EXISTENZANALYSE

GLE
INTERNATIONAL

GESELLSCHAFT FÜR LOGOTHERAPIE
UND EXISTENZANALYSE – WIEN

LEBEN IM ALTER

Verständnis
Umgang
Behandlung

Nr. 1 / 2015
32. Jahrgang

ISSN 1024-7033
ISSN 2409-7306 (Online-Version)

Eduard Sueßgasse 10
A-1150 Wien
Tel./Fax: (0043-1) 985 95 66
E-Mail: gle@existenzanalyse.org

Impressum 70

ORIGINALARBEIT

Existentielle Verhandlungspraxis – Die Grundmotivationen als Struktur für den Verhandlunsprozess (Elena Ambarnova) 4

Burnout-Prävention für Eltern – Ein existenzanalytischer Ansatz anhand empirischer Ergebnisse (Irina Efimova) 13

ZUR DISKUSSION

Jeder Mensch braucht einen anderen – Personale Deprivation und die Folgen für die Entwicklung der Persönlichkeit (1. Teil) (Alexander Barannikov) 21

ZUM THEMA

Was bringt das Alter? – Leiden und Reifen als existentielle Herausforderung (Alfried Längle) 29

Von der Kunst, erwachsen zu sein – Impulse für die Persönlichkeitsreifung (Christoph Kolbe) 33

Endlich leben – Vom Zauber des Anfangens und der Kunst des Lassens (Anton Nindl) 39

Gutes bewirken – Ein gerontopsychiatrisches Pflege- und Betreuungskonzept (Helmut Dorra) 44

AUS DER PRAXIS

Die Behandlung älterer Menschen: ein Erfahrungsbericht (Erika Luginbühl) 48

Was ist schön am Alter? (Eva Liesmann) 54

Die Tagesstrukturierende Morgengruppe – Vorstellung und existenzanalytische Fundierung eines innovativen sozialpsychiatrischen Gruppenkonzeptes (C. Tobias Jahn) 57

Ressourcenorientiertes Arbeiten mit an Demenz erkrankten PatientInnen und ihren Angehörigen (Eva Richter) 61

Existenzanalyse in Pensionisten- und Pflegeheimen – Was die Existenzanalyse dem Pflegepersonal und den Bewohnerinnen und Bewohnern in Alters- und Pflegeheimen bieten kann (László Kovács) 66

Besonderheiten logotherapeutischer Begleitung und existenzanalytischer Beratung von BewohnerInnen im Altenheim (Silvia Teuwsen) 71

LETTERS TO THE EDITOR

Spiritualität in der Psychotherapie – Zu einer neuen österreichischen Richtlinie (Michael Utsch) 74

Gestalttherapie und Existenzanalyse – Eine Antwort auf Frau Bünemann (Helga Grubitzsch) 76

BUCHBESPRECHUNGEN UND PUBLIKATIONEN

Buchbesprechung 78

Publikationshinweis 78

Abschluss-/Master- u. Diplomarbeiten 79

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT

Karel BALCAR
Prag (CZ)

Emmanuel J. BAUER
Salzburg (A)

Renate BUKOVSKI
Salzburg (A)

Herbert CSEF
Würzburg (D)

Reinhard HALLER
Feldkirch (A)

Brigitte HEITGER
Bern (CH)

Derrick KLAASSEN
Vancouver (CA)

Christoph KOLBE
Hannover (D)

George KOVACS
Miami (USA)

Jürgen KRIZ
Osnabrück (D)

Janelle KWEE
Vancouver (CA)

Anton-Rupert LAIREITER
Salzburg (A)

Alfried LÄNGLE
Wien (A)

Mihaela LAUNEANU
Vancouver (CA)

Karin MATUSZAK-LUSS
Wien (A)

Fernando LLERAS
Wien (A)

Corneliu MIRCEA
Temesvar (RO)

Anton NINDL
Salzburg (A)

Christian PROBST
Graz (A)

Heinz ROTHBUCHER
Salzburg (A)

Christian SIMHANDL
Wien (A)

Christian SPAEMANN
Braunau (A)

Michael TITZE
Tuttlingen (D)

Gabriel TRAVERSO
Santiago de Chile (CHL)

Liselotte TUTSCH
Wien (A)

Helmuth VETTER
Wien (A)

Beda WICKI
Unterägeri (CH)

Wasiliki WINKLHOFER
München (D)

Elisabeth WURST
Wien (A)

Gelistet in PSYNDEX Universität Trier

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Dieses Heft befasst sich im Rahmen der GLE erstmals mit dem Thema, wie Alter existentiell zu verstehen ist und wie eine entsprechende Haltung zum Alter und mit dem Älterwerden entwickelt werden kann. Das sind Themen, die uns alle früher oder später betreffen oder mit denen wir bereits befasst sind – und sind Themen, die manche unserer Klientinnen und Patienten jetzt schon betreffen.

Mit dem Älterwerden kommt die Frage nach seiner existentielle Bedeutung auf. Was heißt Altern? Was sind seine speziellen Schwierigkeiten und Herausforderungen? Welche Ressourcen sind darin enthalten und können mobilisiert werden? Um diese Themen geht es in diesem Heft. Naheliegende Themen wie die Behandlung von schweren Pflegefällen und die chronischen Krankheiten sind schon früher in unseren Heften behandelt worden, zuletzt im Heft 1/2014.

Einführend gibt es drei theoretische, z.T. auch literarisch gehaltene Arbeiten, die das Thema des Alters in den Blick zu bekommen versuchen. Zwei Arbeiten nehmen als Befragung bzw. Datenerhebung empirischen Bezug auf die Phänomene des Alters. Dorra beschreibt das von ihm entwickelte, existenzanalytische Weiterbildungsprogramm der verstehenden Pflege und Betreuung. In einigen Arbeiten wird aus der Erfahrung existenzanalytischen Arbeitens mit alten Menschen und von der Integration von Impulsen aus der Existenzanalyse zum Training in der Altenpflege und Betreuung berichtet.

Unabhängig vom Themenschwerpunkt finden Sie in diesem Heft auch noch drei Arbeiten aus Moskau von unseren russischen KollegInnen. Ambarnova stellt eine Form vor, wie auf existenzanalytischer Basis Verhandlungen und Moderationen geführt werden können. Efimova hat eine empirische Arbeit zum Burnout bei Eltern gemacht und darauf aufbauend spezielle Behandlungsschritte entwickelt. Barranikov stellt erstmals auf Deutsch seine Arbeit und Erfahrung mit dem Deprivationsphänomen zur Diskussion.

Nun wünschen wir ihnen viel Freude am Lesen dieser Ausgabe!

Silvia Längle
im Namen des Redaktionsteams

INFOS ZUR GLE-INTERNATIONAL

Die GLE-Int. ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart.

Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz, der Schweizer Charta, der Berner Gesundheitsdirektion, der tschechischen und rumänischen Gesundheitsbehörden als Ausbildungsinstitution zur Psychotherapie anerkannt.

HINWEISE

KONGRESSE GLE-INT.

Freiburg i. Br.
GRENZE
Ende und Wende
Behandlung und Begleitung von Grenzerfahrungen im Dasein
6.–8.5.2016
Anmeldung und Programm:
www.existenzanalyse.org

Wien (Vorschau)
SCHMERZ-HAFT
Verständnis und Behandlung der Borderlinestörung
30.4.–1.5.2017

TAGUNGEN VON D, CH

Hannover, 19.9.2015
ANGEFRAGT
Bedingungen existenzieller Kommunikation
www.gle-d.de

Bern, 21.11.2015
WERKSTATT DER GES
Grenzen der Belastbarkeit. Was geht wenn nichts mehr geht?
www.existenzanalyse.ch

AUSBILDUNG

- **PSYCHOTHERAPIE**
- **BERATUNG**

WEITERBILDUNGEN

- **Teamsupervision, Coaching; Fallsupervision**
- **Traumatherapie**
- **Persönlichkeitsstörungen**
- **Authentisch lehren**
- **Säuglings-, Kinder- u. Jugend-Psychotherapie**
- **Paartherapie**
- **Psychosomatik**

weitere Infos unter
www.existenzanalyse.at
www.gle-d.de
www.existenzanalyse.ch

VORSCHAU
auf die nächsten Ausgaben

Heft 2/2015
Kongressbericht
SUCHT
Wege aus dem Verfallen-Sein
Erscheint im Dezember 2015

Heft 1/2016
Themenheft
PSYCHODYNAMIK
Erscheint im Juli 2016

gle@existenzanalyse.org
www.existenzanalyse.org
www.existenzanalyse.net

EXISTENTIELLE VERHANDLUNGSPRAXIS

Die Grundmotivationen als Struktur für den Verhandlunsprozess[1]

Elena Ambarnova

Eingangs werden die im Artikeltitel benutzten Grundbegriffe kurz dargelegt. Weiters wird eine allgemeine Charakteristik der inneren Zustimmung in der Verhandlung beschrieben. Die Verhandlungsphasen werden durch das Prisma der Methode der Suche nach der inneren Zustimmung betrachtet. Es sind auch die Methoden der Existenzanalyse aufgeführt, die bei der Verhandlungsvorbereitung und –durchführung angewendet werden können. Es werden die erforderlichen Bedingungen für das Finden der inneren Zustimmung, u.a. in den Organisationssystemen, vorgestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Existenzanalyse, existentielle Grundmotivationen, innere Zustimmung, Verhandlung, juristische Praxis

EXISTENTIAL NEGOTIATION PRACTICES
Fundamental motivations as structure for the process of negotiation

At the beginning the basic concepts used in the title of the article are explained. The general characteristics of inner approval during negotiation are further described. The stages of negotiation are then viewed through the prism of the search method for inner approval. Additionally, applicable methods of Existential Analysis during negotiation preparation and implementation are presented. Required conditions for finding inner approval, such as in organizational systems, are presented.

KEYWORDS: Existential Analysis, existential fundamental motivations, inner approval, negotiation, legal practice

In den Arbeiten, die sich mit dem Thema Verhandlungen befassen, bleibt oft eine sehr relevante Frage unbeachtet – die innere Zustimmung des Verhandlungsbeteiligten. Neben der Betrachtung von Techniken, Verfahren und Methoden findet der Beteiligte mit seiner Persönlichkeit, mit seinen Möglichkeiten und Begrenzungen im Verhandlungsprozess, mit seinen Werten, Gefühlen und Emotionen, mit seinem Gespür für das Richtige in der konkreten Situation und mit seiner Sinnsuche wenig Beachtung.

Zugleich hat die Beratungspraxis für Verwaltungskräfte Bedarf an dieser Sicht auf die Verhandlungen, welche den Verhandlungsprozess nicht nur mit dem Ziel, den Aufgaben und dem erwünschten Ergebnis der Verhandlung, sondern auch mit qualitativen Aspekten der Verhandlung in Zusammenhang bringen könnte, etwa der inneren persönlichen Stellungnahme des Verhandlungsbeteiligten zur Situation und zum eigenen Handeln oder mit dem subjektiven „Preis" der Verhandlung für ihre Teilnehmer. In diesem Sinne kann der Versuch, den Verhandlungsprozess aus der Sicht der Existenzanalyse zu betrachten, von Interesse sein. Im Betrachtungsfokus dieses Artikels steht der Prozess des Findens der inneren Zustimmung in jeder Verhandlungsphase.

