheit: Soteria nimmt nur jene Personen auf, wo Selbst- oder Fremdgefährdung ausgeschlossen ist, während im Diabasisprojekt die Frage der Sozialen Integration ausgespart bleibt. Da dem Projekt in den 80er-Jahren die staatlichen Mittel gestrichen wurden, bringt sich Diabasis in den Verdacht, nur für finanzkräftige Personen zugänglich zu sein. Somit sind beide Projektformen nur bedingt und in kleinem Rahmen zuständig. Der weitaus größere Formenkreis von psychotischen Erkrankungen wird den öffentlichen PKHs überlassen.

Das „Windhorse“ Projekt

Der amerikanische Psychiater Podvoll erarbeitete ein ambulantes Konzept der Betreuung: Bei Bedarf formiert sich eine Gruppe aus bereitstehenden Fachleuten wie Arzt, Neurologe, Psychiater, Psychotherapeut, Sozialarbeiter, Laienhelfer und betreut wiederum nach Bedarf den Betroffenen in seinem sozialen Umfeld (Wohnung, Wohnheim). Nach dem derzeitigen stand der Erfahrung ist diese Vorgangsweise sehr erfolgreich, insbesondere da sich Hospitalisierungs- und Chronifizierungsprozesse vermeiden ließen.

Die psychologischen und sozialdynamischen Grundlagen: Die Behandlung von Psychosen geht von negativen Attributen aus, was die Erkrankung aufrechterhält bzw. verschlimmert (Mythos der Unheilbarkeit). Aus der Sicht von Hans Kaufmann bietet sich der therapeutische Ansatz durch die noch immer vorhandenen „Inseln der Klarheit“ an. Da der Mensch in der Krise seiner vertrauten Umgebung und Sozietät nicht enthoben wird, ermöglicht dies meist eine rasche Stabilisierung.

Zur Diskussion: Was jene Faktoren betrifft, die einem Erkrankten während der Krise geholfen haben, war das Publikum sehr zwiespältig und konträr, was den Schluß erlaubt, daß auch in der Psychotherapie der Individualität Raum gegeben werden sollte. So kriti-

sierte ein Referent und ehemaliger Langzeitpatient das „Windhorse“-Projekt, indem er auf das „Eindringen der Professionisten in die leztverbleibende Festung der Intimität“ verwies, was er sicherlich ablehne, auch wenn andere Betroffene die Hausbesuche als entlastend oder destigmatisierend erlebten. Aber trotz der in den Diskussionen aufkeimenden Widersprüchlichkeiten zeigte sich, daß dem Betroffenen während der Krise jene Gefühle, die ihm sagen, was zu einer Linderung seines Leidens beitragen könnte, meist nicht zur Gänze abhanden kommen.

Aus der Sicht der Betroffenen erwies sich als gut und hilfreich:

1. Von der Umgebung

- Ruhe und Stille
- reizarme Räumlichkeiten
- vertraute bzw. neue Umgebung, auch Ortsänderungen wie Übersiedlung aufs Land

2. von anderen Personen (Betreuer, Familienmitglieder)

- Wissen über meine Zustand
- Hinweis auf möglich Besserung
- Angstfreiheit im Umgang mit mir
- Gelassenheit meines Gegenübers
- Entlastung auf allen Gebieten
- Vermittlung von Geborgenheit und Sicherheit
- Vertrauen (auch anbietend)
- Milde mir gegenüber, in Anbetracht meiner Verletzbarkeit
- mitteilen bzw. unterlassen der Diagnose

Die Tagung bot im allgemeinen einen guten Einblick in die schwierigen und umfassenden Aufgaben, die sich bei der Betreuung von psychotischen Menschen ergeben. Ich persönlich bedauerte, daß die angekündigte Thematik „Selbsteilung“ weder in Referaten erwähnt noch von einem Arbeitskreis aufgegriffen wurde.

Anschrift des Verfassers:
Helmut Windisch
Eduard Sueßgasse 10
1150 Wien

Psychose als Neuordnung des Selbst

John Weir Perry hielt schon bei der PMI Tagung (25 Jahre PMI) 1995 einen Vortrag und einen Workshop. Auf der Tagung 1996 war J.W. Perry ebenfalls einer der Hauptreferenten. Felicitas Heindl hat diese Impulse zum Anlaß genommen, sich auch mit der Literatur zu diesem Thema auseinanderzusetzen.

John Weir Perrys Konzept zur Behandlung von Psychosen

John Weir Perry ist Psychiater und Psychotherapeut (Ausbildung am C.G. Jung-Institut in Zürich). Durch seine langjährige Arbeit mit psychotischen Menschen entwickelte er ein Modell der Psychose, das in den auftauchenden Bildern und Gedanken selbst das Heilungspotential der Psyche sieht. Heilung geschieht folgerichtig durch

Zulassen und Verstehen dieser Bilder.

Perrys Verständnis der Entwicklung einer psychotischen Persönlichkeit beruht auf der Annahme, daß durch eine gestörte Entwicklung des Selbst ein negatives Selbstbild entsteht (präpsychotische Entwicklung) und dieses unter Extremsituationen durch ein archetypisches Selbstbild kompensiert

werden kann: In allen von uns ist eine Haaresbreite unter der bewußten, rationalen Ebene ein anderer Zustand des Seins mit einer gänzlich anderen Sicht der Welt und einer anderen Art und Weise des Umganges mit ihr. Dieser Seins-Zustand, der in Bildern und Symbolen, in Metaphern und Mythen erfahren wird, wird im allgemeinen als verrückt betrachtet und aus der Welt des gesunden Menschenverstandes verbannt. Nur zu bestimmten Zeiten lassen wir solche Mythen und Rituale auch ganz bewußt in Erscheinung treten: in religiösen Handlungen, in Träumen, in poetischen Momenten.

Symbolische Bilder im non-rationalen Geist sind der Stoff, aus dem das psychische Gefühlsleben - das Unbewußte - gemacht ist. Jedes Gefühl ist verbunden mit seinem Bild, jedes Bild mit seiner affektiven Tönung. Eine Vorstellung (Bild) übersetzt die Bedeutung einer Emotion, eine Emotion gibt der Vorstellung erst die Dynamik. Die Art, wie wir die Welt gefühlsmäßig wahrnehmen, geschieht in diesen Vorstellungen und Bildern.

Die psychische Entwicklung ist kein gleichmäßiger, linearer, konstanter Prozeß, sondern erfolgt in Abschnitten, die durch Anfang und Ende, Tod und neues Leben, Regression und Vorwärtssprünge, Widersprüche und Synthesen geprägt sind. Und die ganze Zeit leben wir in zwei verschiedenen Dimensionen des Verstehens und so in zwei Formen der Realität:

Das Wissen um das Ich („Ich bin ich selber“); das Wissen um die weltliche Realität und eine weltliche Art des Umganges mit dieser.

Ein tieferes Wissen, das wir als Weisheit bezeichnen können, in dem Metaphern uns Sinn und Verwicklungen von Gefühlen, die nicht ganz klar oder bewußt sind, andeuten.

Manifestierung der Schizophrenie

Durch die Aktivierung des Unbewußten in Form archaischer Bilderwelten und einen Zusammenbruch des Ichs kommt es zur Überflutung des Bewußtseins (= bewußtes Sein). Plötzlich ist alles ganz anders. Der betroffene

Mensch findet sich in einer psychischen Modalität lebend, die sich stark von der seiner Umgebung unterscheidet. Er ist versunken in einer mythischen Welt. Er fühlt sich plötzlich isoliert, weil er kein Verständnis in seiner Umgebung finden kann. Der Schrecken, der aus diesen Erfahrungen folgt, löst Panik aus und in der Folge wird sich der Betroffene in einen (ihn scheinbar schützenden) Rückzug begeben. Seine Gefühle sind nicht länger mit gewöhnlichen Dingen verbunden, sondern mit Bildern und Angelegenheiten seiner Innenwelt.

So eine schizophrene Episode scheint ihrem Inhalt nach ein Syndrom darzustellen: Es zeigen sich eine Menge symbolischer Inhalte mit ganz bestimmten Hauptthemen, genau wie in Mythen und rituellen Texten, nur daß sie hier in Fragmente zerbrochen sind. Vergleichbar vielleicht mit einem intakten Mythos, dargestellt in einem gotischen Buntglasfenster: Werden die Bleiverbindungen entfernt, zerfällt dieser ganzheitliche Mythos in seine Einzelteile. Schizophrene Inhalte schwanken ähnlich wie solche Mythen rund um ein zentrales Thema.

Perry sieht den psychotischen Prozeß als einen Weg der Psyche, alte Zustände des Seins aufzulösen und in kreativer Weise neue zu gebären. Das würde bedeuten, daß die Pathologie der Psychose nicht in ihren mentalen Inhalten gründet, sondern im Ich, das sich auf die archaischen Bilder falsch bezieht, indem es sich mit ihnen identifiziert oder sich überwältigen läßt. Die Erkrankung ist vielleicht erforderlich, kommt aber in überschwemmender Stärke. Der Nutzen einer Psychose kann sein, symbolische Bedeutungen zu erkennen und als zum seelischen Leben dazugehörig wahrzunehmen.

Der psychotische Prozeß

Die Dynamik des psychotischen Prozesses dreht sich um das Bild von sich selbst. „Was einer von sich persönlich hält, was er von sich weiß, wie er sich in seiner Stellung unter den anderen Menschen fühlt, auffaßt und begreift, hängt davon ab, wie er sich in der

Gegenwart und im Längsschnitt seiner Lebensentwicklung von anderen Menschen gesehen und angesprochen, in Anspruch genommen erfährt.“ (Scharfetter, 1991) Wenn dieses Selbstbild zu eingeschränkt, isoliert, einseitig oder verfälscht ist, wird es für eine Reorganisation fällig, und so kommen viele kompensatorische Mechanismen ins Spiel. Werden diese durch Ich-Resistenz blockiert, kommt ein drastischer und turbulenter Prozeß in Gang, um die notwendigen Änderungen herbeizuführen - das Reich der Psychose. Ein Großteil jener psychischen Energien, die normalerweise höher liegende Ebenen der Psyche beliefern, wird nun vom Bewußtsein in die Dynamiken des Unbewußten verlagert und läßt die höheren Bereiche im Zustand der Verwirrung und Fragmentierung. Für C.G. Jung sind die Dynamiken des Unbewußten „Arbeiten der Archetypen des Kollektiven Unbewußten“; Perry nennt diese „Affekt-Bilder“, da sie sich in symbolischen Bildern und ihrer begleitenden emotionalen Last ausdrücken. Archetypische Bilder oder Prozesse sind in ihrem Grundplan universal. Sie sind allgemein und erscheinen in verschiedenen Teilen der Welt in Mythen, Ritualen, Legenden und Märchen, wie auch in einer Vielzahl künstlerischer Formen, in Träumen und Phantasien. Archetypische Bilderwelten können - solange sie nicht bewußt verarbeitet werden - höchstens eingefühlt und anempfunden werden. In den tiefsten Schichten der Psyche werden durch Reorganisation die Fundamente der Psyche neu ausgerichtet.

Das Selbst in der präpsychotischen Entwicklung

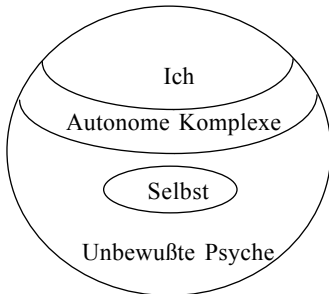
Die unbewußte Psyche ist jene autonome Psyche, die nicht vom Ich gesteuert und außerhalb seines Verständnishorizontes ist und die angeboren und archaisch in ihren Ausdrucksformen ist.

Das Selbst ist der Mittelpunkt des psychischen Gesamtorganismus, während das Ich nur das Zentrum des Bewußtseins ist.

Wie schon erwähnt dreht sich das psychotische Syndrom um das Problem

des Selbstbildes. Es ist die pathologische Teilung zwischen seinen zwei Formen:

- des persönlichen Selbstbildes, das sich eine Person über sich macht; und
- des archetypischen Selbstbildes, das dieses in der Tiefe ausgleicht.



In einer präpsychotischen Entwicklung wächst die Persönlichkeit in eine Identität hinein, die nicht wirklich zu ihr gehört. Ist ein Mensch aufgewachsen im Gefühl des Nicht-geliebt-Werdens, des Ausgeschlossen-Seins, unerwünscht und unwert zu sein, wird dies vom Ich als Selbstbild übernommen. Aber gleich hinter diesen Empfindungen befinden sich Phantasien von ausgleichenden archetypischen Affekt-Bildern - übermenschlich, genial, eine wichtige Person für die Welt zu sein. D.h. im selben Maß, wie das persönliche Selbstbild verunsichert ist, ist das archetypische Selbstbild übersteigert.

Diese beiden Selbstbilder stehen sich nun gegensätzlich gegenüber und rufen eine instabile psychische Situation hervor. Ist die Psyche nun in ihren nächsten Erfahrungsstufen behindert, weil diese durch das negative Selbstbild verschüttet sind, werden die archetypischen Affekt-Bilder aktiviert, um eine Reorganisation einzuleiten.

Der Rückzug der Libido führt aber nicht nur zu archetypischen Prozessen, sondern gleichzeitig zu einer Regression zur frühen Mutter-Kind-Beziehung, um jene Erfahrungen herzustellen, die in der kindlichen Entwicklung verwehrt blieben. Es werden die wichtigsten Reifungsabschnitte Schritt für Schritt durch die archetypischen Prozesse wiederinszeniert, um das Selbstbild zu jeder Phase der Entwicklung neu zu konfigurieren. Die Unbewusste Psyche scheint so einen Weg zu finden, die enttäuschten Erfah-

rungen der frühen Entwicklungsphasen zu kompensieren und auf schöpferische Weise „ihre eigene Struktur von Werten und Sinn zu errichten, d.h. ihre eigene subjektive Kultur, Lebensweg, Weltbild zu schaffen und das affektive und reflektive Leben des Individuums zu vertiefen“ (Perry, 1962). Es geht hier also um die Erfüllung der menschlichen Ganzheit.

In Überarbeitung seiner Patienten-Unterlagen fand Perry immer wieder übereinstimmende Themen in psychotischen Phasen, die er letztendlich in 10 Kategorien zusammenfaßte. Diese setzen sich zusammen aus einem negativen Selbstbild auf der Ich-Ebene und einem kompensatorisch aufgeblasenen Selbstbild auf der Phantasie-Ebene in mythologischer und wahnhafter Form. Negative Bilder sind: Clown, Hexe, Geist, Schwächling, Außenseiter. Positive sind: Held, Heiliger, auserwählter Führer. Weiters entstehen Gefühle, in irgend einer Form an einem Geschehen (Drama) oder einer rituellen Aufführung teilzunehmen (eine Rolle im Radio oder Fernsehen zu spielen, auf einer Bühne zu stehen; Tanzen, Singen, Zeremonien, ...).

Die zehn Kategorien im Überblick

Zentrum: Ein Ort in einem Welt-Zentrum oder einer kosmischen Achse (Punkt, an der sich himmlische Welt, normale Welt und Unterwelt treffen; zwischen gegensätzlichen Hälften der Welt, Zentrum der Aufmerksamkeit), in dem sich wichtigste Ereignisse abspielen.

Tod: Themen von Zerstückelung oder Opferung, zeigen sich in Zeichnungen (Kreuzigung, Zerstampfung und Zerhackung, Folterungen ...). Weitere vorherrschende Aussagen sind die von Gestorben sein und in einem Zustand nach dem Leben zu sein (Menschen sehen aus wie lebende Tote; in Hölle oder Himmel; oder im Gefängnis als Äquivalent zum Tod).

Zurück zu den Anfängen: Eine Regression, die die Person zurückbringt zu den Anfängen der Zeit und der Ent-

stehung des Kosmos (Garten Eden, ..., Entstehung von Planeten). Es gibt eine parallele Regression zu Emotionen, Verhalten und Verbindungen zur Kindheit (umgeben von Elternfiguren; krabbelnd, säugend, ...; orale Bedürfnisse).

Kosmische Konflikte: Weltkonflikt kosmischen Ausmaßes zwischen guten und bösen Kräften, Licht und Dunkel, Ordnung und Chaos (heutzutage oft auch ausgedrückt als Demokratie und Kommunismus; Armageddon, oder der Triumph des Antichristen; Zerstörung oder Ende der Welt, oder das Jüngste Gericht - alles zur Erlangung der Weltherrschaft).

Bedrohliche Gegensätze: Gefühl der Bedrohung durch das andere Geschlecht, Angst vor Überwältigung durch jenes, oder in dieses verwandelt zu werden (... Identifikation mit Figuren des anderen Geschlechts; Beherrschung durch das andere Geschlecht; ...).

Apotheose (Erhebung zum Göttlichen): Der Mensch erfährt eine Apotheose als Königlicher oder Göttlicher (König oder Königin, Gottheit oder Heiliger; ...).

Heilige Vermählung: Heilige Hochzeit mit rituellem oder mythischem Charakter (königliche Hochzeit evt. inzestuös; Vermählung mit Gott oder Göttin; als jungfräuliche Mutter durch den Heiligen Geist empfangend).

Neugeburt: eines übermenschlichen Kindes oder von sich selbst (Wiedergeburt; Göttliches Kind, ...)

Neue Gesellschaft: Neue Gesellschaftsordnung von idealer oder heiliger Qualität (ein Neues Jerusalem, Letztes Paradies, Utopia, Weltfrieden; eine neue Menschheit, ein neuer Himmel, eine neue Erde).

Viergeteilte Welt: Vierfache Struktur der Welt oder des Kosmos, üblicherweise in Form eines viergeteilten Kreises (vier Kontinente; vier politische Parteien; ...; vier Rassen oder Religionen; ...).

Natürlich müssen diese Kategorien nicht in dieser Reihenfolge auftreten; sie sind auch nicht alle in jeder Psychose alle enthalten. Eher scheinen sie über lange Zeit hinweg durcheinander aufzutreten. Perry fiel allerdings auf, daß Regressionen und kosmische Konflikte in früheren Phasen auftreten, und die Kategorien der Neugeburt, neuer sozialer Ordnungen und viergeteilter Weltstruktur eher in einer späteren Phase.

Zu berücksichtigende Faktoren in der Therapie

Laut Perry gibt es externe und interne Heilungs-Faktoren der Psychose. Externe Faktoren sind bedingt durch die Umwelt, in der sich der psychotische Mensch befindet: Voraussetzung für eine Heilung sind „liebendes Verstehen“ im Sinne von vorsichtig, aufmerksam sein, wirklich verstehen wollen, die Person hinter den psychotischen Manifestationen sehen. Der betroffene Mensch braucht die Rückmeldung der Umwelt in Übereinstimmung mit seinen Erfahrungen, denen er sich gerade unterzieht. Eine herabsetzende, verurteilende Betrachtungsweise schrecken und geben ein Gefühl der Isolation. Erst durch eine empathische Begegnung kann die Psyche anfangen zu arbeiten, ohne gleichzeitig eine unverständliche Umgebung bekämpfen zu müssen.

Bei den inneren Heilungsfaktoren geht es nicht um Katharsis, um ein „alles herauslassen“ und „alles geschehen lassen“. Es liegt in der Natur der Gefühle, daß sie jemandem mitgeteilt, übermittelt werden, der sie empfängt und bestätigt. Dies erfordert eine Person, der man vertrauen kann. Darüber hinaus sollte diese Person die Bedeutung dieser Gefühle verstehen können. Es genügt nicht die Anregung, Gefühlen freien Lauf zu lassen. Im Gegenteil, es ist ein weiter Umweg nötig durch die Welt der Vorstellungen, um die Psyche ihre natürliche Arbeit verrichten zu lassen. Sie hat ihre eigenen seltsamen Fähigkeiten zur Heilung und vollendet diese durch ihre eigene besondere Art des Prozesses der Affekt-Bilder. Ein Therapeut muß aufmerksam

und empfänglich dafür sein, aber die Arbeit der Heilung verrichtet die Psyche selbst.

Alles, was psychotische Menschen sagen und wovon sie besetzt sind, ist bedeutungsvoll. Immer geht es um eine emotionale Wahrheit, die hinter dem unerforschbaren Spiel der Bilder und Symbole lauert. Betrachtet man psychotische Vorstellungen nicht als bizarren Denkprozeß, sondern als metaphorischen Ausdruck emotionaler Zustände, sind vielleicht auch der dahinterstehende Schrecken, die Verwirrung und die zerstörten Hoffnungen wahrnehmbar.

Wie seltsam uns diese archaische Welt auch erscheinen mag, sie ist für den Betroffenen lebendig und höchst wichtig. Die Gefühle, die in diese Welt investiert werden, machen sie viel realistischer als die äußere Wirklichkeit. Diese innere Realität befindet sich im Widerstreit zu unserer.

Nur durch bewußtes Bergen der metaphorischen Mitteilungen der Unbewußten Psyche und ein Verarbeiten der archetypischen Inhalte ist es möglich, ein gewissen Sterben (i.S. von Abschiednehmen) geschehen zu lassen,

ohne das eine Veränderung nicht stattfinden kann.

Literatur

- Jung, C.G.: Bewußtes und Unbewußtes, Fischer Bücherei, 1957
 Perry, J.W.: Der Prozeß der Weiderherstellung in der Psychopathologie des Selbst (Übers. W. Just), in: Annals of the New York Academy of Sciences, January 1962
 Perry, J.W.: Roots of Renewal in Myth and Madness - The Meaning of Psychotic Episodes, Jossey-Bass Inc., San Francisco, 1976
 Perry J.W.: The Far Side of Madness, Spring Publications Inc., Dallas, 1974
 Perry, J.W.: Die Tiefenschichten der Seele im Psychotischen Geschehen, in: Hutterer Krisch, R. (Hg): Psychotherapie mit psychotischen Menschen, 2. Aufl., Springer-Verlag Wien-New York, 1996
 Scharfetter, Ch.: Allgemeine Psychopathologie, 3. Aufl., Thieme, Stuttgart-New York, 1991

*Anschrift der Verfasserin:
 Felicitas Heindl
 Burggasse 49
 1070 Wien*

Weltkongreß Nachlese

Bericht von einem Subsyposion beim Weltkongreß für Psychotherapie in Wien im Juli 1996

Psychotherapie im Krankenhaus

Parallel zum Weltkongreß wurde über einige Tage hinweg zu diesem Praxisthema ein eigenes Subsymposion veranstaltet.

Gesamteinschätzung des Subsymposiums: Psychotherapie im Krankenhaus gewinnt stark an Bedeutung. In Deutschland haben die Ärzte die Psychotherapie in ihren Besitz genommen. In Österreich besteht die Chance interdisziplinär zu arbeiten und damit neue

Impulse im Krankenhaus zu setzen.

Menschen mit adäquater psychotherapeutischer Ausbildung sollen effiziente psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung ins Krankenhaus einbringen. Gleichzeitig werden Veränderungen in den Kommunikationsstrukturen notwendig und durch Psychotherapeuten initiiert. Diese Aufgabe können Personen erfüllen, welche psychotherapeutische Kompetenz laut

Psychotherapiegesetz haben und sich den internen Strukturen des Krankenhauses unvoreingenommen nähern.

Details aus diesem Subsymposium: Besonders erwähnenswert waren für mich drei Veranstaltungen.

* *Kirchner/Sprinz* beschäftigten sich mit dem Sprachproblem zwischen Ärzten und Psychotherapeuten. Da wir nur 6 Teilnehmer waren, wurde dieses Thema mit Rollenspielen erarbeitet. Es zeigte sich, daß der Arzt klare, eindeutige, entschiedene und sachliche Informationen will. Der Psychotherapeut gibt eher vage, uneindeutige, zaghafte und zurückhaltende Informationen. Die Kommunikation zwischen Arzt und Psy-

chotherapeut ist dadurch anfällig für Mißverständnisse. Bei beiden können Ängste und Ärger entstehen.

* *B. Michelitsch* zeigte in gut nachvollziehbarer Weise den Umgang mit schwach motivierten, oft geschickten Patienten. Im Krankenhaus kommt der Therapeut sehr häufig mit diesen Patienten in Kontakt.

* *K. Dennig-Jaschke* beeindruckte durch die Darstellung einer psychotherapeutischen Behandlung an einer Intensivstation. Es wurde deutlich, in welcher Form das stationspezifische und familiäre Umfeld des Patienten einbezogen werden muß und welche Themen im Vordergrund stehen.