Im Rahmen dieses Artikels wird die Verhandlung im weitesten Sinne gemeint. Das kann sowohl eine Geschäftsverhandlung, als auch die Verhandlungen der Parteien bzw. ihrer Rechtsanwälte im vorgerichtlichen Verfahren, als auch die Verhandlungen zwischen Privatpersonen sein und zu einer reichen Palette an Fragen führen.

Für Berater und Psychotherapeuten kann die Behandlung des Verhandlungsprozesses aus der existenzanalytischen Sicht aus dem folgenden Grund von Interesse sein: Die Analyse von ein paar Beispielen dafür, wie die Kommunikation des Kunden oder des Patienten im Verhandlungsprozess mit der anderen Verhandlungspartei aufgebaut wurde, kann helfen, seine Defizite in den Grundmotivationen festzustellen.

Beispiel

Der Kunde A. war überzeugt, dass er sein Bestes tut, um eine Vereinbarung mit seiner Ex-Frau zu den Fragen einer gemeinsamen Erziehung ihres Sohnes zu erzielen. Dabei stellte es sich im Laufe der Analyse, wie seine Verhandlungen mit seiner ehemaligen Frau, K., aufgebaut waren, heraus, dass er jedes Mal, wenn K. ihm davon erzählte, was ihr Kind alles bräuchte (für die Schule, den Sportzirkel o.ä.), dies ausschließlich als ihre Ansprüche an ihn, aufgrund seiner Unzulänglichkeit als Vater, empfunden hatte. Als A. erkannte, dass die Informationen über die Bedürfnisse des Kindes an sich keine kritische Einschätzung seiner Person enthielten, begann er, K. aufmerksamer zuzuhören und aktiver an der Erziehung seines Kindes mitzumachen.

Beispiel

Kundin S., Inhaberin und Generaldirektorin des Kleinunternehmens N., konnte sich nicht entschließen, auf Verhandlungen mit dem Vertriebsdirektor des Unternehmens K. (das der Hauptlieferant des Unternehmens N. war) einzugehen. S. erhielt vom Vertriebsdirektor des Unternehmens K. das Schreiben über die demnächst fällige Erhöhung von Abgabepreisen und wandte sich an einen Berater, denn sie erkannte, dass das Schicksal ihres Unternehmens davon abhängt, ob sie diese Verhandlungen führen könnte. Im Laufe der Analyse, wie derartige Verhandlungen früher aufgebaut

[1] Dieser Artikel stellt eine ausführliche Version des Vortrages „Verhandlungen mit innerer Zustimmung: Versuch, den Verhandlungsprozess aus der Sicht der Existenzanalyse zu betrachten" dar, den die Autorin in der Internationalen wissenschaftspraktischen Konferenz „Existentielle Geburt: von der Passivität zum Willen zum Leben" in Moskau, 2013 gehalten hat.

worden waren, stellte sich heraus, dass S. diese schon auf der Vorbereitungsetappe „verloren hatte“, weil sie ihren Halt, ihren Schutz nicht gefühlt hatte, sowie keine weiteren Möglichkeiten erkannt hatte. Solch eine Analyse half S. des Weiteren, ihre Verhandlungsposition zu verstärken und eine gewünschte Vereinbarung zu erzielen.

Das sind nur wenige Beispiele dafür, wie die Betrachtung der Verhandlungsetappen aus existenzanalytischer Sicht für Berater und Psychotherapeuten von Nutzen sein könnte.

1. GRUNDBEGRIFFE: EXISTENZANALYSE, INNERE ZUSTIMMUNG, VERHANDLUNGEN

In den Lehrunterlagen der GLE International[2], ist die **Existenzanalyse** definiert als „eine phänomenologisch-personale Psychotherapie mit dem Ziel, der Person[3] zu einem (geistig und emotional) freien Erleben, zu authentischen Stellungnahmen und zu eigenverantwortlichem Umgang mit sich selbst und ihrer Welt zu verhelfen“.

Die innere Zustimmung ist einer der Brennpunkte der Existenzanalyse und wird als Ausbleiben von Konflikten im Bereich „Können“, „Mögen“, „Dürfen“ („Richtigkeit“), „Wollen“ und „Sollen“ (u.a. etwas sinnvoll finden) gesehen. Die innere Zustimmung ist das innere „Ja“, das auf dem Boden der vier Grundmotivationen (GM)[4] entstehen kann:

1. GM – Schutz, Raum, Halt; Realität, Tatsachen, Regelmäßigkeiten;
2. GM – Beziehungen, Zeit, Nähe: Leben von „Mögen“, gut leben, Werte;
3. GM – Beachtung, Gerechtigkeit, Wertschätzung; Recht, Grenzen haben, Person-Sein, Persönlichkeit, Wesen, Gewissen, Richtigkeit von etwas für mich und andere;
4. GM – Tätigkeitsfeld, größerer Kontext, Wert in der Zukunft; gefühlsmäßig gespürter Sinn, Eingebettet-Sein in einen größeren Kontext.

Unter **Verhandlung** wird in diesem Artikel jeder zivilisierte Versuch einer Klärung, Lösung bzw. Vorbeugung von Konflikten bzw. konfliktträchtigen Situationen, der mindestens von zwei Parteien gemacht wird, verstanden. Der Begriff Verhandlung ist dem Begriff Dialog nahe, einem zentralen Begriff in der Existenzanalyse, der erklärt, wie ein Mensch mit sich selbst und mit sich und der Welt in einen Austausch kommt.

Zugleich ist der wesentliche Unterschied zwischen dem Begriff „Dialog“ und „Verhandlung“ das Vorhandensein eines praktischen Zieles. Der Begriff „Dialog“, sowie der Begriff „Gespräch“, „Umgang“, „Kommunikation“, ist weiter als der Begriff „Verhandlung“. Nicht jeder Dialog wird zur Verhandlung (z.B. ist die gegenseitige Liebeserklärung keine Verhandlung), aber jede Verhandlung ist nur möglich, wenn sich die Parteien in die Kommunikation einbringen, miteinander kommunizieren. Im Dialog ist die Ungewissheit fakultativ, aber in der Verhandlung ist sie immer da.

2. ALLGEMEINE CHARAKTERISTIK DER INNEREN ZUSTIMMUNG IN DER VERHANDLUNG

Die Natur der Verhandlung selbst als Phänomen schließt in sich alle vier Bestandteile der inneren Zustimmung ein.

1. Bezugnahme zum Dasein

Die Verhandlung wird, bezogen auf die schon vorhandene oder potenziell mögliche Realität, durchgeführt. Wir verhandeln nicht über Sachverhalte, die nicht in der Wirklichkeit verwurzelt sind. Zum Beispiel kann sich jeder von uns eine Verhandlung im Verkauf leicht vorstellen, aber die Idee einer Verhandlung über etwas Ephemeres, wie etwa „ob man eine Anzahl von Schritten, die durch zwei teilbar ist oder nicht, täglich machen soll“ kommt uns eher absurd vor.

In Verhandlungen ist der Aspekt des Schutzes inbegriffen. Sie schützen uns vor Missverständnissen, Feindschaft. Man braucht sich nur an die Beispiele aus der Geschichte zu erinnern, wo das Hissen der weißen Fahne tausende Leben gerettet hat, weil damit symbolisch die Bitte um Verhandlungen ausgesprochen wird.

Die Verhandlungen beziehen sich auf den Raum in seinen unterschiedlichen Erscheinungsformen (physischer Raum, zeitlicher Raum, Raum von Ereignissen, Raum von Einflusseinteilungsbereichen u.a.m.). In Verhandlungen geht es immer darum, einen Raum abzustecken, Reviere zu markieren, Lebensräume gegeneinander abzugrenzen, und zwar manchmal im wirklich physischen Sinne (wenn es z.B. um Land geht oder um Wohnungen), aber auch im übertragenen Sinne wie bei Zeiträumen (Arbeitszeiten …), Einflussräume (in der Hierarchie eines Unternehmens z.B.) usw.

Verhandlungen kommen nicht aus dem Nichts und es geht nicht um nichts, sondern verhandelt wird immer aufgrund von etwas, das da ist und Realität darstellt. D.h., die Verhandlungsparteien sollen subjektiv ausreichende und realistische Begründungen haben (und nicht nur aus psychologischen Bedürfnissen oder Phantasien antreten), wenn sie eine Verhandlungspositionen einnehmen.

2. Bezugnahme zu Werten, Beziehungen, Zeit

Die Verhandlungen haben immer mit etwas zu tun, das

[2] GLE – International (Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, Wien)

[3] Person ist der Begriff der Existenzanalyse und Logotherapie zur Bezeichnung der geistigen Dimension des Menschen.

[4] Vier Grundmotivationen sind vier „Grundbedingungen erfüllender Existenz“, die sich auf die Auseinandersetzung mit der Welt, dem Leben, dem Person-Sein und dem erforderlichen aktiven Beitrag zur Zukunft und zum eigenen Werden beziehen. Wenn man diese allgemeine Bedingungen etwas konkreter betrachtet, kann gesagt werden, dass erfüllte Existenz ihren Grund hat:
1* in der *Akzeptanz* der Realität,
2* in der *Zuwendung* zu Beziehungen und Werten,
3* im *Respekt* der Individualität (der eigenen wie der anderen),
4* in der *Abstimmung* mit dem Sinn, mit dem, was werden soll.
(Zitiert nach A. Längle 2004b)

wertvoll ist bzw. zu etwas Wertvollem werden könnte. Die Verhandlungen setzen auch immer Beziehungen voraus, die auf mehreren Ebenen liegen: Beziehung der Verhandlungsparteien untereinander, Beziehung der Parteien zum Verhandlungsthema, zu Verhandlungszielen und -aufgaben, zu der anderen Partei im Verhandlungsprozess, zu sich selbst usw. Der Bedarf an einer Verhandlung kann als Notwendigkeit der Situationsklärung, der Beziehungsklärung, Erklärung eines Standpunktes, Klarlegen von etwas gespürt werden.

Die Verhandlung als Prozess entfaltet sich immer in der Zeit. Die Verhandlung ist Teil des Lebens, das fließt und geht, darin sind potenziell beide Gefühlspole, positiver und negativer, enthalten.

Die Verhandlungen stellen eine gewisse Dynamik in der Kommunikation, eine Bewegung von Gefühlen, Gedanken, Ideen, Einfällen, Empfindungen dar. Es ist der Prozess der Offenheit für den Dialog, u.a. für den inneren Dialog. Es ist die Bereitschaft dazu, dass sich meine Verhandlungsposition verändern kann, wenn ich mich in Resonanz mit dem Standpunkt der anderen Partei fühle. Verhandlungen verlangen Energie und Kräfteaufwand.

3. Bezugnahme zur Person

So wie es keine gleichen Menschen gibt, so gibt es auch keine zwei gleichen Verhandlungspartner. Jede der Verhandlungsparteien hat ihren Standpunkt, ihre Betrachtungsweise der Situation, ihr Gewissen, ihre persönliche Position. Die Verhandlungen führen sehr anschaulich vor, wie unterschiedlich wir sind, und zugleich, wie ressourcenfördernd das personenbezogene Verhalten, das die Beachtung (von mir und dem anderen), Gerechtigkeit (mir und dem anderen gegenüber) und Wertschätzung (Schätzung meines Wertes und des Wertes des anderen) enthält, sein könnte.

Neben den bestehenden Beziehungen setzt die Verhandlung die Akzeptanz der Andersheit der Verhandlungspartei und das Grenzenziehen, den Schutz seiner Verhandlungsposition voraus, es ist die Bereitschaft, sich der Position des Verhandlungspartners gegenüberzustellen, „gegenüberzustehen“, es ist das Gefühl der Stimmigkeit und der Notwendigkeit, sich zu zeigen, sich in die Situation einzubringen, sich auf die eine oder die andere Weise hervorzutun. Die Verhandlungen implizieren die Möglichkeit einer Begegnung.

4. Bezugnahme zum Sinn und Zusammenhang

Man lässt sich auf Verhandlungen immer wegen etwas ein, das sich entwickeln soll. Die Teilnahme an Verhandlungen setzt die Verwirklichung von Sinn voraus und ist in einen bestimmten Lebens- und Wertezusammenhang eingebettet. Die Verhandlungen finden zu einem bestimmten Zeitpunkt statt, ihr Verlauf und Inhalt widerspiegeln die Sichtweisen der Verhandlungsparteien, zugleich beziehen sie sich auf die Zukunft, sie gestalten diese teilweise mit, geben dieser eine Orientierung, eine Richtung.

Weitere Aspekte zur allgemeinen Charakteristik der inneren Zustimmung bei Verhandlungen, um diese, unabhängig vom Ergebnis, als „stimmig“ erleben zu können:

- Ich bringe mich in die Verhandlungssituation ein. D.h., ich bleibe in der Verhandlung ich selbst. Ich drücke mich in der Verhandlung aus. Dabei bin ich zum Risiko bereit, weil das Ich-Selbst-Sein im Allgemeinen und in den Verhandlungen im Speziellen mit einem Risiko verbunden sein kann. Die Reaktion der Außenwelt kann unterschiedlich sein. Dabei bleibt das, so wie ich die Frage und das Thema verstehe, für mich wertvoll und wichtig (3. GM).
- Indem ich etwas annehme, bin ich oft gezwungen, etwas anderes abzulehnen, d.h. meine innere Zustimmung ist zugleich Nein zu etwas anderem.
- Die Verhandlungen haben immer ein Ergebnis. Das Verhandlungsresultat enthält unvermeidlich die Elemente von Entscheidungen, die die Verhandlungsparteien getroffen haben. Gewöhnlich *erleben* wir die durchgeführten Verhandlungen als mehr oder weniger gelungen.
- Die innere Zustimmung in der Verhandlung darf man nicht dem garantierten Erfolg gleichstellen. Es kann ein Misserfolg, auch schmerzlich sein.
- Die innere Zustimmung bedeutet nicht, dass der Verhandlungsprozess automatisch leicht vor sich geht. Es kann kompliziert sein, kann zusätzlich Zeit für Bezugnahme auf sich selbst und andere, Kraft und innere Ressourcen beanspruchen. Wenn man sich nach der inneren Zustimmung richtet, verlangsamt sich der Verhandlungsprozess, weil man für die Gefühle und die Bezugnahme auf das eigene Gewissen Zeit braucht.
- Das Erreichen der inneren Zustimmung in der Verhandlung bedeutet nicht, dass man sicher ist und keine Angst hat. Angst, Zweifel, Aufregung können aufkommen. Und das ist normal. In einer bekannten Situation, wo alles sowieso klar und äußerst eindeutig ist, würden wir kaum Verhandlungen brauchen. Und jede unbekannte Situation hat einen Anteil der Ungewissheit.
- Die innere Zustimmung in der Verhandlung bedeutet keine einheitliche innere Zustimmung zum ganzen Verhandlungsprozess. Es ist keine Zustimmung zu allem. Es ist die innere Zustimmung auf jeder Etappe des Verhandlungsprozesses, in jedem seiner Bestandteile.
- Die Aufmerksamkeit für den Verhandlungsprozess ist nicht weniger wichtig, als das im Laufe der Verhandlung erzielte Ergebnis. Es kann z.B. bei einer andauernden Konzentration auf das Ergebnis zum Schaden des Prozesses zu einer Depression kommen. Bei Verhandlungen geht es einerseits um den Wunsch, sein Ziel zu erreichen, andererseits, um das „Lassen“-Können, um das Vertrauen auf die Lebensprozesse.

3. CHARAKTERISTIK DER VERHANDLUNGSPHASEN

Der Verhandlungsprozess kann im Lichte der Suche nach innerer Zustimmung in die nachfolgenden Phasen eingeteilt werden:

1. Vorbereitungsphase;
2. Phase der Kontaktaufnahme;
3. Phase der Orientierung und der Ermittlung von Bedürfnissen;
4. Phase der ursprünglichen Wahl und des Vorbringens der

jeweiligen Position;
5. Suche nach einer gemeinsamen Lösung, Durchsprache aller möglichen Varianten, u.a. die Arbeit mit Einwänden;
6. Abschluss der Verhandlung: Sackgasse oder Erzielung einer Vereinbarung.

1. Vorbereitungsphase

Die Vorbereitungsphase ist die Schlüsselphase jeder Verhandlung. Sie enthält das Sich-Einstellen auf die Verhandlung, Sammeln von Informationen, die für die Verhandlung erforderlich sind, Erarbeiten der Verhandlungsposition und Vorbereitung der Alternativvarianten.

Vor allem ist es im Rahmen der Vorbereitungsphase sinnvoll, die Frage nach der Möglichkeit und Zweckmäßigkeit der Verhandlungsführung über die eine oder die andere Frage zu beantworten. D.h., man muss zur inneren Zustimmung zur Notwendigkeit der Verhandlung selbst und zur Teilnahme des konkreten Verhandlungspartners daran kommen. *(Habe ich die innere Zustimmung dazu, mit der anderen Partei zu verhandeln?)* Andernfalls kann es nicht nur um Zeitverschwendung, sondern auch um einen eventuellen Schaden gehen, den eine demotivierte Verhandlungspartei gewollt oder ungewollt sich und der anderen Verhandlungspartei zufügen könnte.

Im Falle, wenn die Initiative zur Verhandlung bei der anderen Partei liegt, könnte es auch hilfreich sein, die eigene innere Zustimmung zu deren Teilnahme an der Verhandlung zu finden. Sollte dies aus irgendeinem Grund nicht gelingen, kann man die Bedingungen untersuchen, die einen selber als geplante Verhandlungspartei zur Teilnahme an dieser Verhandlung veranlassen könnten. So kann man die Partei, die die gemeinsame Besprechung der oder jener Frage angeregt hat, um die Beschreibung ihrer Position oder sonstige zusätzliche Informationen ersuchen und darum bitten, einen ansprechenden Verhandlungsort auszuwählen u.ä. Jede Verhandlungspartei ist für den eigenen Beitrag zur Verhandlungsvorbereitung sowie -führung verantwortlich.

In der Regel sind beide Parteien in der Verhandlungssituation so oder so aufeinander angewiesen. Sonst wären die Verhandlungen eben nicht erforderlich.

Für das Finden der inneren Zustimmung kann sich der Verhandlungspartner z.B. folgende Fragen stellen, die sich aus den Inhalten der GM ableiten lassen:

Zur 1. GM:

Habe ich genug Schutz, Raum und Halt für diese Verhandlung? Habe ich ein formales Recht, diese zu führen? Sehe ich die Realität, sind mir die Fakten bekannt, erkenne ich die Gesetzmäßigkeiten? Kann ich die Notwendigkeit dieser Verhandlung begründen? Kann ich an der Verhandlung physisch teilnehmen? Aufgrund wovon trete ich in die Verhandlung ein? Wer hat Bedarf an dieser Verhandlung? Was ist das Ziel der Verhandlung? Wer sind die Verhandlungsparteien? Haben die Verhandlungsparteien erforderliche Befugnisse? Worum geht es? Um die Lösung von betrieblichen Aufgaben, das Erreichen von persönlichen Zielen? Worauf stütze ich mich bei der geschäftlichen Verhandlung (Dienstbereich, Befugnisse, Grundsätze, Traditionen, Beziehungen, Kommunikation, Überzeugungen, Regeln, Preislisten, Aufgaben, Strategien, Pläne u.a.m.)?

Die Suche nach Halt zwecks Verstärkung des Verhandlungspotentials schließt die Suche nach anderen eventuellen Aufgabenlösungen (andere Lieferanten, andere Projekte, bisherige gute Beziehung zum Auftraggeber) ein. Haltgebendes im Verhandlungsprozess könnte die Akzeptanz der eigenen Begrenztheit sein, d.h. die faktische Akzeptanz dessen, was man kann und was nicht.

Zum Halt in den Verhandlungen können geschäftliche Bräuche, juristische Gründe, Rituale, Traditionen, allgemeinmenschliche Werte, der eigene Körper (Atem!), die Verhandlungssprache (Muttersprache, Fremdsprache, Fachsprache), der Wunsch, eine Vereinbarung zu erzielen und Verständnis für Konfliktlösungsstrategien werden. In der Verhandlung kann sowohl die Erfahrungen von anderen, als auch eigene kommunikative Vorerfahrung und Wissen um die Verhandlungsphasen haltgebend sein.

Im Rahmen der Vorbereitung zur Verhandlung werden Informationen über das andere Land, den Verhandlungsgegenstand gesammelt und Meinungen von Experten, Fachleuten aus diesem und anderen Gebieten eingeholt. Darauf kann man sich auch stützen. Außerdem kann es Schutz geben vor Unsicherheit. Dabei ist zu berücksichtigen, dass kein Halt und Schutz absolut sein können.

Es ist auch wichtig, für den sicheren und komfortablen Verhandlungsraum zu sorgen, dafür, dass man genug Zeit hat (anderenfalls ist eine Manipulation durch Zeitdruck möglich), dafür, dass diese Zeit «qualitativ» sein soll, d.h. dass die Verhandlungspartner nicht durch Telefonate u.ä. gestört werden sollen.

Zur 2. GM:

Für welche meiner Werte trete ich in dieser Verhandlung ein? Was ist für mich wertvoll oder was kann ich in meiner Beziehung zu der anderen Verhandlungspartei Wertvolles finden? Empfinde ich das, was ich mache, als wertvoll? Bin ich bereit, mir für diese Verhandlung Zeit zu nehmen? Was fühle ich spontan beim bloßen Gedanken an diese Verhandlung? Ist es eher Wärme oder Kälte? Lege ich nicht auf etwas zu viel Wert? Finde ich Gefallen an Verhandlungen als solchen? Kann ich im Verhandlungsprozess mein Mögen leben? Kann ich mich der Beziehung, die im Rahmen der Verhandlung entsteht, öffnen und dabei bei mir bleiben, mich nicht fallenlassen, zu mir stehen? Was brauche ich, um mich bei der bevorstehenden Verhandlung gut zu fühlen?