Kritische abschließende Bemerkungen: Die fehlende inhaltliche Koordination dieses Subsymposiums verhinderte leider die Diskussion unter den Teilnehmern. Zu unterschiedliche Inhalte wurden aneinander gereiht. Somit konnte z.B. die Frage, ob sich in Zukunft ein Konsiliar/Liason Dienst in den allgemeinen Krankenhäusern durchsetzen soll oder ob mehr stationäre psychotherapeutische Behandlungen zu etablieren sind, nicht einmal andiskutiert werden.

*Anschrift des Verfassers:
Mag. Wilfried Peinhaupt
Obere Donaustraße 21/1/14
1020 Wien*

OFFENLEGUNG NACH § 25 MEDIENGESETZ

Medieninhaber ist zur Gänze die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Eduard-Sueßgasse 10, A-1150 Wien. Die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse ist ein gemeinnütziger Verein im Sinne der Bundesabgabenordnung. Dem Vorstand gehören folgende Personen an:

Vorsitzender: DDr. Alfred Längle. Stellvertretende Vorsitzende: Dr. phil. Liselotte Tutsch. Schriftführer: Dr. med. Christian Probst. Stellvertretender Schriftführer: Dr. med. Walter Winklhofer. Kassier: Günter Funke. Stellvertretender Kassier: Stud. Dir. Wasiliki Winklhofer. Beirat für die BRD: Dr. paed. Christoph Kolbe und Dr. med. Walter Winklhofer. Beirat für die Schweiz: Dr. paed. Beda Wicki. Beirat für Pädagogik: Stud. Dr. Wasiliki Winklhofer und Günter Funke. Beirat für Forschung: Dr. Silvia Längle und Dr. med. Christian Probst.

Grundlegende Richtung: „Existenzanalyse“, vormals „Bulletin der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse“ ist das offizielle Mitteilungsblatt der genannten Gesellschaft. Die grundlegende Richtung der „Existenzanalyse“ besteht in der Information der Mitglieder des Vereins über die Wahrnehmung und Förderung ihrer gemeinsamen wissenschaftlichen, beruflichen, sozialen und wirtschaftlichen Belange durch die Redaktion, den Vorstand der Gesellschaft und der Mitglieder untereinander.

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.: 01/9859566 FAX Nr. 01/9824845
Druck: AV-Druck, Sturzgasse 1a, 1140 Wien.

„Existenzanalyse“, vormals „Bulletin“ der GLE, ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse und erscheint 3x jährlich.

Die GLE ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), des World Council of Psychotherapy (WCP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart, der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin, der Martin-Heidegger Gesellschaft e.V. und des Verbandes der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGÖ).

Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz als Ausbildungsinstitution zum Psychotherapeuten gemäß dem Psychotherapiegesetz anerkannt.

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

Diagnostik psychischer Störungen in der Praxis

Christian Simhandl

Ausgehend von allgemeinen Überlegungen, wozu Diagnostik in unserem therapeutischen Alltag von Vorteil oder auch notwendig sein könnte, möchte ich in diesem Beitrag die Schritte für das Erlernen und die geschichtlichen Wurzeln der derzeit verbreiteten Diagnosesysteme darstellen. Danach werden die wichtigsten Unterschiede zwischen der ICD-9 Diagnostik und dem neuen ICD-10 System aufgezählt.

Wozu Diagnostik?

Wenn wir uns der Frage stellen: „Wozu brauchen wir überhaupt Diagnosen oder diagnostische Gruppierungen?“, kann diese Frage natürlich von den unterschiedlichsten Gesichtspunkten her beleuchtet werden. Die verschiedenen Ansätze bekommen für jede Person unterschiedliche Wertigkeit, je nachdem, ob man als PsychotherapeutIn/ArztIn, in der Forschung, im Krankenhaus oder in der freien Praxis tätig ist und nicht zu vergessen, wenn man gerade im Ausbildungsstadium zum PsychotherapeutIn ist.

Die Diagnostik kann nach Gesundheitswesen, Patienten, Psychotherapeuten, Arzt, Forschung und neuerdings nach Leistung (i.S. der therapeutisch zu erbringenden und zu finanzierenden Leistung) und somit nach Sozialversicherung orientiert sein.

Für das Gesundheitswesen ist die Statistik (z.B. Häufigkeit von Krankheiten, Krankheitsdauer, Krankenstände etc.) und die Abrechnung nach Diagnosen (Leistung und Dauer der Leistung), die Kommunikation mit anderen ÄrztInnen/TherapeutInnen und die Prognose von besonderer Bedeutung. Für die PatientInnen sind Verlauf und Prognose, für den PsychotherapeutIn/ArztIn vor allem die Handlungsorientierung (notwendige Zusatzuntersuchungen, Medikation, therapeutische Vorgangsweisen und Methoden

etc.) bei entsprechender Diagnose relevant. Ebenso ist für den niedergelassenen PsychotherapeutIn/ArztIn die forensische Tragweite im Sinne der richtigen Erkennung und der richtigen Vorgangsweise (entsprechende medikamentöse und/oder psychotherapeutische Behandlung, entsprechende Aufklärung) von fundamentaler Bedeutung. Für die Forschung ist vor allem die Vergleichbarkeit und in weiterer Folge die Statistik unterschiedlicher Diagnosen wichtig, wobei man versucht, durch Definitionen von möglichst einheitlichen Zustandsbildern bzw. Störungen zu möglichst einheitlichen Krankheitsbildern (homogene Gruppen) zu kommen. Dahinter verbirgt sich die Annahme, daß es dann auch eine Einheit bei diesen Krankheitsbildern betreffend therapeutischer Vorgangsweise, Verlauf, Prognose und - dieses Denken kommt vor allem aus der Medizin - daß einheitliche Ursachen hinter diesen definierten Störungen stehen.

Alle in Österreich in psychotherapeutischer Praxis Tätigen wissen, daß für die Abrechnungen mit der Krankenkasse Diagnosen nach dem ICD-9 Schlüssel verwendet werden müssen (in Deutschland ICD-10 seit 1.1.96). Ebenso bekannt ist, daß eine Vielzahl der PatientInnen nicht wirklich adäquat den vorhandenen Diagnosegruppen zuzuordnen sind. Viele TherapeutInnen suchten einen pragmatischen Weg und beschränkten sich auf einige wenige Diagnosen, bei welchen es keine Diskussionen mit den Sozialversicherungsträgern gibt. Der Krankenkasse fiel jedoch auf, daß z.B. die Diagnose „neurotische Depression“ (ICD-9: 300.4) viel zu oft verwendet worden ist, so daß, zumindest bei ärztlichen Psychotherapien in Wien, die PatientInnen zur Überprüfung der Diagnose zum Chefarzt zitiert worden sind. Die Krankenkasse hatte registriert, daß die Diagnose „neurotische Depression“ plötzlich einen unerklärlichen Anstieg verzeichnete und häufiger verwendet worden war, als es epidemiologischen Daten entsprechen müßte. Ebenso wurde die Dauer der Therapie und die Vorgangsweise hinterfragt.

Zum Thema Vergleichbarkeit kann man sagen, daß diese nicht nur für den ForscherIn, sondern auch für den im Krankenhaus tätigen ArztIn wie auch für den in der Praxis sitzenden PsychotherapeutIn/ArztIn wichtig ist. Wenn z.B. ein Patient nach einem Krankenhausaufenthalt wieder zu seinem niedergelassenen PsychotherapeutIn/ArztIn in die

Praxis überwiesen wird, sollte sich dieser anhand der Diagnose ein Bild machen können, worauf er in weiterer Folge in seiner Vorgangsweise zu achten hat. Zu diesem Zweck wurde sehr früh in der Entwicklung der ICD-10 Diagnosekriterien der WHO (Weltgesundheitsorganisation, Genf) berücksichtigt, daß es auch eine Version (ICD-10-PHC, Primary Health Care) für den niedergelassenen Bereich gibt, wo in kurzer und schneller Form nachzulesen ist, wie der PsychotherapeutIn/ArztIn bei einem gewissen Krankheitsbild vorzugehen hat. Er/Sie kennt somit nicht nur die Kriterien, warum diese Diagnose gestellt worden ist, sondern er/sie hat auch Leitlinien und Hinweise, worauf in der weiteren Behandlung des Patienten, wie auch im Umgang mit den Angehörigen von Patienten zu achten ist.

Der Umstand, daß nachvollziehbar ist, wie eine Diagnose gestellt worden ist, erscheint mir ein sehr wichtiger. Die Nachvollziehbarkeit bedeutet die Basis für eine gemeinsame Sprache und damit für eine rasche und eindeutige Verständigung, sei es die Kommunikation mit Behörden oder KollegInnen und auch in der Ausbildung. Derzeit gibt es im Bereich der psychischen Störung eine Vielzahl unterschiedlicher Sichtweisen betreffend den Stellenwert von Diagnosen. Die Diagnostik ist zudem meist vom jeweiligen Tätigkeitsbereich bestimmt. Der biologisch Orientierte sucht nach einer endogenen Komponente (wird fündig), der dynamisch Orientierte sucht nach einer Traumatisierung (wird fündig), der Sinnorientierte sucht nach einem existentiellen Vakuum (wird fündig) und der betroffene Mensch leidet weiter, weil die „drei Weisen aus dem Psycholand“ drei unterschiedliche Feststellungen treffen, die sie Diagnosen nennen. Hingegen wurde in der modernen Diagnostik der Anspruch, mit Diagnosen auch schon Ursachen für psychische Erkrankungen beschreiben zu können, weitgehend aufgegeben.

Hier zwei Beispiele, wie „theorienfreie“ Diagnostik in größerem Rahmen angewendet werden kann: Im Rahmen einer Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation in 14 europäischen Ländern konnte gezeigt werden, daß 25% aller Behandlungssuchenden in einer Allgemeinpraxis an einer den ICD-10 Diagnosekriterien entsprechenden psychisch - psychiatrischen Erkrankung leiden. Weitere 9% liegen im Grenzbereich, d.h., daß keine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte. Insgesamt leiden 31% aller Hilfesuchenden an isolierten psychisch-psychiatrischen Symptomen.

Geht man davon aus, daß die Behandlungsprävalenz von depressiven Zustandsbildern bei unter 30-jährigen in einer Untersuchung von J. Angst 17,4% betragen hat, und die Diagnose Depression (nach ICD-10) mit 10,4% neben Angststörungen mit 7,9% die häufigste psychiatrische Erkrankung in der Allgemeinpraxis darstellt, sollte diesen Ergebnissen eine entsprechende Aufmerksamkeit im Praxisalltag, wie auch schon weiter im Vorfeld, in der Ausbildung für PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen zukommen.

Betrachtet man die Situation für depressive Erkrankungen im speziellen genauer, zeigt sich, daß „nur“ 54 % der Depressiven in der Allgemeinpraxis diagnostiziert und so-

mit erkannt worden sind. Von diesen Erkannten wurden 25 - 33% adäquaten therapeutischen Vorgangsweisen zugeführt. Auch wenn die Diskussion und Erläuterung einer „adäquaten therapeutischen Vorgangsweise“ bei depressiven Erkrankungen den Rahmen dieses Beitrages weit sprengen würde, so sprechen meines Erachtens die Zahlen für sich. Das (möglichst frühe) Erkennen und Benennen von Störungen stellt somit die Voraussetzung für adäquates therapeutisches Handeln dar. Die Diskussion über medikamentöse oder psychotherapeutische Vorgangsweisen, oder gar die Diskussionen, welche psychotherapeutische Vorgangsweise am besten oder kostengünstigsten ist, wird, wie diese Untersuchung von J. Angst zeigt, für ca. die Hälfte der in Allgemeinpraxen Hilfesuchenden geführt. An diesem Beispiel ist m.E. zu sehen, wie mittels definierter Diagnostik der Bedarf an psychischer Behandlung festgestellt werden kann. Es darf nicht vergessen werden, daß ein gewisser Anteil der „Diagnostizierten“ möglicherweise eine Behandlung ablehnt, und daß es darüber hinaus noch eine große Gruppe von Menschen gibt, die gar nicht erst Hilfe aufsuchen.

Man muß mehrere Stufen für das Erlernen von Diagnosen berücksichtigen:

- als erstes die klare *Definition* von Krankheitsmerkmalen (Symptomebene), dann die
- *Operationalisierung*, d.h.: den Vorgang zu vereinheitlichen, wie ich die Symptome feststelle: durch Befragen (Erlebnissymptome), durch Beobachten (Ausdrucksymptome), durch eine Außenanamnese, durch Verlaufskriterien, durch einen Blutbefund oder eine apparative Untersuchung, und den
- *Algorithmus* der Diagnoseerstellung. Darunter versteht man das Zustandekommen einer Diagnose in dem Sinne, daß nachvollziehbar ist, welche Symptomkonstellationen und Befunde für die Diagnosenstellung maßgeblich verwendet worden sind (Grundsymptome, die vorhanden sein müssen, eine gewisse Anzahl oder Dauer von Symptomen).
- Ebenso muß dann als 4. Schritt ein *Training* ablaufen, so daß die Übereinstimmung der Diagnostik verbessert wird. Die Standardisierung der Vorgangsweise für eine adäquate Behandlung (welche Vorgangsweise bei bestimmten Schweregraden, welche Medikamente als Mittel der ersten Wahl) ist dann noch ein weiterer komplizierter (5.) Schritt, den ich hierorts nicht ausreichend berücksichtigen kann.

Geschichtlicher Überblick

Die ICD-8 (International Classification of Diseases, 8. Version) wurde 1970 von der WHO publiziert. 1978 erfolgte eine weitere Version, die ICD-9, welche dann in den meisten Ländern Europas, so auch in Österreich, Verwendung gefunden hat. In Österreich wurde diese Einteilungsform der Erkrankungen hauptsächlich im Spitalsbereich in Form

des ICD-VESKA-Codes verwendet. Er fand leider keinen Durchbruch in den Praxen der niedergelassenen Ärzte, da man sehr bald an die Grenzen solcher Klassifizierungen stößt und gewisse Störbilder, sei es in leichter Form, sei es durch unterschiedliche Verlaufsformen, nicht wirklich zuordnen kann. Ein weiterer Punkt ist auch die unterschiedliche Ätiologie, welche beim Diagnostizieren vertreten wird, welche sich unter anderem im psychischen Bereich bei dem „Glaubenskrieg“ zwischen den möglichen Ursachen von Neurosen und Psychosen niederschlägt.

Bei Diagnosen handelt es sich immer um tradierte, empirisch nicht abgesicherte (Denk)konzepte. Das Ziel ist immer wieder, eine nosologische wie auch eine therapeutische Einheit mit einer Diagnose zu finden.

Heimann schrieb 1976 und 1978 in Publikationen über das Suchen nach den „Hirnmythologien“, daß es sich um Konzepte handelt, welche weder von seiten der Forschung, aber ebensowenig von seiten der Praktiker als fertige und unverrückbare Konzepte anzusehen sind. Hoche bezeichnete 1912 den Versuch der Einteilungsformen als „Jagd nach dem Phantom“. Seit Mitte des vorigen Jahrhunderts versuchten viele gerade für psychische Erkrankungen Einteilungsformen zu finden. Ryle wies in seiner Arbeit 1949 auf den sogenannten Kategorienfehler hin. Er meint damit eine Differenzierung oder Sichtweise, die psychische Erkrankungen nach dem Leib-Seele-Prinzip trennt und diese Einheit nicht zusammenläßt. 1928 formierte sich um Carnap der sogenannte Wiener Kreis, der aus der Philosophie kam und versuchte, oder besser gesagt, anriet, nur positiv Vorhandenes, Sichtbares oder vom Patienten definitiv Geäußertes für Beschreibungen heranzuziehen, da alles andere ein Denkkonstrukt des Beobachters bleibt. Ebenso vertrat Bieri 1981 in seiner analytischen Philosophie denselben Standpunkt.

Dieser Wiener Kreis hatte großen Einfluß - wie so oft in der Geschichte Österreichs - eher im Ausland, denn im Inland. Cooper veröffentlichte 1972 eine Arbeit über die Vergleichbarkeit von Diagnosen, wobei er auch Bezug nahm auf die Denkweise des Wiener Kreises.

Parallel zu den Bestrebungen der Weltgesundheitsorganisation kam es seit den frühen 80iger Jahren zu einer Entwicklung im amerikanischen Bereich. Dort entwickelte man das DSM-III (Diagnostisch Statistisches Manual psychischer Erkrankungen der Amerikanischen Psychiatervereinigung), welches in Amerika auch in den niedergelassenen Praxen und im Sozialversicherungsbereich eine ganz massive Rolle als zugrunde liegendes Diagnosesystem erringen konnte. Man versuchte, über die Definierung von Krankheitsbildern klare Behandlungsrichtlinien und klare Bezahlungsrichtlinien für den Versicherungsbereich zu schaffen. 1987 kam es zu einer revidierten Form (DSM-III-R) und 1994 zum DSM-IV, nachdem man eine Fülle von Feldstudien durchgeführt hatte, um zu sehen, ob die diagnostischen Gruppen rein theoretisch anhand von Konstrukten und Meinungen formuliert waren, oder auch im Feld in vergleichbarer Form zu diagnostizieren und zu behandeln sind.

Zurückkommend zur Entwicklung der ICD-10, ver-

suchte man viele der Fehler, welche aus früheren Diagnosenmanualen bekannt waren, zu berücksichtigen. 1990 erschien eine Kurzfassung mit einem groben Ausblick. Im selben Jahr kamen die klinisch-diagnostischen Leitlinien in der englischen Version und 1991 in der deutschen Version von Dilling in den Buchhandel.

Die ICD-10 Entwicklung der WHO wurde nicht, wie in früheren Phasen, „nur am Schreibtisch“ durchgeführt. Man war sich darüber im Klaren, daß neben den klinisch-diagnostischen Leitlinien, welche

- für die Ausbildung eine äußerst hilfreiche Beschreibung darstellen,
- für die Forschung zu wenig, weil zu unpräzise sind, und
- für das Feld, den niedergelassenen Bereich, viel zu ausführlich und zeitaufwendig sind
- andere Vorgangsweisen und Kriterien verfügbar sein müssen.

Aus diesem Grunde wurden zuallererst Wörterbücher mit klaren Definitionen der Begriffe, Checklisten und Merkmallisten entwickelt, um zu sehen, welche Symptomenkomplexe in der Praxis wirklich die häufigsten sind. Diese wurden dann zuerst im Spitalsbereich, dann in der Facharztpraxis und ebenso in der Allgemeinpraxis getestet. Für die Allgemeinpraxis wurde eine Version erstellt und für den deutschen Sprachraum ein eigenes „Karteikartensystem“ als vorläufige Version in Zusammenarbeit mit niedergelassenen Hausärzten entwickelt. Mittlerweile liegt eine Fassung von Müßigbrodt et al seit Jänner 1996 mit den wichtigsten psychiatrischen Störbildern in Buchform vor, welche sowohl die diagnostischen Kriterien in leicht verständlicher Form, wie auch Differentialdiagnosen und Hinweise für das Gespräch, zur Medikation und zu weiterführenden Maßnahmen enthält. Mit 1.1.1996 wurde in Deutschland die ICD-10 Diagnosen Klassifikation offiziell als Basis für die gesamte ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Versorgung eingeführt.

Ein neuer Ansatz für einen Diagnoseschlüssel? ICD-10

Man versuchte, eine strenge, rein deskriptive und atheoretische Diagnostik zu betreiben. Der Endogenitätsbegriff in der Psychiatrie wurde völlig fallengelassen, da es sich um ein zwar sehr wahrscheinliches, aber doch auch sehr theoretisches Gedankenkonstrukt handelt. Ebenso wurde der Theorienstreit über Psychose und Neurose fallengelassen, man spricht von Störungen und läßt Krankheitsbegriffe weg.

Die einzige Ausnahme sind die körperlich verursachten organischen Störungen oder Intoxikationen. Diejenigen Krankheitsbilder, wo ein klarer Zusammenhang zwischen Erkrankung (Tumor, Entzündung) oder toxische Einwirkung von außen (Alkohol, Drogen, Chemikalien) vorhanden ist,

dort fließt die Ursache in die Diagnose mit ein.

Am Beispiel der Depression ist zu sehen, daß die Unterteilung in somatogen, endogen und psychogen fallengelassen worden ist.

Es wurden Kriterien zusammengestellt mit diagnostischen Leitlinien, es bleibt dem Untersucher offen, seltene Symptome sinnvoll in Kategorien einzuordnen und hinzunehmen, es wurden sogenannte Typologien herausgearbeitet, frei von theoretischen Konstrukten. In der ICD-10 wurde im Vergleich zur ICD-9 weit mehr auf den gesamten Krankheitsverlauf eingegangen wie auch, was besonders wichtig ist für die niedergelassenen Praxen, auf die unterschiedlichen Schweregrade. Ebenso wurden soweit wie möglich Ein- und Ausschlußkriterien formuliert. Zu diesem Zwecke wurde der vierstellige Code der ICD-9 um eine 5. Stelle erweitert. Die psychischen Störungen wurden bei der ICD-10 in 10 Großgruppen eingeteilt, von F0 bis F9.

Man war sich dabei bewußt, daß das Kapitel F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen, relativ eng gefaßt worden ist, um einer Stigmatisierung, wie es in der Vergangenheit der Fall war, entgegenzuwirken. Im Kapitel F4 wurden die neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen zusammengefaßt (Phobie, Zwang, Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen, hysterische Störungen). Man sieht somit, daß auch dieses neue Diagnosenkonstrukt nicht völlig frei von Theorien ist, jedoch die praktischen Vorgangsweisen hier eine Rolle spielten, daß diese Bilder grundsätzlich unterschiedliche Vorgangsweisen in der Behandlung im Gegensatz zu anderen Störungen zeigen. Das Kapitel F5 - Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (Eßstörungen, Schlafstörungen, sexuelle Funktionsstörungen) ist jedoch zu eng gefaßt. In dieser Diagnosegruppe sind eine Fülle von Störungen, welche vor allem im Feld eine größere Bedeutung als im Spitalsbereich haben und erst in die Hände eines Psychotherapeuten/ Psychiaters kommen, wenn schon ein gewisser Zeitraum verstrichen ist.

F53 bietet erstmals die Möglichkeit, psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett überhaupt zu diagnostizieren. Im ICD-9 gab es bislang keine Möglichkeit, Störungen im Wochenbett in irgendeiner Art und Weise zu vercoden, was leider oft zur Folge hatte, daß diese Störungen, die ca. bei 20 % der Frauen postpartal auftreten (innerhalb eines Jahres nach der Entbindung), leider auch nicht nur diagnostisch, sondern auch therapeutisch bagatelisiert und übersehen werden.

Ebenso ist eine Novität der ICD-10, daß klinische Diagnosen, hier sind sowohl die psychiatrischen Diagnosen aus dem Kapitel 5 wie auch andere somatische Diagnosen gemeint, getrennt werden von der Beurteilung der Behinderungen (Achse 2), in der man individuelle soziale Kompetenzen, berufliche Funktionsfähigkeit, familiäre Funktionsfähigkeit und soziales Verhalten beurteilt. Ebenso sollte Achse 3 die Information über die psycho-soziale Situation wie z.B. Entwicklung in der Kindheit, Erziehungsprobleme, Schwierigkeiten in der sozialen Umgebung, besondere berufliche Probleme, juristische und andere psychosoziale

Schwierigkeiten und Familienanamnese psychiatrischer Störungen getrennt vom klinischen Bild beurteilt werden. Bislang war dies leider nicht möglich, und man war gezwungen, die soziale Streßsituation, die Anamnese, das aktuelle Beschwerdebild und mögliche ätiologische Faktoren in die Diagnose einfließen zu lassen oder, was meines Erachtens noch schlimmer ist, unter den Tisch fallen zu lassen.

Abschließende Bemerkungen

Mit den Beschreibungen und Leitlinien der ICD-10 sind keine theoretischen Implikationen verbunden. Sie geben auch keine umfassende Darstellung des gegenwärtigen Kenntnisstandes über die Störungen wieder. Die Leitlinien stellen vielmehr eine Zusammenstellung von Symptomen und Kommentaren dar, die in Übereinstimmung mit einer großen Anzahl von Experten, Klinikern, klinischen Psychologen und Erfahrungen aus dem Feld aus verschiedenen Ländern zusammengestellt worden sind. Sie sind eine sinnvolle Grundlage, um „typische Störungen“ zu definieren, sie zu erkennen und in weiterer Folge möglichst entsprechend dem aktuellen Wissensstand zu behandeln.