Zur 3. GM:

Darf ich diese Verhandlung so führen, wie ich es für nötig und richtig halte? Finde ich das, was ich vertrete, moralisch vertretbar und steht es mir zu? Entsprechen das Ziel und die Aufgaben der Verhandlung mir, meinem Gewissen als innerem Richtpunkt, dem Gespür für das Richtige? Ist es gerecht, auch für die andere Partei? Glaube ich, die andere Partei bekommt das, was ihr zusteht? Wird sie darin geschätzt, kommt genug Wertschätzung für sie vor – und erhalte ich genug Respekt von der anderen Partei? Fühle ich meinen eigenen Wert unabhängig davon, wie die Verhandlung ausfällt? Kann ich im Rahmen der Verhandlung zu mir und meiner Position stehen? Darf ich meine Grenzen, Interessen, Stellungnahmen, Persönlichkeit schützen? Darf

ich so sein, wie ich bin? So sprechen, wie ich spreche? So denken und fühlen, wie ich denke und fühle? So sehen und verstehen, wie ich sehe und verstehe?

Zur 4. GM:

Kann meine Teilnahme an dieser Verhandlung dazu beitragen, dass etwas in der Zukunft besser wird? Kann als Ergebnis der Verhandlung etwas Gutes entstehen? Spüre ich gefühlsmäßig den Sinn, das Eingebettet-Sein der bevorstehenden Verhandlung in einen größeren Zusammenhang? Wofür, weswegen nehme ich an dieser Verhandlung teil? Was für einen Sinn hat es für mich?

Im Falle, wenn ich diese Verhandlung führen „muss", habe ich hinter diesem „Muss" mein eigenes „Wollen" gefunden? (Hinter jedem Müssen steht ein Wollen, andernfalls empfindet es unsere Psyche als Gewalt, so A. Längle 2006.)

Es kommt vor, dass eine Partei subjektiv zur Verhandlung bereit ist, aber erst im Laufe der Verhandlung stößt man auf einen ganz anderen Zusammenhang, als sie (diese Partei) es vermutet hat. Wenn z.B. die Verhandlung gemäß einer vorher vereinbarten Tagesordnung läuft, aber die andere Verhandlungspartei der ersten Partei plötzlich eine völlig unerwartete aggressive Reaktion auf die Information, die schon vereinbart schien, an den Kopf wirft. In der Regel steckt ein dem ersten Verhandlungspartner unbekannter Zusammenhang, eine andere Realität als diejenige, die er sich bisher vorgestellt hat, dahinter.

Beispiel: Frau A, 29 Jahre alt, Leiterin für die Organisation des Lernprozesses in einem größeren Schulungsunternehmen, wurde zum Präsentieren eines schon früher abgesprochenen Schulungsprogramms ins Hauptquartier einer Handelskette eingeladen. Im Rahmen der Verhandlung war es geplant, die Anzahl der Unterrichtsstunden eines auf den Kunden zugeschnittenen Lernprogramms zu billigen und die Budgetsvarianten zu besprechen. Die Verhandlung hat, unerwartet für Frau A., mit der vehementen Kritik gegen die erarbeiteten Lernmodule und Entwertung aller geleisteten Arbeit begonnen. Die Verhandlung geriet in eine Sackgasse und scheiterte. Nach ein paar Jahren sind sich die Beteiligten zufällig in einer Veranstaltung begegnet. Es kam zwischen ihnen zu einer privaten Unterredung, wo sich ein ganz anderer Zusammenhang jener sozusagen „schiefgelaufenen" Verhandlung herausgestellt hat. Die ehemalige Personalleiterin entschuldigte sich für ihr unkorrektes Verhalten während der Verhandlung und erklärte, dass sie damals eine Schulung nicht hatte reservieren können, sie war „an Händen und Füßen gebunden", weil es sich um ein transparentes Budget des angebotenen Lernprogramms gehandelt hatte, in dem das sogenannte Schmiergeld für die Leitung der Handelskette nicht inbegriffen war. Später musste die Personalleiterin aus diesem Unternehmen ausscheiden.

Dieser Fall führt die Notwendigkeit einer sorgfältigen Untersuchung der Zusammenhänge, in denen die andere Verhandlungspartei handelt, vor Augen. Schlägt der Zusammenhang im Laufe der Verhandlung radikal um, kann es sinnvoll sein, eine Auszeit zu nehmen und sich zusätzlich auf die Verhandlung unter Berücksichtigung des neuen Verständnisses von Zusammenhängen vorzubereiten.

Zusammengefasst sind die Fragen der Vorbereitungsphase, die eine innere Zustimmung verlangen, folgende:

- Thema (Ziel, Aufgaben) der Verhandlung und Fragenkreis zum Besprechen
- Verhandlungsformat (d.h. Teilnehmeranzahl von jeder Seite, Teilnehmerbesetzung, Verhandlungszeit und -ort)
- Erarbeiten von Alternativen zu der zu besprechenden Vereinbarung *(Welche Alternativvarianten für die Lösung der Frage sehe ich? Welche Alternativvarianten für die Fragenlösung kann die andere Partei vorschlagen?)*
- Durcharbeiten von Alternativvarianten der Zusammenarbeit *(Was passiert, wenn die Verhandlung in eine Sackgasse gerät? Kann ich es aushalten, wenn die Verhandlung „scheitert"?*[5] *Kann ich den Misserfolg*[6] *aushalten? Nehme ich die Haltung ein, dass ich hundertprozentig für den Ausgang der Verhandlung verantwortlich bin? Wenn ja, ist das realistisch? Wofür bin ich wirklich verantwortlich? Was fällt nicht in meinen Verantwortungsbereich? Was kann ich „lassen"?*

Im Großen und Ganzen legen wir damit in der Vorbereitungsphase den Schwerpunkt auf die Klärung der Realität und auf die Hinführung des Verhandlungspartners zu adäquaten Stellungnahmen bezüglich seiner Teilnahme am Verhandlungsprozess.

2. Phase der Kontaktaufnahme

Zur 1. GM: Dasein-Können

Die Phase der Kontaktaufnahme stellt den Anfang der unmittelbaren Kommunikation der Parteien dar. Oft wird die Phase der Kontaktaufnahme unterschätzt. Sie setzt voraus, dass die Verhandlungsparteien einander begrüßen, aufeinander sehen, sich an den Verhandlungstisch setzen, sich, andere und die Situation der Unbestimmtheit zwischen ihnen sein lassen.

Kann ich ruhig atmen? Habe ich genug Raum? Kann ich mich auf mich selber stützen? Kann ich den Blick des anderen aushalten? Kann ich selbst dem anderen in die Augen sehen und zu mir stehen? Kann ich Kontakt zum anderen Menschen halten? Lasse ich mir und dem anderen genug Raum, Zeit? Kann ich die Redepause aushalten?

Manchmal können die Verhandlungsparteien den Kontakt (z.B. den Augenkontakt) nicht aushalten. Dann fliehen sie entweder sofort in die Besprechung von Zahlen, Fristen,

[5] In der Beratung zu allen Ängsten, die sich auf Verhandlungen beziehen, ist die Angst-Konfrontation bis hin zum Durchschreiten des „Tors des Todes" hilfreich. Diese Konfrontation enthält die Abfolge folgender Fragen:
1. Was kommt, wenn es passiert (z.B., die Verhandlung scheitern würde?) Was wäre daran das Schlimmste, das Schrecklichste? Könnten Sie das aushalten? (Wenn nicht, dann sucht man, was helfen könnte, es auszuhalten).
2. Wie würden Sie sich fühlen?
3. Was würden Sie dann tun?

[6] Hier ist zu erklären, dass der sogenannte Misserfolg aus der Sicht der Existenzanalyse nie nur ein Misserfolg ist, sondern immer etwas in sich trägt, was unseren weiteren Weg korrigiert und uns neue Horizonte öffnet.

Grafiken, Lieferumfängen und sonstigen Fragen, oder beginnen ohne gebührende Rücksicht auf andere die Vorteile des eigenen Lösungsvorschlags zu schildern, oder erlauben sich kritische Angriffe gegen die andere Vertragspartei oder „verstummen", indem sie aus dem Prozess „fallen", sind nicht hier und jetzt anwesend. Es können unterschiedliche Copingreaktionen sein (Flucht, Aktivismus, Aggression, Totstellreflex), die sich einstellen, wenn man etwas nicht aushalten kann.

Zur 2. GM: Mögen klären

Wie fühle ich mich in dieser Verhandlungssituation? Sitze ich bequem? Was fühle ich zu der anderen Verhandlungspartei? Ist es eher Wärme oder Kälte, Anziehung oder Abstoßen? Was ruft in mir der andere hervor? Erinnert mich der andere vielleicht an jemanden? An wen? Wie ist es für mich? Bin ich bereit, eine Weile hier dabei zu sein?

Bin ich bereit, mir Zeit für diese gegenseitige Einstellung zu nehmen? Erkenne ich den Wert darin, dass ich mit dem anderen ein paar Worte wechsle, wenn sie auch gar nicht das Thema unserer Verhandlungen direkt betreffen?

Was gefällt mir an dem, was vor sich geht? Was möchte ich machen, unternehmen, damit der Kontakt mit der anderen Verhandlungspartei den beiden Parteien mehr Spaß machen würde? Könnte es wohl eine aromatische Tasse Kaffee oder Tee sein?

Zur 3. GM: Ich und der Andere

Kann ich mit einer phänomenologischen Offenheit[7] *auf den anderen schauen? Welchen Eindruck macht der andere auf mich? Sehe ich den anderen? Was fällt mir an ihm Besonderes auf? Empfinde ich Respekt vor seinem Wesen, vor einer gewissen „höheren Instanz", einem göttlichen Funken, einer Person? Wie klingt für mich seine Stimme? Wo sind wir ähnlich und worin unterscheiden wir uns? Akzeptiere ich, dass sich der andere Mensch von mir unterscheidet? Was sagt mein Gespür über den anderen? Wie ist er? Akzeptiere ich meine eigene Andersheit? Kann ich so richtig ein Kompliment annehmen? Möchte ich dem anderen wohl auch etwas Neutrales (small talk) oder Angenehmes sagen? Bringen wir einander Respekt entgegen? Nehmen wir einander und das, weswegen wir uns hier getroffen haben, ernst? Sind wir zueinander respektvoll genug? Schätze ich den Wert meines «Gegners», unabhängig davon, ob wir uns einigen können?*

Zur 4. GM: Zukunftsperspektive

Sehe ich den größeren Zusammenhang, in dem die Gespräche stattfinden und wofür sie geführt werden sollen? Was soll werden aus ihnen? Ist zu erwarten, dass aus den Gesprächen etwas Positives entstehen wird? Haben die Gespräche also Sinn – welchen? Haben sie auch für mich Sinn? Was kann ich konkret beitragen, damit sie gut werden? Kann ich mich abstimmen mit den Gesprächspartnern und mich offen auf sie einlassen?