Ein weiterer Vorteil der ICD-10 ist die Ermunterung, mehrere Diagnosen parallel zu erstellen. Somit ist man nicht mehr gezwungen, einen Patienten in eine Diagnosegruppe „hineinzupressen“, sondern kann gemeinsam mit der Diagnosenvielfältigkeit einem/einer PatientIn auch eine Behandlungsvielfalt zukommen lassen. In dieser Hinsicht gab es vor allem im Bereich der psychischen Erkrankungen deutliche Verbesserungen für eine Praktikabilität vom ICD-9 zum ICD-10.

Die ICD-10 beansprucht für sich, einen phänomenologischen Ansatz zu verfolgen. Es wird dabei Bezug genommen auf den bereits erwähnten Umstand, daß man relativ durchgängig versucht hat, theoretische Konzepte über Entstehung und Ursachen von psychischen Krankheiten nicht von vorn herein in die Diagnose einfließen zu lassen. Diese sind erst in weiterer Folge anhand von Außenkriterien zu überprüfen und zu verifizieren bzw. zu falsifizieren. In diesem ersten Schritt ist die ICD-10 auch wirklich phänomenologisch. Man bezieht sich lediglich auf das, was der Patient erlebt (z.B.: diffuse Angst), oder was zu sehen ist (z.B.: verlangsamte Sprache) und sammelt diese „Phänomene“. Hier wird der phänomenologisch-wissenschaftliche Ansatz im Sinne von Nietzsche verfolgt, nämlich sich auf das zu beschränken, was einer Meßbarkeit zuführbar ist (wie z.B. das „Phänomen“, dessen Intensität und zeitliche Dauer). Weitere Schritte im Sinne einer phänomenologischen Haltung, wie wir sie aus der existenzanalytischen Vorgangsweise kennen, wie das Hinterfragen wie es ist, oder das Einlassen auf eine radikale Subjektivität sind für die ICD-10 Diagnostik nicht mehr von Bedeutung. Das Erfassen der Beweggründe eines Menschen und die wertempfindende Anteilnahme des TherapeutIn stehen in keinem Widerspruch zu einer ICD-10 Diagnostik.

Für das therapeutische Arbeiten ist wiederum wichtig, sich nicht hinter einer Diagnose zu verstecken (wie dies oftmals bei sog. schizophrenen Patienten der Fall ist) oder sich von der Diagnose das Schauen und Spüren verblenden zu lassen.

Literatur

- ANGST J., VOLLRATH M. (1989) Beziehungen zwischen Angst und Depression. In: Helmchen H, Linden M (Hrsg.). Die Vielfalt von Angstzuständen. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 79-100
- BIERI P. (Hrsg.) (1981) Analytische Philosophie des Geistes. Königstein/Ts: Hain
- CARNAP R. (1928a) Der logische Aufbau der Welt. Berlin
- CARNAP R. (1928b) Scheinprobleme in der Philosophie. Das Fremdpsychiatrische und der Realismusstreit. Berlin
- COOPER J.E. KENDELL R.E., GURLAND B.J., SHARPE L., COPELAND J.R.M., SIMON R. (1972) Psychiatric Diagnosis in New York and London, London: Oxford University Press. Maudsley Monograph No. 20
- HEIMANN H. (1976). Psychiatrie und Menschlichkeit. Confinia psychiatrica 19, 24-34
- HEIMANN H. (1988) Ätiologievorstellungen in der Psychiatrie im Wandel der Zeiten. In: Böcker F, Weig W (Hrsg.). Aktuelle Kernfragen in der Psychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer.
- HOCHÉ A. (1912) Die Bedeutung der Symptomkomplexe in der Psychiatrie. Zeitschrift d. Ges. Neurol. Psychiat. 12, 540-551
- RYLE G. (1949) The concept of mind. Harmondsworth/Middlesex. Deutsch: Der Begriff des Geistes. Stuttgart: Klett (1969)
- ICD-10 Kapitel V (F). Fassung für die primäre Gesundheitsversorgung (Primary Health Care Version) ICD-10-PHC, 24 Karteikartensystem. (Dt. Fassung v. 19.1.1994). Übersetzt und bearbeitet durch: H. Müßigbrodt, S. Kleinschmidt, A. Schürmann, H.J. Freyberger, H. Dilling. Klinik für Psychiatrie der Medizinischen Universität zu Lübeck
- ICD-10. Computer-Tutorial: Psychische Störungen (1995). Software und Handbuch. C.P. Malchow, R.-D. Kanitz und H. Dilling
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien (1993). Dilling H., W. Mombour, M.H. Schmidt (Hrsg.) 2.Aufl. Vlg. Hans Huber, WHO
- Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien (1994). Dilling H., W. Mombour, M.H. Schmidt, E. Schulte-Markwort (Hrsg.) Vlg. Hans Huber, WHO
- Psychische Störungen in der Praxis. Leitfaden zur Diagnostik und Therapie in der Primärversorgung nach dem Kapitel V (F) der ICD-10 (1996). H. Müßigbrodt, S. Kleinschmidt, A. Schürmann, H.J. Freyberger, H. Dilling. Verlag Hans Huber
- Psychiatrische Diagnostik nach ICD-10 - klinische Erfahrungen bei der Anwendung. Ergebnisse der ICD-10-Merkmalenstudie (1992). Horst Volker Dittmann, Horst Dilling, Harald J. Freyberger

Anschrift des Verfassers:

*Ass.Prof. Univ.Doz. Dr. Christian Simhandl
Wiedner Gürtel 12/11A,
A-1040 Wien*

Kontaktadressen der GLE

- Dr. Christian Firus, Albertine-Assor-Straße 6a, D-22457 Hamburg
- Günter Funke, Seelingstraße 29, D - 14059 Berlin (Tel.: 030/3226964)
- Dipl. theol. Erich Karp, Meisenweg 11, D - 73035 Göppingen (Tel.: 07161/641 - Klinik am Eichert)
- Dr. Krizo Katinic, Kneza Borne 1, 41000 Zagreb, Kroatien (Tel: 414839)
- Dr. Christoph Kolbe, Borchersstraße 21, D - 30559 Hannover (Tel.: 0511/5179000, Fax: 0511/521371)
- Dr. Milan Kosuta, Sermageoa 17, 41000 Zagreb, Kroatien, (Tel.: 41-239193)
- Univ.-Doz. Dr. Rolf Kühn, Kaiserstraße 37, D-78532 Tuttlingen (Tel.: 07461/77280)
- Dr. Heimo Langinvainio, Riihitie 3 A 1, SF - 00330 Helsinki 33
- Dr. Wilhelmine Popa, Görlitzerweg 1, D - 40880 Ratingen (Tel.: 02102/470818)
- Univ. Prof. Dr. Heinz Rothbucher, 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./Fax: 089/3087471)
- Dr. Christopher Wurm, Chatham House, 124 Stephen Terrace, Gilberton SA 5081, Australien (Tel.: 08/83448838, Fax: 08/83448697)
- 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./Fax: 041/7505270)

Angehörige Schwerstkranker finden Beratung und Begleitung

Die Stiftung Marienheim in Innsbruck soll laut Stiftungsbrief den Forderungen der Zeit entsprechend, im christlichen Sinne Aufgaben im pädagogischen, sozialen, therapeutischen und rehabilitativen Bereich übernehmen. Anneliese Held, ausgebildet in existenzanalytischer Beratung und Logotherapie, leitet die Stiftung Marienheim als Geschäftsführerin seit Herbst 1991.

Im Rahmen der Aufgabenstellung der Stiftung Marienheim betreuen wir seit 1989 durchschnittlich 65 ausländische Kinder bei deren Hausaufgaben und seit 1991 können Angehörige von Schwerstkranken, welche in der Klinik Innsbruck stationär aufgenommen wurden, bei uns wohnen.

Dies sind vor allem:

- Eltern und Familienangehörige von zu operierenden, verunfallten, behinderten, frühgeborenen Kindern
- Angehörige von Transplantationspatienten, Unfallopfern oder chronischen Kranken

Die Reputation der Universitätsklinik sowie die verkehrsstrategische Lage von Innsbruck führen Angehörige aus aller Welt zu uns.

Die Begleitung erfolgt in den Sprachen Deutsch, Englisch, Französisch und Italienisch. Die Aufenthaltsdauer ist unterschiedlich lang und reicht von einem Tag über mehrere Wochen und Monate bis zu fast 2 Jahren - bzw. immer wiederkehrenden Kurzaufenthalten in Marienheim aufgrund chronischer Leiden.

Die Wohngemeinschaft verfügt über 31 Betten in 16 Wohn-/Schlafzimmern. Weiters stehen Gemeinschaftsräume, wie ein Eßzimmer, eine Bibliothek sowie eine vollausgestattete Wohnküche zur Verfügung. Die Wohngemeinschaft ist permanent voll belegt und wird daher im Sommer 1997 um 10-12 Betten erweitert.

Da die Wohngemeinschaftsmitglieder die Reinigung der Räume selbst übernehmen, entsteht aus dem Beitrag des Einzelnen für die Gruppe ein Miteinander und Füreinander und somit eine Gemeinsamkeit und Nähe.

Die Angehörigen stehen, wenn sie zu uns kommen, unter einer enormen psychischen Belastung und sehr oft unter Schock. Es ist vor allem wichtig, diese unausweichliche, oft unabänderliche Lebenssituation durchzustehen.

Unter der Devise: „Was steht an?“, „Was ist zu tun?“ geben wir Raum dem Menschen in seiner Not und Angst - dem Schmerz, dem Schock - es gibt einen Menschen, der Nähe zuläßt - der zuhört: der als Person anwesend ist

- ein Zimmer (ein vorübergehendes Daheim) in der Nähe der Klinik

Der Angehörige spürt einen Boden, auf dem er stehen kann, eine gewisse Ordnung und Struktur, die ihm Halt gibt, eine beschützende Geborgenheit und ist dadurch befähigt, auch dem Kranken Schutz, Halt und Raum zu geben.

Dadurch wird er fähig, das Leid zu ertragen, kann die Welt/Umwelt wieder wahrnehmen, findet eine Gemeinschaft, die ihm hilft. Er findet durch Gespräche Mitgefühl und Trost. Dadurch gelingt es ihm, zum eigenen Leid etwas Distanz zu halten und sich Raum geben zu können.

Die Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod führt viele Menschen an die Grenzen ihrer Stabilität. Dazu kommen Unsicherheit im Umgang mit dem Kranken, sowie die Gefühle der Ohnmacht und der Unterlegenheit des Laien gegenüber dem medizinischen Fachpersonal.

Schon beim Aufnahmegespräch

oder der Zimmerreservierung, bei mitfühlenden, täglichen Kurzgesprächen, bei gemeinsamen Veranstaltungen hat der Angehörige die Möglichkeit, Unterstützung und Verständnis zu finden. Gemeinsame Frühstücke mit unseren Psychologinnen, Gruppenabende sowie die Heilige Messe mit gemeinsamen Frühstück dienen dazu, Nähe entstehen zu lassen, Raum zu geben, einem DU zu begegnen, um SEIN zu können.

Als sehr wichtig erlebe ich auch die regelmäßigen Treffen und Gespräche des Betreuerteams, die ebenfalls unter der Devise „Was steht an?“ - „Was ist zu tun?“ - stattfinden.

Auch bei uns Begleitenden gibt das gute Miteinander Schutz, Halt und Raum für den Einzelnen.

Da täglich 20-30 Personen bei uns wohnen - mit einem ständigen Kommen und Gehen - Alte und Junge, Mütter von Kindern, Ehepartner, Lebensgefährten, andere Angehörige - verschiedene soziale Schichten, Länder, Sprachen - ist es sehr wichtig, Mißverständnisse sofort anzusprechen, zu bearbeiten und eine Lösung zu finden. Unruhe, Spannung und Aggression sind zusätzlich zur Last des Unabänderlichen, wie Krankheit und Tod, kaum zu ertragen.

Außerdem nimmt jeder etwas anderes wahr und somit kann viel sichtbar gemacht und in die Tat umgesetzt werden. Unsere Wohngemeinschaft ist immer wieder neu werdend.

So ist es gelungen, daß viele Menschen, trotz Krankheit, Leid und Tod die Stiftung Marienheim als einen Ort der Geborgenheit, Ruhe und der gelebten Liebe erleben und daß sie mit vielen neuen Erfahrungen und Wahrheiten zurück in ihrem Alltag gehen.

So bleibt als Resume der Arbeit:

- tiefe Freundschaften entstehen
- spontane Hilfe wird gegeben und dankend angenommen
- Gemeinschaft wird möglich, wenn das Kreuz der Krankheit die Menschen verbindet
- Unwesentliches wird nicht beachtet, die Alltagsärgernisse verlieren an Bedeutung
- Person wird spürbar für Masken und Theater ist weder Zeit, noch Kraft - alles ist ehrlich und wahr (Schmerz, Freude, Lachen, Weinen).

Anneliese Held

Resumé aus der Auswertung der Fragebogenaktion über die Ausbildung der GLE

Im Studienjahr 1995/96 wurde an alle bisherigen AusbildungskandidatInnen der GLE ein Fragebogen versandt, um die prinzipielle Zufriedenheit/Unzufriedenheit und spezifische Mängel zu erheben. Die Antworten wurden sowohl qualitativ als auch quantitativ ausgewertet.

Qualitative Auswertung

Im Vorjahr wurde die Fragebogenaktion mit den AusbildungsabsolventInnen der GLE abgeschlossen. Zuallererst bedanken wir uns sehr herzlich bei allen, die mitgemacht haben und wollen auch die beachtliche Bereitschaft zur namentlichen Stellungnahme hervorheben. Hier nun eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten qualitativen Ergebnisse, analysiert von Jana Bozuk, Rudi Kunert und Helene Drexler:

Anregungen und Kritik

Als häufige Antworttendenz regen die TeilnehmerInnen eine verstärkte Information über Spezialthemen an, wie z.B. Psychose, Eßstörungen, Sucht oder Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität. Manche für die Praxis grundlegende Themen wie Setting und Abstinenz des Therapeuten würden in der Ausbildung zu wenig vertieft. Insbesondere die TeilnehmerInnen an frühen Ausbildungen wünschen mehr Information über andere Schulen. Auch eine größere Vielfalt in den methodischen Zugängen wird angeregt: Das Einbringen kreativer Elemente und von Körperarbeit, praktisches Üben der personalen „Gesprächsführung“, „Arbeiten am Fall“ und Rollenspiele gehören zu den häufigsten Vorschlägen. Auf das Erlernen einer sicheren Diagnosestellung- und Methodenanwendung sollte mehr Augenmerk gelegt werden.

In frühen Gruppen wurde auch eine mangelnde Berücksichtigung der Selbsterfahrung gesehen, in späteren Ausbildungen kommt dieser Kritikpunkt nicht mehr vor.

In vereinzelt Gesamtbewertungen der Ausbildung werden die intellektuell-kühle Atmosphäre und ein zu theoretischer Aufbau, durch den sich manche Teilnehmer überfordert fühlen, kritisiert.

Vor allem von KandidatInnen, die in die Übergangsfrist fallen, wurde die Thematik „Ausbildungsrichtlinien“ häufig angesprochen. Mehr Transparenz in dieser Hinsicht steht auf der Wunschliste dieser TeilnehmerInnen an vorderster Stelle. Dazu zwei Zitate, die für viele Kommentare zu diesem Punkt stehen können: Hilfreich wäre, „wenn zu Ausbildungsbeginn alle Anforderungen und der Ausbildungsverlauf festgestanden hätte - um eine persönliche, familiäre und berufliche Einschätzbarkeit zu ermöglichen.“ Oder: „ein klares... Ausbildungsprogramm vor dem Beginn der Ausbildung, das dann für die gesamte Ausbildung gültig bleibt (z.B. mit Angaben über den Zeitpunkt der Prüfung und die Kriterien dafür, mit Kriterien für die Supervision...)“.

Insbesondere gegen Ende der Ausbildung sehen sich die TeilnehmerInnen Unklarheiten gegenüber: Die Vorgangsweise im Supervisionsstadium bedarf genauerer Richtlinien. Orientie-

rungshilfe durch die AusbilderInnen - etwa über noch ausstehende Supervisionen oder die Verfassung bzw. Bearbeitung der Abschlussarbeit. Zu letzterer lassen Rückmeldungen zu lange auf sich warten. Außerdem wird eine zu späte Information kritisiert, wenn ein Abschluß als unmöglich erkannt wird.

Auch die deutliche Klärung rechtlicher Fragen (z.B.: „welche Tätigkeiten sind in welchem Ausbildungsstadium gedeckt“) wird von den TeilnehmerInnen angeregt.

Ein weiterer Bereich betrifft die AusbilderInnen. Die TeilnehmerInnen wollen im Laufe ihrer Ausbildung eine größere Zahl an TrainerInnen kennenlernen; einerseits um verschiedene AusbilderInnen in ihrem jeweiligen Spezialgebiet zu erleben, andererseits um in persönlichen und ausbildungsbezogenen Anliegen nicht nur auf eine Person angewiesen zu sein. Die TeilnehmerInnen dazu: Es wäre wünschenswert, „wenn in Abständen ein anderer Ausbilder käme, der sich der Probleme mit dem Ausbildungsleiter annehmen, Schlichter, Zuhörer und Vermittler wäre“ und: bei einem einzigen Ausbilder „fehlt jedes Korrektiv zum Leitungsstil“.

Manche TeilnehmerInnen wünschen sich mehr Rückhalt und Akzeptanz seitens der AusbilderInnen. Ein ehemaliger Teilnehmer formuliert den Wunsch nach „durchgehende(r) phänomeno-logische(r) Offenheit der Ausbilder gegenüber allen Ausbildungsteilnehmern. Die TeilnehmerInnen beklagen, zuwenig Raum für Kritik und faire Diskussionen zu haben. Die Rückspiegelung an die Eigenproblematik bei kritischen Äußerungen führt zu Veränderung: „Ein personales Sich-in-Frage-Stellen (des Ausbilders) habe ich nicht erlebt“.

Kritik betrifft auch die mangelnde Verfügbarkeit der AusbilderInnen für Einzelstunden und Supervisionen. (Dieses Problem betrifft vorwiegend TeilnehmerInnen aus GLE-Instituten fern Gebieten). Der Wunsch der TeilnehmerInnen wäre: „aufgefangen werden, wenn's brennt“. Ihre tatsächlichen Erfahrungen schildern sie so: „Es war schwer, Einzelgesprächs-

termine zu bekommen“. „Die Wartezeiten sind zu lange, besonders in Krisen gibt es keine Möglichkeit, kurzfristig mit dem Auszubildner in Kontakt zu kommen.“

Zusätzlich sehen sich die TeilnehmerInnen einem Kampf um Termine gegen ihre Kollegen ausgesetzt: „...Ausbildung vor allem für Ellbogen-techniker“.

Ein häufig angesprochener Kritikpunkt bezieht sich auf die Vernachlässigung der Gruppendynamik. Es fehlt „das Thematisieren der ablaufenden gruppendynamischen Probleme, wie Rückzugverhalten, Rollendifferenzierung, Machtkämpfe, Zeichen von Konkurrenzdruck usw.“. Ein Teilnehmer formuliert unmißverständlich: „Einsichten in Gruppendynamik fehlen den Auszubildnern!“

Interesse an Fortbildungsangeboten

Die ehemaligen AusbildungsteilnehmerInnen der GLE nehmen rege an Fortbildungsveranstaltungen anderer Schulen teil.

Vorschläge für die Fortbildung innerhalb der GLE gestalten sich - geprägt durch die zahlreichen Arbeits- und Interessensgebiete der TeilnehmerInnen - äußerst vielfältig. Eine kleine Auswahl der häufigsten Anregungen:

- * Psychosen
- * Persönlichkeitsstörungen
- * Sucht
- * sexueller Mißbrauch
- * Sexualität
- * Traumarbeit
- * Psychosomatik
- * Pädagogik
- * Alter
- * Frauenthemen

Bereitschaft zur Mitarbeit in der GLE

Die Angaben der TeilnehmerInnen zu dieser Thematik lassen nur ein mäßiges Interesse an und unkonkrete Vorstellungen über Möglichkeiten einer Mitarbeit in der GLE erkennen. Konkrete Vorschläge sind weit gestreut und reichen von Telefondienst und Lese-

korrekturen über wissenschaftliche Beratungen, PR-Arbeit, Begleitung von Ausbildungskandidaten (z.B. Betreuung bei Abschlußarbeiten) bis zum Aufbau eines Institutes. Als Voraussetzungen für eine Mitarbeit werden klare Vereinbarungen hinsichtlich des Zeitaufwandes und der Bezahlung („keine ehrenamtliche Zuarbeit“) gesehen. Als Basis einer Zusammenarbeit sollte eine „größtmögliche“ Offenheit bei allen Auseinandersetzungen gegeben sein. Ein reges Interesse herrscht hingegen daran, im Rahmen der Fortbildung Seminarthemen einzubringen, sowie am Austausch unter den TeilnehmerInnen und im Bilden von Lerngruppen.

Hilfestellung durch die GLE

In diesem Punkt fühlen sich viele ehemalige TeilnehmerInnen ausreichend unterstützt. Anregungen zu weiteren Hilfestellungen gliedern sich in mehrere Bereiche:

Kontakte/Beistand/Unterstützung bei Erfüllung der Ausbildungsbedingungen:

Wie schon im vorigen Punkt erwähnt, zeigen die TeilnehmerInnen großes Interesse am Austausch; dies gilt sowohl für persönliche Gespräche als auch für einen Erfahrungsaustausch über die Arbeit mit Patienten oder Inhalte der Ausbildung. Konkret werden die Bildung von Diskussionsforen und Fortbildungsgruppen vorgeschlagen. Gerade den TeilnehmerInnen, die nicht im Umkreis eines GLE-Institutes wohnen und arbeiten, fehlen Austauschmöglichkeiten und Unterstützung. Sie ä-

ßern: „Ich fühle mich sehr allein gelassen“, „mehr Rückhalt in der ersten Zeit der Arbeit“ wäre wichtig.

Zur besseren Erfüllung der Ausbildungskriterien drücken die TeilnehmerInnen den Wunsch aus nach

- Hilfe bei Patientensuche
- Unterstützung hinsichtlich Praktikumsplätze
- Vermittlung von regionalen Supervisionsangeboten

Unterlagen

Vorschläge dazu beziehen sich vor allem auf die Herausgabe eines Skriptums bzw. schriftliche Zusammenfassung der einzelnen Einheiten.

Zudem wird der Mangel an Literaturangeboten bedauert und die Einrichtungen von regionalen Fachbibliotheken angeregt. Schließlich formulieren ehemalige TeilnehmerInnen die Wichtigkeit von Adreßlisten der existenzanalytischen Kollegen und Kolleginnen, um Gruppen zum Austausch zusammenstellen zu können oder um ExpertInnen zu speziellen Themen für Patientenzuweisung, Vorträge und Diskussionsgruppen ausfindig zu machen.

Politische Aktivitäten

Entsprechend der „Unterversorgung“ von TeilnehmerInnen mancher Regionen („die GLE ist so weit weg“) bringen diese den Anspruch nach einem dichteren Institutsnetz ein, um künftig aktiver in der GLE tätig zu sein.

Helene Drexler

Quantitative Auswertung der Fragebogenaktion

Von 479 versendeten Fragebögen wurden 127 zurückgesendet. Davon sind 40 Männer und 87 Frauen. Das Alter der Befragten reicht von 25 bis 74 Jahren, das Durchschnittsalter beträgt 42 Jahre.

Im Grundberuf der Befragungs-

teilnehmerInnen sind 25 Lehrer (19,7%), 24 Ärzte (18,9%), 22 Psychologen (17,3%), 16 Theologen (12,6%), 10 Pädagogen (7,9%), 5 Sozialarbeiter (3,9%), 2 Juristen (1,6%) und 22 Sonstige (17,3%).