Wenn wir in dieser Mehrdimensionalität die Beziehung mit dem anderen Menschen gestalten, so bereiten wir einen guten Boden für die weitere Besprechung, u.a. für die Orientierungsphase und die Ermittlung von Bedürfnissen.

3. Phase der Orientierung und der Ermittlung von Bedürfnissen

In dieser Verhandlungsphase klären die Parteien nach und nach die vorhandenen Ungewissheiten, fragen einander die Informationen an, die die Verhandlungen betreffen, und stellen diese einander zur Verfügung.

Zur 1. GM:

Kann ich oder die andere Verhandlungspartei den jeweils anderen physisch hören und die Sprache/Begriffe verstehen? (Es gibt z.B. Menschen mit Beeinträchtigung des Gehörs, die nicht alles verstehen können, was man ihnen sagt, die es aber aus irgendwelchen Gründen verbergen. Auch wird das Problem der Verständigung besonders aktuell, wenn man zur Fachterminologie greift, sowie im Fall, wenn die Verhandlungsparteien verschiedene Muttersprachen haben). *Verstehe ich die benutzte Terminologie? Schaffe ich es, dem Gedankengang meines Gesprächspartners zu folgen? Gibt es Punkte, die unumgängliche Größen sind, für die anderen, für mich? Hat der Standpunkt der anderen Verhandlungspartei Bezug zur Realität oder halte ich ihn für nicht adäquat?*

Es ist die Phase des aktiven Zuhörens, der klärenden Fragen und Konkretisierung: *Habe ich richtig verstanden, dass dies und dies die Fakten sind? Und dass die Bedingungen so und so aussehen? Welches sind die unverrückbaren Bedingungen, welche unterliegen einer Modifikation? Gibt es aus Ihrer Sicht noch irgendwelche Schnittbereiche unserer Interessen? Was könnten wir für Sie unsererseits machen?*

Zur 2. GM:

In dieser Phase ist es auch wichtig, dass die Fühlung für sich und die anderen erhalten bleibt. Eine separate Aufgabe ist es, das, was in mir vor sich geht, wenn der andere mit mir über seine Bedürfnisse spricht, nachzuvollziehen.

Fühle ich mich, wenn ich über meine Bedürfnisse und Werte spreche? Fühle ich das Leben in mir, wenn ich über meine Bedürfnisse spreche, wenn der andere mit mir über seine Bedürfnisse spricht?

Was fühle ich, wenn mir der andere seine Interessen mitteilt? Wie fühle ich mich in seiner Gegenwart? Kann ich mich weiter in Fühlung mit mir halten, wenn ich Dinge höre, die mir nicht gefallen?

Zur 3. GM:

Wenn die andere Partei ihre Sicht für die Situation darlegt, soll man dieser gegenüber die Haltung des Respekts, der Gerechtigkeit und Wertschätzung beachten. Eine der Bezeugungen solches personenbezogenen Herangehens ist das Bemühen, die andere Partei nicht zu unterbrechen und klärende Fragen in den Sprachpausen zu stellen. Zugleich könnte eine der Bezeugungen der Gerechtigkeit und des Ernstnehmens der anderen Partei ein höflicher Hinweis auf den erkennbaren Widerspruch in ihrer Position sein.

[7] Phänomenologische Offenheit setzt das Wahrnehmen des Menschen außerhalb von Rahmen, Schablonen, Bewertungen voraus. Es ist die innere Bereitschaft, hinter der Rolle und dem Status den einzigartigen lebendigen Menschen mit seiner Geschichte und Einmaligkeit zu sehen.

Woraus schließe ich, was für die andere Partei wichtig ist? Kann ich respektieren, dass die andere Partei die Situation auf ihre Art sieht? Gestehe ich ihr das Recht zu, mir nicht in allem recht zu geben?

Zur 4. GM:

Im Licht der 4. Grundmotivation kann es in der Phase der Orientierung und der Ermittlung von Bedürfnissen darum gehen, inwieweit es für die eine Partei sinnvoll ist, das Bild von den Bedürfnissen, Interessen und Sinnzusammenhängen zu erkennen, das die andere Verhandlungspartei hat.

Macht es für mich Sinn, die andere Partei rückzufragen, zu hinterfragen, weiter zu verhandeln? Können die von der anderen Partei erklärten Bedürfnisse in den mir schon bekannten Sinnzusammenhang eingebettet werden? Welcher Sinn steckt hinter den Argumenten und Forderungen der anderen Partei – hat das für mich einen Sinn? Oder fühle ich, dass unsere Interessen auf radikale Weise auseinandergehen und wir ohne zusätzliche Korrektur der beiderseitigen Erwartungen keine Vereinbarung erzielen können? Ist es sinnvoll, meine Verhandlungsposition im vollen Umfang darzulegen? Oder genügt es, kurz auf die Gründe einzugehen, warum unsere Verhandlung in eine Sackgasse gerät oder geraten kann?

4. Ursprüngliche Wahl und Vorbringen der eigenen Position

Vor Beginn einer Verhandlung hat jede Verhandlungspartei ihre eigene Position zu finden und sich für sie zu entscheiden – jede Partei „wählt" sozusagen ihre Position. Ebenso wählt sie die Mittel und den Zeitpunkt des Vorbringens der eigenen Interessen, sowie das Dazu-Nehmen anderer Menschen und welcher. Diese Positionen und Mittel können sich natürlich im Verlaufe der Verhandlungen ständig ändern – was als ein natürliches Ergebnis von Verhandlungen anzusehen ist.

Zur 1. GM : Realität

Hier geht es darum, inwieweit die Stellungnahme der Verhandlungspartei auf der Realität fußt und inwieweit sich die Verhandlungspartei dessen sicher ist.

Finde ich mich in genügendem Maße in den Ursachen und möglichen Folgen der vorhandenen Situation zurecht? Wie sind meine Ressourcen und Begrenzungen? Worauf stütze ich mich, indem ich meine Sicht der Situation und meine Verhandlungsposition vorbringe? Sind meine Argumente logisch, überzeugend und schwerwiegend genug? Kann ich eine mögliche Meinungsverschiedenheit und Kritik meiner Verhandlungsopponenten aushalten?

Zur 2. GM: Beziehung

Schenke ich neben der Aufmerksamkeit, die ich dem Thema der Verhandlung schenke, auch meiner Beziehung zur anderen Verhandlungspartei genug Aufmerksamkeit? Manchmal lassen sich die Parteien so sehr vom Präsentieren ihrer Sicht, ihrer Position hinreißen, dass sie verbale und nonverbale Signale der anderen Partei außer Acht lassen, die vom Wunsch zeugen, eine Pause in der Besprechung zu machen, z.B. eine Ruhepause für ein paar Minuten einzulegen.

Zur 3. GM: Authentizität

Wie präsentiere ich meine Verhandlungsposition der anderen Partei? Fühle ich mich selbst dabei? Spreche ich von mir, aus mir heraus? Oder „galoppiere" ich oberflächlich von einem Argument zum anderen, ohne dass Nachdruck in meinen Worten ist und die andere Partei fühlen kann, dass meine Argumente schwerwiegend und bedeutsam, wenigstens für mich, sind? Entspricht mir das, wie ich die Wichtigkeit von etwas an den Mann bringe? Bringe ich mich in das ein, wie ich spreche? Nehme ich mich dabei ernst? Lasse ich mich unterbrechen? Schütze ich meine Grenzen? Was fühle ich zum Inhalt der von mir vorgeschlagenen Entscheidung? Was sagt mein Gewissen? Ist es richtig für mich? Kann ich zu dem stehen, was ich vorschlage?

Zur 4. GM: Sinn

Kann aus dem, was die andere Partei von mir erfährt, etwas Gutes werden? Macht es Sinn?

5. Suche nach einer gemeinsamen Lösung, Besprechen von möglichen Varianten, u.a. Arbeit mit Einwänden

Zur 1. GM:

Wie erweiterte sich meine Sicht der Situation, nachdem ich die Sicht, den Vorschlag und die Argumente der anderen Partei erfahren habe? Was ist mir klar geworden? Und wo fehlt mir noch die Klarheit? Worauf kann ich meinerseits eingehen und worauf nicht? Welche Konzessionen kann ich machen und von welchen kann nicht die Rede sein? Kann ich meine Erwartungen von den Verhandlungen korrigieren? Kann die andere Verhandlungspartei ihre Erwartungen korrigieren? Sind die vorgeschlagenen Varianten der Problemlösung real, sind sie realisierbar?

Das Vorbringen der Einwände vom Opponenten kann man sowohl auf das tatsächliche Nichteinverständnis mit den eigenen Beweisen und Argumenten, als auch auf die Situation des Kontaktes, der nicht gut genug aufgenommen und unterhalten wird, zurückführen. Im zweiten Fall ist der „Neustart bei der Kontaktaufnahme" durchzuführen, man soll stehenbleiben, versuchen, erneut Kontakt zum Opponenten aufzunehmen, ihn beim Namen nennen, sich interessieren, ob es für ihn komfortabel ist usw.

Zur 2. GM:

Ist in der Entscheidung, die wir treffen, der Wert erhalten, für den ich in die Verhandlung eingetreten bin? Gelingt den beiden Verhandlungsparteien im Verhandlungsprozess eine gute Beziehung miteinander? Wie betreffen mich die Einwände der anderen Partei? Betone ich den Wert der erzielten Zwischenergebnisse und die Bemühungen im Laufe der Verhandlung?

Zur 3. GM:

Wenn man zur inneren Zustimmung in der Phase der Suche und des Findens einer gemeinsamen Lösung kommt, kann man sagen: „Ich erkenne mich in meiner inneren Zustimmung. Das entspricht mir. In mir erklingt etwas". Ich anerkenne die Bedeutsamkeit des Bemühens um eine Verein-

barung. Ich lege Wert auf den Versuch eines gemeinsamen konstruktiven Dialogs in diesem Zusammenhang. Ich übernehme die Verantwortung, wenn ich die innere Zustimmung gebe und auf die Vereinbarung, die mir recht ist, eingehe.

Womit bin ich einverstanden und womit nicht? Wo sind unsere Positionen ähnlich und worin unterscheiden sie sich?

Zur 4. GM:
Was ist das Gute, das in diesem Zusammenhang im Entstehen ist? Warum ist es gut? Betone ich unsere positiven Fortschritte im Laufe der Verhandlung?

Außerdem ist es wichtig, in der Phase der Suche und des Treffens einer gemeinsamen Entscheidung phänomenologisch offen zu bleiben und zu beobachten – sowohl sich, als auch die andere Verhandlungspartei.

Beispiel: Ein angesehener Geschäftsmann hat im Laufe der Verhandlung auf die Argumente der anderen Partei erklärt, dass ihm mögliche negative Folgen der besprochenen Situation keine Sorge und keine Angst machen. Er sprach laut und bestimmt und machte den Eindruck eines unbeugsamen Verhandlungspartners. Aber seine Hände haben ihn verraten. Er trommelte etwas nervös mit den Fingern auf den Tisch. Und das stand in einem solch schroffen Missklang zu seinen Worten, dass es die Position seiner Opponenten bei der Verhandlung gestärkt hat. Sie wiederholten fest und konsequent ihre Argumente weiter, und nach einer Weile kam dieser Geschäftsmann seinem Verhandlungspartner einen Schritt entgegen. Eine gegenseitig vorteilhafte Vereinbarung wurde erzielt.

6. Abschluss der Verhandlung: Sackgasse oder Vereinbarung

Zur I. GM:
Brauche ich noch etwas, um eine Entscheidung zu treffen? Kann ich das Ergebnis der Verhandlung annehmen? (Andernfalls ist eine Arbeit am Annehmen-Können eines eventuellen Scheiterns der Verhandlung erforderlich.) *Hat man mich überredet oder kann ich meine Zustimmung geben? Bin ich mir im Klaren darüber, dass nicht alles in der Verhandlung meinem Wollen unterworfen ist und die Sackgasse bzw. das Scheitern der Verhandlung auch möglich ist, trotz meiner Bemühungen?*

Zur 2. GM:
Wie fühle ich mich mit der getroffenen Entscheidung? Befreit mich der Ausgang eher oder umgekehrt, belastet er mich? Was ist das Wertvolle für mich in den Verhandlungsergebnissen? Ein positives Erleben verhilft zur Verstärkung der Beziehung, während die negative Formulierung subjektiv einem etwas wegnimmt, raubt[8].

Zur 3. GM:
Fühle ich mich in guter Resonanz mit der getroffenen Entscheidung? Ist es für mich richtig? Auch wenn die anderen das, wozu ich meine innere Zustimmung finde, nicht annehmen und nicht anerkennen? Übergehe ich mich nicht, lasse ich mich nicht in dieser Entscheidung fallen? Berücksichtige ich meine Bedürfnisse und Interessen in dem Maße, dass ich wirklich zu mir stehen kann – und gleichzeitig dem anderen in die Augen sehen kann?

Zur 4. GM:
Öffnet sich ein neuer Horizont für meinen Austausch mit der anderen Verhandlungspartei? Bleibt eine potentielle Möglichkeit für neue Treffen in Zukunft? Sind die Brücken nicht niedergebrannt? Habe ich das Gefühl der Übereinstimmung der getroffenen Entscheidung mit der Aktualität des Augenblicks, den Anforderungen des Lebens, dem Zusammenhang?

Auf diesem beschriebenen Weg kann die existenzanalytische Vorgangsweise bei der Suche nach der inneren Zustimmung im Prozess der Verhandlungsvorbereitung und -durchführung substantiell helfen, um ihn voranzubringen und zu einem guten Ergebnis zu kommen.

4. METHODEN DER EXISTENZANALYSE, DIE BEI DER VERHANDLUNGSVORBEREITUNG UND -FÜHRUNG ANGEWENDET WERDEN KÖNNEN

Außer den Schritten auf der Suche nach innerer Zustimmung zum eigenen Handeln können im Verhandlungsprozess auch solche Methoden wie die Personale Positionsfindung, die Sinnerfassungsmethode, die Paradoxe Intention, die Personale Existenzanalyse (PEA), die Aufarbeitung biographischer Inhalte, Dereflexion u.a. angewendet werden. Aber die Anwendung jeder dieser Methoden bedarf – im Unterschied zur universelleren Aufgabe der Suche nach innerer Zustimmung – zusätzlich der Berücksichtigung der Spezifik der existentiellen Verhandlungssituation und versetzt teilweise die Vorbereitung auf die Verhandlung aus dem Bereich der Beratungsaufgaben in den Bereich der Psychotherapie.

5. BESONDERHEITEN DES VERHANDLUNGSPROZESSES IN DEN ORGANISATIONSSYSTEMEN

Die letzte Frage, auf die ich kurz eingehen möchte, ist die Frage danach, ob es möglich ist, die Verhandlung mit der inneren Zustimmung durchzuführen, indem man Teil eines Organisationssystems ist.

Beispiel: Frau W., 29 Jahre alt, Leiterin der Einkaufsabteilung in einem großen Unternehmen, führt Verhandlungen mit den möglichen Lieferanten durch. Die Art ihrer Verhandlungsführung sei, so diese Frau, „hart“, „boxend“. Sie selbst leide darunter, dass sie „diese Rolle spielen“ müsse. Die Zeit der harten Verhandlungen sei für sie die Zeit, „die aus dem Leben gestrichen ist“. Sie habe schon keine Freude weder am hohen Gehalt, noch an den erreichten Zielen, aber wenn sie die von der Leitung gesetzten Kennwerte nicht erreichte, würde man sie kündigen.

[8] Vergleichen Sie die negative Äußerung: „Wir haben die Anlieferung nicht besprochen“ und eine positive „Wir sollen noch die Anlieferung besprechen“.

Beispiel: Frau G., 47 Jahre alt, Leiterin der Abteilung für die Zusammenarbeit mit Mietern in einem großen Unternehmen, das Wohnräume und andere Räume vermietet. Diese Frau schreibt regelmäßig Gegenstände ab, die von den Mietern zerbrochen oder kaputtgemacht wurden, statt den Mietern die jeweiligen Summen für das beschädigte Sachvermögen in Rechnung zu stellen. Ihrer Meinung nach handelt sie richtig, nach ihrem Gewissen, weil sie damit „die Loyalität der Kunden dem Unternehmen gegenüber" erwirbt. Zugleich sind die Kosten des Unternehmens für das Abschreiben dieses sogenannten „gelegentlichen Verlustes" während ihrer Funktionsperiode um ein Mehrfaches gestiegen; ihr Vorgehen widerspricht augenscheinlich ihren Aufgaben im Unternehmen.

Beispiel: Herr D., 59 Jahre alt, Inhaber eines Hotels, steht permanent im Konflikt mit seinen Mitarbeitern, die den Hotelservice betreuen. Er ärgert sich darüber, dass sie sich nicht genug um die Bedürfnisse der Hotelgäste kümmern, nicht flexibel und aufgeweckt, nicht freundlich und rücksichtsvoll genug sind. Er selbst war jahrzehntelang viel gereist, in unzähligen Hotels abgestiegen und weiß Bescheid, was und wie ein Hotelservice aufgebaut sein soll. Aber seine Mitarbeiter teilen seine Werte nicht im erforderlichen Maße, was zu Auseinandersetzungen und Konflikten führt. Formell kann man an die Mitarbeiter keine schwerwiegenden Ansprüche stellen. Die Verhandlungen mit den Mitarbeitern, deren Ziel es war, sie zu größerem Engagement zu motivieren, haben bisher zu keinem Ergebnis geführt.

In allen drei Situationen geht es darum, dass das Finden der inneren Zustimmung der Verhandlungsbeteiligten aus den ganz verschiedenen Führungsebenen im Rahmen eines Organisationssystems auf bemerkbare Schranken, die vom System selbst vorgegeben werden, stoßen kann. Wenn der Mitarbeiter die Ziele, Arbeitsgrundsätze, Werte der Organisation in seinem Funktionsbereich nicht teilen kann (z.B. der Buchhalter ist überzeugt, dass das Unternehmen die Steuern im vollen Umfang zahlen muss, während der Direktor es für nicht sinnvoll hält oder umgekehrt), kann die innere Zustimmung nur bedingt gefunden werden. So soll man als Vertreter eines Systems bzw. mit den Vertretern einer Organisation bei der Verhandlung vorhandene und mögliche Ressourcen und Hindernisse, die sich auf den Charakter der Organisation des Verhandlungspartners selbst beziehen, berücksichtigen.

Aber auch wenn einem irgendwelche Bedingungen des Systems nicht gefallen, auch wenn man an etwas Wichtigem für sich behindert ist, ist es trotzdem wichtig, mit sich zur inneren Zustimmung zur eigenen Haltung zu kommen, nach der inneren Zustimmung zu suchen und diese zu finden. Im Falle, wenn einem so eine Zuwendung zu sich fehlt, kommt es früher oder später zwangsläufig zum Burnout, zur Depression.

Die innere Zustimmung zum eigenen Handeln ist besonders für die Fälle wichtig, wo es zu einem Misserfolg kommt. Wenn man das Ergebnis *und* die innere Zustimmung geopfert hat, dann wird das Ausbleiben des erwünschten Ergebnisses zum glatten Fiasko. Aber wenn der Verhandlungsbeteiligte mit sich in Fühlung bleibt, einsieht, dass er sein Bestes getan, sich in diese Verhandlung um seiner Werte willen eingebracht hat, wenn er nicht nur funktioniert, sondern auch diese ganze Zeit gelebt hat, es für ihn richtig war, er dazu stehen kann, es jedenfalls sinnvoll war, dann ist es kein „0"-Ergebnis, dann ist es schon etwas, vielleicht sogar vieles, was er erreicht hat. Dann ist der Verhandlungsbeteiligte imstande, sich und seine Leistung nicht zu entwerten, weitere Berufserfahrungen zu machen und mit dem Zeugen seiner wirklichen Erfolge, nämlich sich selbst zu entwickeln, weiterzugehen.

Literatur:

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

Längle A (2004a) Sinnvoll leben. Logotherapie als Lebenshilfe. 2. Auflage. Moskau: Genesis / Schisn, napolnennaja smyslom. Moskwa: Genezis

Längle A (2004b) „Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie", Psychotherapie, 2004, 4, 41–48 / Fundamentalnie motivazii tschelowetscheskoj eksistenzii kak deistwennaja struktura eksistenzialno-analititscheskoi terapii. In: Psichoterapija (Moskwa)

Längle A (2006) Person: Existenzanalytische Theorie der Persönlichkeit: Artikelsammlung: Übersetzung aus dem Deutschen/ Vorwort von S.V. Kriwtsowa. Moskau: Genesis / Person. Eksistenzialno-analititscheskaja teorija litschnosti. Moskwa: Genezis

Längle A (2010) Nach dem Leben langen... Existenzanalyse der Depression: Übersetzung aus dem Deutschen/ Vorwort von A.S. Barannikov. Moskau: Genesis / Dotjanut'sja do zhizni… Ekzistencialnyj Analiz depressii. – Moskwa: Genezis

Mitroschenkov OA (2000) Wirkungsvolle Verhandlungen. Praktische Hilfe für Geschäftsleute.. – 2-e Aufl., durchgesehen. – Moskau: Verlagshaus «Infra-M», Verlag «Die ganze Welt» / Effektivnye peregowory: Praktitscheskoe possobie dlja delovych liudey – 2. izd., ispravl. – Moskwa: Izdatelskij dom "Infra-M", Izdatelstvo "Ves mir"

Nierenberg J, Ross IS (2007) Geheimnisse von erfolgreichen Verhandlungen. Positives Business, Übersetzung aus dem Englischen, Moskau: Omega / Sekrety uspeschnych peregoworow. Positivnij bisness, per s angl. – Moskwa: "Omega", 2007. – 160 s.: ill.

Manuskripteingang: 18.1.2015
Manuskript angenommen: 20.5.2015

Übersetzt von Natalia Denissenko

Anschrift der Verfasserin:

Elena Ambarnova

Doktor der Wirtschaftswissenschaften, Juristin, Psychologin, Beraterin (GLE-Zertifikat), leitende Fachkraft des Projektes „Werkstatt der Verhandlungstechnologien" bei Class Profi, Moskau.

ambarnova@yandex.ru

BURNOUT-PRÄVENTION FÜR ELTERN

Ein existenzanalytischer Ansatz anhand empirischer Ergebnisse

Irina Efimova

Dem Phänomen des Burnouts bei Erwachsenen begegnet man nicht nur im Berufsleben, sondern ebenso in der Betreuung der eigenen Kinder. Es wurden 32 Elternteile, die unter Burnout leiden, anhand des Eltern-Burnout-Fragebogens untersucht und die Ergebnisse existenzanalytisch erhellt, indem sie mit der Existenzskala (ESK) und dem Test zur Existentiellen Motivation (TEM) korreliert wurden, um den Zusammenhang zwischen der Intensität des Burnouts und dem existentiellen Sinn bzw. der existenziellen Erfüllung aufzuzeigen. Weiters wurde eine Untersuchung durchgeführt, in der mit den Burnout-belasteten Eltern dieser Untersuchung ein strukturiertes Gespräch über die Testergebnisse geführt wurde. – Auf der Basis dieser Ergebnisse bietet sich eine Vorgangsweise für die individuelle Beratung von Burnout-PatientInnen an, die sich aus den Fragen des TEM ableitet. Es werden Beispiele solcher Gespräche vorgestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Burnout, existentielle Erfüllung, Sinn, Eltern-Burnout-Fragebogen (EBF), Existenzskala (ESK), Test zur existentiellen Motivation (TEM)

BURNOUT PREVENTION FOR PARENTS
An existential-analytical approach based on empirical results

Burnout is not only a phenomenon in professional work but can also be found in parents fulfilling their parental duties for their own children. Thirty-two parents with burnout were given the Parents-Burnout-Questionnaire. The results were interpreted existentially with the help of the ESK and TEM by correlating the burnout scores with existential meaning and existential fulfillment. – On the basis of these results a procedure for individual counseling for burnout-patients was developed based on the questions of the TEM. - Examples of such counselling conversations are presented.

KEYWORDS: burnout, existential fulfillment, meaning, parent's burnout questionnaire, Existence-Scale (ESK), Test of Existential Motivation (TEM)

EINLEITUNG

Freudenberger publizierte 1974 den ersten Artikel zu Burnout. Er sah es ursprünglich mit der Tätigkeit in der Sozialarbeit verbunden. In zahlreichen weiteren Untersuchungen wurde das Burnout in immer mehr Bereichen untersucht (z.B. Maslach & Jackson 1981, Freudenberger & North 1985). A. Pines und E. Aronson (1988) begannen als erstes Burnout als Symptom einer übermäßigen Erschöpfung zu betrachten, das in jeder Berufs- und anderen Tätigkeit auftreten kann. Das Auftreten von Eltern-Burnout wird zwar in der Literatur bestätigt, ist jedoch noch immer wenig erforscht [vgl. Harrison (1980), Latson (1995), Coleman (2007); in Russland: Kitajew-Smyk (2007), Petranowski (2009), Basaleva (2007), Popov (2012)]. Weitere Untersuchungen zum Elternburnout sind von großer Bedeutung, damit dieses Phänomen bei den Eltern besser verstanden und behandelt und mit den Eltern zum Wohle der Kinder zusammengearbeitet werden kann.

In zwei Untersuchungen von Efimova (2013b) wurde ein charakteristisches psychologisches Profil von Elternteilen mit hohem Burnout-Grad gefunden. Zur Erhebung der Symptome wurden verschiedene Testverfahren eingesetzt. In der ersten Studie waren dies die PSM-25 (Lemyre, Tessier, Fillion 1991), Buss-Durkee Hostility Inventory (Buss, Durkee 1957) und die Zung Self-Rating Depression Scale (Zung 1965). Die Stichprobe (N=100) setzte sich aus 88 Frauen und 12 Männern im Alter zwischen 23 und 50 Jahren (Median 34 Jahre) zusammen. Die Anzahl der Kinder in den Familien lag zwischen 1 und 4 (Median 1,8). In der zweiten Studie wurde auch der Purpose-in-Life Test (PIL – Crumbaugh & Maholick 1969) eingesetzt sowie eine Inhaltsanalyse der Eltern-Befragung mit vier Fragen zu elterlichen Aktivitäten durchgeführt, nämlich zu ihren Schwierigkeiten und Leistungen als Eltern, zu den gemeinsamen Aktivitäten mit den Kindern und den diese begleitenden Gefühlen (N=305, 287 Frauen, 18 Männer, Alter zwischen 23 und 55 Jahren, Median 35,7; Anzahl der Kinder in der Familie zwischen 1 und 7 (Median 1,64)). Bei einem hohen Burnout-Grad von Eltern wurden demnach in beiden Studien[1] zusammengenommen folgende Merkmale gefunden. Diese stellen keine Aussage über den ursächlichen Zusammenhang dar (weil es sich lediglich um eine Korrelationsstudie handelte):

- psychische Angespanntheit
- geringer Sinn im Leben
- hoher Wert der Familie und Fokussierung auf die Schwierigkeiten in der Kinderbetreuung
- Neigung zu Depressionen (ohne eine wirkliche Depression zu haben)
- gleiches Ausmaß positiver und negativer Emotionen
- empfinden im gleichen Maße Freude, Ärger oder Gereiztheit in der Interaktion mit dem Kind
- Empfindlichkeit, Argwohn und Schuldgefühle
- negatives Verhältnis zu den Kindern (Ablehnung, Tendenz zur Infantilisierung)
- Blindheit für die eigenen Leistungen
- Zurückführung der Schwierigkeiten auf die eigenen Persönlichkeitsprobleme oder auf Eigensinn und Ungehorsam des Kindes und nicht auf objektive Umstände
- Bevorzugung von passivem Verhalten in gemeinsamen

[1] Es wurde von einer Longitudinalstudie in diesem Falle abgesehen, weil sich die Bedingungen der Eltern mit dem Größerwerden der Kinder sehr verändern. Ein experimentelles Design ist dafür besser geeignet, weil es den Einfluss auf die Probanden direkt untersucht (wie im zweiten Teil der Arbeit).

Tätigkeiten mit dem Kind, ohne tieferes emotionales Engagement und persönlicher Interaktion

In dieser Untersuchung fand sich, dass die reduzierte Leistungsfähigkeit bei Burnout-Eltern keine Korrelation mit Persönlichkeitsfaktoren hat (Efimova 2013b). Jedoch fand sich ein deutlicher Zusammenhang mit den Skalen ESK und TEM. Diese Studie ist daher eine Fortführung der früheren Studie, um diese Ergebnisse zu untersuchen und zur Anwendung zu bringen.

FRAGESTELLUNG

Aus der Sicht der Existenzanalyse kann das Eltern-Burnout als *Copingreaktion* angesehen werden, die als Schutz vor Erschöpfung bei emotionaler Überlastung in der Erziehungsarbeit und in der Beziehung zu den Kindern entsteht. Die dadurch gewonnene Reduktion negativer Gefühle geht aber auf Kosten der emotionalen Beziehungen, der Aktivitäten und der Zeit, die mit den Kindern verbracht wird. Diese hauptsächlichen Copingreaktionen stammen aus der 2. Grundmotivation (emotionale Beziehung, Zeit) und der 1. Grundmotivation (verminderte Aktivität als Folge eines Vermeidungsverhaltens). Daneben sind auch die anderen Grundmotivationen beteiligt: die 3. GM mit dem Mangel an personaler Entschiedenheit wurde einleitend schon als Voraussetzung für die Entstehung von Burnout verstanden, was als Hauptgrund für die Zunahme von „sich hergeben" (statt gelebter Hingabe) verstanden werden kann. Möglicherweise sind im Symptom der Depersonalisation auch die Copingreaktionen der 4. Grundmotivation Empörung und Sarkasmus als Reaktion auf das Sinndefizit enthalten.

Burnout hat im Verständnis von Längle (2003) seine Wurzeln in einer nicht existentiellen Haltung, die zu einer Verschiebung der Haltung der persönlichen Hingabe an die Tätigkeit in Richtung eines „Sich-Hergebens" führt. Wir können von der Annahme ausgehen, dass dies nicht nur für das berufliche Burnout zutrifft, sondern auch auf das Burnout von Eltern. Die Ursachen für diese Verschiebung können wir in den personal-existentiellen Grundmotivationen (Längle 2008) finden.

Davon ausgehend war nun das Ziel der Untersuchung, herauszufinden wie die Motivation und die existentielle Erfüllung der Eltern mit der Ausprägung des Burnouts korreliert sind, um daraus Konsequenzen für Prophylaxe und Therapie von Elternburnout und für die Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung abzuleiten. Im ersten Teil der Korrelationsstudie war die Aufgabe, den Zusammenhang zwischen Burnout-Symptomen und der tiefen Schicht der existentiellen Grundmotivationen herauszufinden. Im zweiten Teil der Untersuchung wurde versucht, ursächliche Zusammenhänge zu erkennen.

So wurde die Nullhypothese formuliert:

Ho: Es besteht kein Unterschied zwischen Eltern mit mehr oder weniger hohem Burnoutgrad in Bezug auf existentielle Erfüllung, Grundvertrauen, Wert des Lebens (Grundwert), Selbstwert und Sinn im Leben.

H1: Es bestehen Unterschiede zwischen Eltern mit mehr oder weniger hohem Burnoutgrad in Bezug auf existentielle Erfüllung, Grundvertrauen, Wert des Lebens (Grundwert), Selbstwert und Sinn im Leben.

UNTERSUCHUNGSMETHODE

Die hier eingesetzten Methoden zur Untersuchung von Eltern, die unter Burnout leiden, sind der *Eltern-Burnout-Fragebogen* (EBF) (Efimova 2013a), die *Existenzskala* (ESK) (Längle, Orgler, Kundi 2000) und der *Test der existentiellen Motivation* (TEM) (Eckhard 2000; 2001).

Der *Eltern-Burnout-Fragebogen* ist eine Modifikation des Maslach Burnout Inventory (MBI) auf Russisch für die Diagnostik des Eltern-Burnouts (Efimova 2013a). Er misst drei Symptome: emotionale Erschöpfung, Depersonalisation und reduzierte Leistungsfähigkeit (Unzufriedenheit betreffend der eigenen Leistung). Der Eltern-Burnout-Fragebogen enthält 22 Fragen zu Gefühlen und Sorgen der Eltern.

Die Approbation und die Standardisierung des Fragebogens wurde in einer eigenen Studie (Efimova 2013b) mit 100 Moskauer Eltern ohne klinische Störungen (88 Frauen, 12 Männer, Alter zwischen 23 und 50 Jahren, Anzahl der Kinder in der Familie zwischen 1 und 4) durchgeführt.

Der Fragebogen entspricht den Anforderungen an Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Validität (Gültigkeit). Die Ergebnisse für das Cronbach α für jede der drei Skalen sind in der Tabelle 1 aufgeführt.