Der Ausbildungsbeginn erstreckt

sich über die Jahre 1983-1993. Größere Gruppen, die an der Fragebogenaktion teilnahmen, fanden sich in den Jahrgängen 1988 (17 Personen), 1990 (17 Personen) und 1991 (30 Personen). Letzterer zählt auch von der Zahl der Ausbildungsteilnehmer auf Grund der Einführung der Übergangsbestimmungen zum Psychotherapiegesetz zu den stärksten Jahrgängen.

Auf die Frage nach dem Ausbildungsabschluß gaben 35 Personen (27,6%) an, Psychotherapeuten unter Supervision zu sein, 33 Personen (26%) gaben die Grundausbildung an, 25 Personen (29,7%) das Psychotherapiediplom, 20 Personen (15,7%) gaben an, Berater unter Supervision zu sein, 8 Personen (6,3%) hatten das Beraterdiplom und 6 Personen (4,7%) machten keine Angabe. Von den antwortenden Personen hatten nur 10 (7,9%) die Ausbildung abgebrochen.

62 Befragte (49%) arbeiten als Psychotherapeuten, 42 (33%) als Be-

rater und 17 (13%) in sonstigen Berufen, wobei Mehrfachnennungen möglich waren.

47 Personen (37%) üben ihre Tätigkeit hauptberuflich - im Durchschnitt 26,5 Stunden -, 59 (47%) nebenberuflich - im Schnitt 6,6 Stunden - aus (auch hier Mehrfachnennungen).

Nach der Zielgruppe befragt, gaben 29 Personen (23%) an, mit Kindern zu arbeiten, 64 (50%) mit Jugendlichen, 110 Personen (87%) mit Erwachsenen, 43 (34%) mit älteren Personen, 41 (32%) mit Paaren und 24 (19%) mit Familien; auch hier gab es Mehrfachnennungen.

Auf die Frage, was in der Ausbildung gefehlt hätte, gaben - wiederum mit der Möglichkeit von Mehrfachnennungen - 70 Personen (55%) Fachliches, 23 Personen (18%) Persönliches und 28 Personen (22%) Sonstiges an. Zum letzten Punkt wird auf die qualitative Auswertung verwiesen.

Auf die Frage nach dem Besuch von zusätzlichen Fort-, Weiter- und

Ausbildungen nannten 35 Personen (27,6%) weitere Therapieausbildungen. Nähere Angaben sind bitte wiederum der qualitativen Auswertung zu entnehmen.

Hinsichtlich Fortbildungen der GLE nannten 95 Befragte (74,8%) Interesse an Tagungen, 85 (66,9%) Interesse an der Herbstakademie und 74 (58,3%) Interesse an speziellen Seminaren (Näheres siehe qualitative Auswertung).

65 Personen (51,2%) äußerten die Bereitschaft, selbst in der GLE mitzuarbeiten, 76 Personen (59,8%) wären bereit, in einem lokalen Institut mitzuarbeiten.

47 Befragte (37%) gaben die Möglichkeit an, eigene Themen in die Fortbildung einzubringen.

Auf die Frage nach Unterstützung durch die GLE gaben 52 Personen (40,9%) an, daß sie diese brauchen könnten.

Astrid Görtz

Jahrestagung 1997 - Jahrestagung 1997 - Jahrestagung 1997 - Jahrestagung 1997

18.-20. April 1997

Steyr / Oberösterreich

DIE PERSON IN DER ARBEITSWELT

- VORTRÄGE:** Alexander VAN DER BELLEN, Rolf KÜHN, Hans Peter MARTIN, Severin MÜLLER, Johannes RAUCH,
SPOTS: Guido BRÜSTLE, Doris FISCHER-DANZINGER, Patricia FREITAG, Christoph H., Rudolf KARAZMANN, Corinna LADINIG, Judith NOWAK
SEMINARE: Gerlinde ARTAKER und Johannes MATTHIESSEN, Jana BOZUK und Peter GRUBER, Anke BÖTTCHER-POETSCH und Christian FIRUS, Guido BRÜSTLE und Johannes RAUCH, Petra EHART und Charlotte WELZL, Elfe HOFER, Rainer KINAST und Gerhard KANTUSCH, Irene KLOIMÜLLER und Heinrich GEISSLER, Rudolf und Andrea KUNERT, Sabine NEUMANN-RÖDER, Christine ORGLER und Roswitha MILLER, Wilfried PEINHAUPT, Arnaldo ROMANOS, Stefan TEUFL, Kurt WAWRA, Christine WICKI, Wasiliki WINKLHOFER, Rolf ZIMMERMANN

ANMELDUNG: Im Sekretariat der GLE. Ein ausführliches Programm liegt diesem Heft bei oder kann im Sekretariat der GLE angefordert werden.

Jahrestagung 1997 - Jahrestagung 1997 - Jahrestagung 1997 - Jahrestagung 1997

Sinn und Wahn

Berichte aus dem Hinterland der Augen

Brückenschlag, Zeitschrift für Sozialpsychiatrie-Literatur-Kunst, Band 12/1996.
Neumünster: Paranus Verlag

Der vorliegende Band der Zeitschrift Brückenschlag läßt wegen seines beachtlichen Umfangs (262 Seiten) und der Vielzahl der Beiträge (ca. 60) weniger an eine Zeitschrift, als vielmehr an einen Sammelband denken. Und ebenso vielgestaltig zeigt sich der Inhalt: Er spannt sich von Berichten, Aufsätzen, Stellungnahmen zu Gedichten, Bildern und Texten und weiters zu Kurzgeschichten und kurzen Geschichten und einer Reihe von Buchbesprechungen.

Die Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von Sinn und Wahn ist laut Editorial seit Beginn an ein wesentliches Anliegen dieser Zeitschrift - der Sinn des Wahns, der Wahn des Sinns.

Einige Beiträge dokumentieren die Betroffenheit von Personen, die - selbst nicht psychoseerfahren - sich in ein Naheverhältnis zu Menschen mit Wahnerfahrungen begeben haben. Es gilt "einen Schlingerkurs auszuhalten zwischen Gefühlen der Überlegenheit des mit der Norm lebenden Menschen und einer eingeschüchterten Unterlegenheit gegenüber der Wucht der Bilder, Gefühle und Gedanken, die jemand in der Psychose entwickeln kann" (S. 26).

Da beginnt bereits die festgefügte Ordnung von Sinn und Wahn in Bewegung zu geraten: Ist es die normale Welt, die den Sinn beanspruchen kann und die Welt des Wahns wäre der greifbar gewordene Unsinn?

Noch einen Schritt weiter führen die Zeugnisse Betroffener. Darin liegt übrigens das Schwergewicht des Bandes und auch der Wert für den Leser: es wird ermöglicht am psychotischen Erleben teilzunehmen, aber auch am Leiden des Psychiatrieerfahrenen.

Da verändert sich das Gefüge von Sinn und Wahn in ungewohnte Perspektiven. In einigen Schilderungen liegt die Last des Alltags in der Unerträglichkeit ihres Unsinn, der Wahn eröffnet sich als Refugium für ein erlösendes Sinnerleben: "Weder Sinn noch Wahn sind beweisbar oder widerlegbar. Beide entspringen einem seelischen Bedürfnis des vereinzelt und endlichen Menschen, der *sein* Dasein ertragen und bejahen möchte. Und ein unerträgliches Diesseits verlangt geradezu nach Wahnsinn. In diesem Sinne ist dann der Wahnsinn die zweite Hälfte der Wirklichkeit, mit der ich mich nicht mehr aussöhnen kann. Er formuliert dann laut und deutlich meinen Mangel an Verständnis für die Welt, in der ich lebe, indem er - wenn auch in verzerrter Form - die Welt erschafft, die nicht *ist*.

Gerade der Mangel an Sinnlichkeit, an deren Stelle die Vorstellung geraten ist, verlangt nach Wahn" (S. 72).

Durch die schlichte Aneinanderreihung verschiedener Wahnerlebnisse verschiedener Autoren bleibt die Schilderung aber im Faktischen und umgeht die Falle, hier etwas zu beschönigen oder idealistisch zu überhöhen. Im Betrachten der Texte wird die im Wahn mitvollzogene Lösung von einem lebbareren Leben in der Weltbegegnung in eine Sphäre der Sinndeutungen augenfällig, die aber für den Betroffenen Schlüsselcharakter haben und in der Auseinandersetzung mit dem Erlebten Wegweiser für Lösungsansätze bieten kann. Hier wird die Wertstrebigkeit des subjektiven Erlebens erfahrbar, die Respekt abverlangt vor dem uns Unverständlichen. "Das subjektive Erleben während einer Psychose ist bedeutungsvoll, weil es uns etwas Wichtiges über uns mitteilt. Wir sollten diese fremdartigen Blüten unseres Geistes wie Geschenke behandeln, die wir mit uns herumtragen und mit denen wir arbeiten können." (S. 127)

Doch es gibt auch die andere Seite: die Angst, das Erleiden des psychotischen Geschehens, das Ausgeliefertsein an peinigende, unerträgliche Prozesse und die Wohltat, hier mit Psychopharmaka einen Schnitt setzen zu können.

Eindringlich entsteht vor dem Leser ein Bild: Auch im Wahn kämpft der Mensch um die Würde seines Lebens und mehr noch um die Würde seiner Person. "Wo es um Erfahrungen mit dem Wahnsinn geht, ist eine Kommunikationskultur gefragt, die sich auf geradezu altmodische Tugenden besinnt: Respekt, Aufmerksamkeit, Wahrhaftigkeit...

...Auf diesem schwierigen Weg ist eine Überzeugung entstanden: Wir, die wir nicht dazu gezwungen sind, dem Wahnsinn ins Gesicht zu sehen, brauchen den Dialog mit denjenigen, die ihn erfahren haben, am dringendsten. Es gibt dafür noch keinen Ort, keine Zeit, keine Form. Aber eine Notwendigkeit." (S. 26)

Insgesamt liegt hier ein Band vor, der Einblick gibt in Welten, die sonst selten so eloquent und offen zugänglich sind. Und er löst das Versprechen des Titels - Sinn und Wahn, Berichte aus dem Hinterland der Augen - in angenehm unpretentiöser Weise ein.

Dr. Silvia Längle

Ausbildungssplitter

Die Ausbildungsgruppe für existenzanalytische Beratung und Logotherapie „WIEN 11c“ hat im Herbst 1996 den theoretischen Teil der Ausbildung abgeschlossen.

Wir sind eine sehr ernste Gruppe gewesen.

Ich möchte dies an einigen Beispielen von gehaltvollen Wortspenden quer durch alle Grundmotivationen aufzeigen und uns damit gleichzeitig vorstellen.

Immer ist Veränderung möglich...

Teilnehmer: „Es ist nie zu spät für eine glückliche Kindheit“.

Genug Material für eine anständige Biographie...

Teilnehmer: „Ich bin schon aus dem Alter heraus, wo ich hätte jung sterben können“.

Umgang mit traumatisierenden Erlebnissen...

Teilnehmer: „Das ist mein Lieblingstrauma“.

Wenn „blindes“ Vertrauen nicht enttäuscht wird...

Ausbildner: „Es ist manchmal ganz praktisch, wenn man Glück hat“.

Klarheit in Beziehungen...

Teilnehmer: „Besser eine Beziehung ist zweiseitig, als einer ist schneidig und der andere abgestumpft“.

Zuständigkeit Berater/Therapeut...

Teilnehmer: „Aha, so ist das: Wenn es um Sinn geht bin ich als Berater gefragt, für den Unsinn ist der Therapeut zuständig“.

Gefühlsmäßige Abgrenzung im Beratungsgespräch...

Ausbildner: „Wenn der Berater mehr zu weinen beginnt als der Klient, wird es dramatisch“.

Existentielles Vakuum...

Teilnehmer: „Wenn ich meine Neurose nicht mehr habe, was bleibt dann noch übrig von mir“?

Wert von Auseinandersetzungen...

Ausb. zum Ausbildungner: „Es hat kaum Konflikte gegeben, daher haben wir uns auch nicht gut gekannt“.

Es ist mir klar, daß vorgenannte Aussagen wahrscheinlich einer streng wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhalten können, hoffe aber auf eine gnädige Milde aller Leser.

Vor allem die Ausbildungsleitung möge sich mit unserem herzlichen Dank für Ihre Mühe, Einsatz und Verständnis trösten.

Es ist so. Mehr war nicht drinnen...

Existentielles Geheimnis...

Teilnehmer: „Das, was ich verstecke, ist das Beste an mir“.