Skalen EBF	Emotionale Erschöpfung	Depersonalisation	Reduzierte Leistungsfähigkeit (Unzufriedenheit betreffend der eigenen Leistung)
Cronbach's α	.776	.752	.717

Tab. 1.: Cronbach's α für die drei Skalen des EBF in der Standardgruppe (N = 100).

Aus der Tabelle ist ersichtlich, dass alle drei Skalen des Fragebogens eine ausreichende Reliabilität haben.

Jeder Subtest wird entsprechend den Standardabweichungen (σ) in drei Bereiche unterteilt: unterdurchschnittlich, durchschnittlich, überdurchschnittlich. Tabelle 2 zeigt die Ergebnisse des EBF zu diesen Bereichen:

	Ausprägungsgrad			
Skalen EBF	Unterdurchschnittlicher Bereich	Durchschnittlicher Bereich	Überdurchschnittlicher Bereich	Mittelwert
Emotionale Erschöpfung	0–15	16–24	25 und mehr	19,82
Depersonalisation	0–5	6–10	11 und mehr	7,85
Reduzierte Leistungsfähigkeit (Unzufriedenheit mit der eigenen Leistung)	37 und mehr	36–31	30 und weniger	33,51

Tabelle 2.: Die Standard-Werte des Eltern-Burnouts im Eltern-Burnout-Fragebogen EBF (N = 100)

Auswertung und Bewertung der Ergebnisse wurden nach der gleichen Vorgangsweise wie im ursprünglichen Test (MBI) vorgenommen und interpretiert. Ein Ergebnis im unterdurchschnittlichen Bereich besagt, dass der Elternteil keine Probleme mit Burnout hat. Im durchschnittlichen Bereich weisen die Probanden bereits Probleme mit Burnout

auf, im überdurchschnittlichen Bereich liegen sehr ernste Probleme vor. Nach Maslach (1981) brauchen Menschen, die im durchschnittlichen Bereich und darüber liegen, Psychotherapie; der unterdurchschnittliche Bereich ist jener, wo Prophylaxe angebracht wäre.

Einige Fragen aus dem Fragebogen zum Eltern-Burnout als Beispiel:

A. Die emotionale Erschöpfung
- Am Ende des Tages, den ich mit dem Kind verbracht habe, fühle ich mich wie eine ausgequetschte Zitrone.
- Ich fühle mich unterdrückt und apathisch.
- Ich erlebe immer mehr gravierende Enttäuschungen aus der Sphäre der Familie.
- Ich möchte mich von allem erholen und zurückziehen.

B. Depersonalisation
- Ich gehe mit meinem Kind nur formell um, ohne überflüssige Emotionen und reduziere den Verkehr mit ihm auf ein Minimum.
- Mir ist es gleichgültig, was mein Kind denkt und fühlt.
- Ich gebe dem Kind mehr Aufmerksamkeit und Sorge, als ich von ihm als Dank zurückbekomme.

C. Leistungsfähigkeit (und Leistungsunzufriedenheit)
- Ich kann die Entwicklung und die Erfolge des Kindes produktiv beeinflussen.
- Ich bin mit den Erfolgen als Elternteil zufrieden.
- Ich kann als Elternteil noch viel im eigenen Leben machen.

Die Sinn-Erfüllung wurde mittels der Existenzskala (ESK) und die persönliche Erfüllung mit dem Test zur existentiellen Motivation (TEM) gemessen. Der ESK besteht aus 46 Items, die sich um die logotherapeutischen Bedingungen für ein sinnvolles Leben drehen. Sie bilden die vier Subskalen Selbst-Distanzierung (8 Items), Selbst-Transzendenz (14 Items), Freiheit (11 Items) und Verantwortung (13 Items). Re-Test Reliabilität nach 8 Wochen bei Schülern und Studenten zwischen 18 und 30 Jahren (N = 126): r = .88; innere Konsistenz aufgrund der Geltung des Rasch-Modells gegeben. Die innere Konsistenz (Cronbach Alpha) für den Gesamttest ist mit r = .93 zufriedenstellend (N = 1028). Die externe Validität entsprach den Erwartungen. Die Eichung war repräsentativ (für Österreich) (Längle, Orgler, Kundi 2000).

Der Test zur existentiellen Motivation (TEM) misst persönliche Erfüllung in der Existenz auf der Grundlage des Strukturmodells der modernen Existenzanalyse. Er besteht aus 56 Items und hat 4 Subskalen, jede mit 14 Items: Grundvertrauen; Grundwert; Selbstwert; Lebenssinn. Re-Test Reliabilität ist hoch, die innere Konsistenz aufgrund der Geltung des Rasch-Modells gegeben. Die innere Konsistenz (Cronbach Alpha) für den Gesamttest ist mit .97 sehr gut (N = 1013 klinisch unauffällige Personen aller Bildungsgruppen von 18-75 Jahren). Die externe Validität entsprach den Erwartungen. Die Eichung war repräsentativ (für Österreich). (Eckhardt 2000)

STICHPROBE UND ERHEBNUNGSPROCEDERE

Diese Untersuchung wurde im Rahmen eines größeren Präventionsprogramms in Erziehungsinstitutionen in Moskau im Auftrag der Stadtregierung durchgeführt. Es wurden Lehrer und Psychologen von Moskauer Schulen, Kindergärten und psychologischen Zentren untersucht, wobei auch Psychologen aus dem Ausbildungsprogramm der Existenzanalyse befragt wurden. Die Probanden erhielten die Fragebögen ausgeteilt und brachten die Tests innerhalb einer Woche ausgefüllt zurück. Für eventuelle Fragen oder Unklarheiten war die Testleiterin immer erreichbar und ansprechbar. – Die Teilnahme war strikt freiwillig. Einige Eltern haben aus nicht näher genannten Gründen die Teilnahme abgelehnt.

An der vorliegenden Untersuchung zur Burnoutprävention nahmen als *Probanden* 62 berufstätige Eltern teil, die in Moskau wohnen (Tab. 3).

Geschlecht	56 Frauen, 6 Männer
Alter	zwischen 24 und 54 Jahren
Anzahl der Kinder in der Familie	zwischen 1 und 4
haben ein Kind	31 Personen
haben zwei Kinder	27 Personen
haben 3 und mehr Kinder	4 Personen
Familienstand	52 verheiratet, 10 unverheiratet
Berufliche Tätigkeit	58 Personen vollzeitbeschäftigt, 4 teilzeitbeschäftigt

Tab. 3.: Daten zur Versuchsgruppe

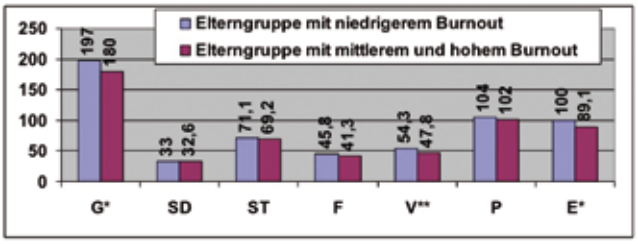
ERGEBNISSE

30 von 62 Probanden dieser Untersuchung wiesen im Eltern-Burnout-Fragebogen einen niedrigen Burnout -Grad und 32 Probanden einen hohen -Grad auf (Tab. 4).

	emotionale Erschöpfung	Depersonalisation	reduzierte Leistungsfähigkeit
Eltern ohne Burnout	8,79 (N)	2,97 (N)	38,14 (N)
Eltern mit Burnout	31,125 (H)	14 (H)	25 (H)

Tab. 4.: Mittelwerte des Burnouts (EBF) bei Eltern mit unterschiedlichem Burnout-Grad. (N = niedriger Grad an Burnout H = hoher Grad an Burnout)

Der Mittelwert-Vergleich der Tests von Eltern mit Burnout und ohne Burnout anhand der ESK ist in der Abbildung 1 wiedergegeben:

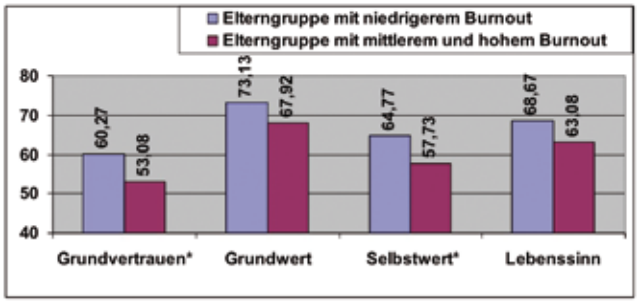


** Mittelwerts-Unterschiede signifikant bei p ≤ .01
* Mittelwerts-Unterschiede signifikant bei p ≤ .05 (t Student)

Abb. 1.: Vergleich der Mittelwerte der Existenzskala (ESK) bei Eltern mit unterschiedlichem Burnout-Grad

Es bestehen in den t-Tests signifikante Mittelwerts-Unterschiede in den Subtests Verantwortlichkeit V ($p \leq .01$), Existenzialität E und im Gesamtwert G ($p \leq .05$). Alle Werte der ESK sind bei den an Burnout leidenden Eltern niedriger als bei den Nichtbetroffenen.

Die folgende Abbildung (Abb. 2) zeigt die Mittelwerts-Unterschiede im TEM.



* Unterschiede der Mittelwerte, signifikant bei $p \leq .05$

Abb. 2.: Vergleich der Mittelwerte des TEM bei Eltern mit unterschiedlichem Burnout-Grad

Alle Mittelwerte des TEM sind bei Eltern mit Burnout niedriger als bei den Nichtbetroffenen. Signifikant sind die Mittelwert-Unterschiede im Grundvertrauen und im Selbstwert ($p \leq .05$).

Mithilfe der Korrelationsanalyse können die Unterschiede der Korrelationswerte der Existenzskala mit dem beruflichen Burnout und dem Eltern-Burnout gezeigt werden (Tab. 5).

		Existenzskala (ESK)					
		G	SD	ST	F	V	P
Eltern-Burnout	emotionale Erschöpfung	-.452**	-.203	-.380**	-.413**	-.490**	-.343**
	Depersonalisation	-.283*	-.242	-.348**	-.263*	-.277*	-.343**
	reduzierte Leistungsfähigkeit	.457**	.210	.310*	.397**	.442**	.302*
Beruf-Burnout	emotionale Erschöpfung	-.629**	-.499**	-.503**	-.565**	-.565**	-.557**
	Depersonalisation	-.201	-.168	-.441**	-.340**	-.230	-.332*
	reduzierte Leistungsfähigkeit	.388**	.340**	.298*	.260	.300*	.362**

** Korrelationskoeffizienten Signifikanzniveau bei $p \leq .01$

* Korrelationskoeffizienten signifikant bei $p \leq .05$

Tab. 5: Korrelationsmatrix der Parameter des Eltern- und beruflichen Burnouts und der Werte der Existenzskala

In Bezug auf die Existenzskala sind die Korrelationen negativ: Je höher in der ESK die existentielle Erfüllung und die Subtests sind, desto niedriger ist der Burnout-Grad (die Skala „reduzierte Leistungsfähigkeit" ist umgekehrt gepolt: je niedriger der Wert, desto höher der Burnout-Grad). In der Tabelle 5 sind die wesentlichen Korrelationen durch grauen Hintergrund hervorgehoben. Die Korrelationen der Existenzskala mit dem