Konfliktverarbeitung ...

Teilnehmer: „Ich bin ausgepanikt“.

Unerfüllte Zeit...

Teilnehmer: „Ich bin seinsfaul“.

Meines lebt nicht...

Teilnehmer: „Nur weil das Leben den Bach hinuntergeht, heißt das noch lange nicht, daß die Dinge in Fluß sind“.

Beziehung zu den Eltern...

Teilnehmer: „Im Umgang mit den Eltern also vertrauensbildende Maßnahmen setzen“?

Teilnehmer: „Das klingt ja wie bei einer Abrüstungskonferenz“.

Sinn...

Teilnehmer: „Der Logotherapeut ist ein noetischer Anlagenberater“.

Rückblick auf zwei Jahre Ausbildung...

Teilnehmer: „Es ist so schwer: verstehen tut man im nachhinein, aber leben muß man es nach vorne“.

Teilnehmer: „Ich war ein existentieller Analphabet, ich konnte nichts anderes als weinen“.

Vor der Prüfung bedeutungsschwer und überstrebend...

Teilnehmer: „Das Sein befreit das Wollen vom Sollen“.

Konrad Wutscher

DIE ETWAS ANDERE SICHT

*Da das Sekretariat der GLE durch die zahlreichen Anrufe von Patienten zeitweise lahmgelegt ist (was zu erheblichen Verspätungen im Erscheinen von Zeitschrift und Tagungsberichten führte, wie allgemein bekannt), und die Patienten obendrein noch lange auf die richtige diagnosenspezifische Behandlung warten mußten (vgl. Artikel von Simhandl in diesem Heft), richtet die GLE nun ein **DIREKTWAHLSERVICE** ein. Damit wird eine Errungenschaft übernommen, deren Autor uns zwar unbekannt ist, die aber auch im AKH in Wien auf der Psychiatrie angeblich installiert worden sei.*

Patienten, aber auch Therapeuten und NormalbürgerInnen können sich ab dem 11. Februar 1997 (das Datum kollidiert zufällig mit dem Faschingsdienstag, was sich aber nicht ändern ließ, dafür umso leichter gemerkt werden kann) der Psychiatrischen Hotline rund um die Uhr bedienen.

PSYCHIATRIC HOTLINE

Hello, and Welcome to the Psychiatric Hotline.

If you are obsessive-compulsive, please press 1 repeatedly.

If you are co-dependent, please ask someone to press 2.

If you have multiple personalities, please press 3,4,5 and 6.

If you are schizophrenic, listen carefully and a little voice will tell you which number to press.

If you are manic-depressive, it doesn't matter which number you press. No one will answer.

If you are paranoid, we know who you are and what you want. Just stay on the line so we can trace the call.

Diplomlehrgang der Vorarlberger Ärztekammer für Psychotherapeutische Medizin (PSY III)

Veranstalter: Die Ärztekammer für Vorarlberg veranstaltet gemeinsam mit dem Zentrum für Wissenschaft und Weiterbildung „Schloß Hofen“ speziell für Salzburg, Tirol und Vorarlberg einen Lehrgang für psychotherapeutische Medizin.

Angebotene Fachrichtungen:

Existenzanalyse

Systemische Familientherapie

Zielgruppe: *Ärzte* in Ausbildung, Praktische Ärzte und Fachärzte in Klinik und freier Praxis; *Klinische Psychologen; Gasthörer* der Medizin, die noch spezielle Kompetenzen erwerben wollen, ohne eine vollständige Ausbildung (mit Supervision und kompletter Selbsterfahrung) anzustreben.

Insbesondere eignet sich dieser postgraduelle Studiengang auch für Fachärzte der Psychiatrie, die Einblicke in (noch andere) Methoden und Verstehensweisen des Menschen erhalten wollen.

Dauer: 6 Semester

Ort: Schloß Hofen, Hoferstr. 26, A - 6911 Lochau

Beginn:

17. - 22. März 1997	Basale Theorie (gemeinsames Angebot für alle Teilnehmer im Bildungsverbund Westösterreich für PSY III)
18. April 1997	Informationsnachmittag der Systemischen Familientherapie
06. Mai 1997	Informationsnachmittag der Existenzanalyse
29. Mai 1997	Beginn der facheinschlägigen Ausbildung in Existenzanalyse
04. Juni 1997	Beginn der facheinschlägigen Ausbildung in System. Familientherapie

Lehrgangsleitung und Ansprechpartner:

Existenzanalyse: Dr.med.Dr.phil. Alfried Längle, Wien

Systemische Familientherapie: Univ.-Doz. Dr. med. Burkart Mangold, Innsbruck

Information, Unterlagen und Anmeldung:

Weiterbildungszentrum „Schloß Hofen“

z.H. Elmar Fleisch

Erika Allgaier (Sekretariat)

A - 6911 Lochau/Vbg.

Tel.: 05574 - 4930-114

Fax: 05574 - 4930-32

Vorstandswahlen im April 97

Bei der ordentlichen Mitgliederversammlung der GLE am Samstag, den 19. April 1997 in Steyr findet wiederum die Wahl des Vorstandes statt.

Ordentliche Mitglieder der GLE, die bereit wären, ein Amt im Vorstand zu übernehmen bitten wir, dies bis 15. März schriftlich der GLE mitzuteilen.

BRIEFWAHL

Ordentliche Mitglieder der GLE, die verhindert sind, an der Jahrestagung der Gesellschaft teilzunehmen, sind eingeladen, von ihrem Wahlrecht für die Neuwahl des Vorstandes mittels einer Briefwahl Gebrauch zu machen.

Fordern Sie, falls Sie nicht nach Steyr kommen können, die Unterlagen zur Briefwahl bei der GLE an: Ed. Sueßgasse 10, A-1150 Wien, Tel.: 01-985 95 66 vormittags.

Anrechnungsverfahren von Ausbildungsteilen

Alle Fragen zur Anrechnung von Ausbildungs- und Fortbildungsteilen sowohl beim Einstieg in die Beratungs-/Therapieausbildung als auch beim Umstieg von Beratungs- auf Therapieausbildung sind vom betreffenden Kandidaten **schriftlich** an die Ausbildungsleitung der GLE zu richten.

Die Anrechnungsverfahren werden individuell behandelt und gründen auf einem Teambeschluß. Das Ergebnis wird dem Kandidaten schriftlich mitgeteilt.

Die Ausbildungsleitung

Zum Seminar von Rolf Kühn

Sprache und Pathos. Phänomenologie der Sprache und Affektwirklichkeit in Philosophie, Literatur, Malerei und Musik

Seminar im SS 97 an der Uni Wien mit Univ.-Doz. Dr. Rolf Kühn. Weitere Informationen finden sich im Terminkalender.

Als reines Forschungsseminar gedacht sollen von den Teilnehmern eigenständige Untersuchungen zur Sprachwirklichkeit vorgelegt werden, die den bisherigen Primat der Sprache als bloßes Zeichen-, Repräsentations- oder Bedeutungssystem anfragen. Um diesseits davon einen möglicherweise ursprünglicheren Manifestationsort des Sprechen- wie Ausdruckskönnens auszumachen, sind auch Beiträge (u.a. ausländischer Gäste) zur Theorie und Praxis von Poesie/Literatur, Malerei, Musik und Theater zu-

gesagt. Ein Sammelband als Publikation der Seminarergebnisse ist geplant. Eine genaue Liste der bisher schon abgesprochenen Referatsarbeitstitel kann telefonisch bei R. Kühn, D-074641/77280 angefordert bzw. weitere Beiträge können vereinbart werden.

Abschlußarbeiten in Logotherapie und Existenzanalyse

VAN DER LINDEN G. Arbeit und die Auswirkung auf unser gesellschaftliches Verhältnis.

POSSEL C. Ich habe keine Lust. Auf der Suche nach der Person. Welche Möglichkeiten zur Lebens- und Erziehungshilfe bietet die logotherapeutische Existenzanalyse für Hauptschüler?

ZEYSE H. Sinnfindung angesichts plötzlich veränderter Lebensumstände unter spezieller Berücksichtigung des Selbstdistanzierungs-Prozesses und der daraus erwachsenden Selbsttranszendenz.

Neu in unserer Bibliothek

HUF A. Psychotherapeutische Wirkfaktoren. Weinheim: Psychologie Verlags Union

JÜTTERMANN-LEMBKE A., KERN J. Abhängigkeitskarrieren. Biographische Studien zu verschiedenen Alkoholikergruppen. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 1987

JÜTTERMANN G. (Hrsg.) Komparative Kasuistik. Heidelberg: Roland Asanger Verlag 1990

PFEIFER S. (Hrsg.) Seelsorge und Psychotherapie - Chancen und Grenzen der Integration. Moers: Brendow, 1991

SONNECK G. (Hrsg.) Krisenintervention und Suizidverhütung. Ein Leitfaden für den Umgang mit Menschen in Krisen. Wien: Facultas Universitätsverlag. 3. erw. Aufl., 1995

SUESS H.-M. Evaluation von Alkoholismustherapie. Bern: Hans Huber Verlag

TSCHEULIN D. Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention. Hogrefe

TSCHUSCHKE V., CZOGALIK D. (Hrsg.) Psychotherapie - Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse. Berlin: Springer Verlag

Publikationen

LÄNGLE A. Kritik, Bedeutung und Stellenwert der Selbsterfahrung in Logotherapie und Existenzanalyse. In: Psychotherapie Forum 4, 4, 1996, 194-202

Fortsetzung Publikationen

TIEFENTHALER M. Angst vor dem plötzlichen Kindstod.
In: SIDS, Ausg. 2, 1996, 54-55

Praxiseröffnungen

SCHWEIZ Seit Januar 1997 arbeitet Beda Wicki als Existenzanalytiker und Logotherapeut in einer Praxisgemeinschaft in der Tödistraße 23 in Zürich.

Neue Mitglieder

Frau Prof. Margitta BUKOVSKI, Scheffau (A)
Frau Friedchen DONNER-DIERMANN, Berlin (D)
Frau Margit GOLLINGER, Langenzersdorf (A)
Frau Sigrid HAPP, Hamburg (D)
Frau Clementine HAUPT-MERTENS, Garching (D)
Frau Mag. Martina KAINZ, Zwettl (A)
Frau Dr. Ines SCHULZKE, Berlin (D)
Frau Annelies STROLZ, Wien (A)
Frau Undine ZEUNERT, Scharnebeck (D)
Herr Armin BESLER, Langenhagen (D)
Herr Bernward FUNKE, Borna (D)
Herr Frank MENTZEL, München (D)
Herr Hartmut W.G. SPAETH, Blomberg/Lippe (D)
Herr Markus WIRTENBERGER, Absam (A)
Herr Manfred ZMY, Ronnenberg (D)

Ausgetretene Mitglieder:

Frau Simone APLING, Berlin (D)
Frau Prof. Dr. Ingrid BERGMANN, Berlin (D)
Frau Regina BERLAKOVICH, Wien (A)
Frau Hedwig HORNDACHER, Göppingen (D)
Frau Margarete PREUSS, Düsseldorf (D)
Frau Ilse SCHMIDT, München (D)
Frau Dr. Beate SCHÜLLER, Berlin (D)
Herr Werner KAPFERER, Telfs (A)

Neue Ausbildungsgruppen

WIEN - EXISTENZANALYTISCHES FACH-SPEZIFIKUM

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

MÜNCHEN - LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ-ANALYTISCHE BERATUNG

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

SCHWEIZ - LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ-ANALYTISCHE BERATUNG

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

HANNOVER - LOGOTHERAPIE UND EXISTENZ-ANALYTISCHE BERATUNG

Leitung: Christoph Kolbe, A. Böttcher-Poetsch
Beginn: Mai 1998
Informationstag: 20.11.1997, 16.00-19.00 Uhr
Information: Norddeutsches Institut für Existenzanalyse Borchersstr. 21
D-30559 Hannover, Tel.: 0511/5179000

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 Sozialwirtschaft GmbH., Berlin
Konto Nr.: 902-127810, Stadtparkasse München
Schweiz: Konto Nr. 80-5522-5, Schweiz. Kreditanstalt, 6301 Zug
Finnland: Konto Nr.: 500001-524312, OKO-Bank, Helka Makkonen, Logotherapian GLE-keräily
Andere Länder: Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung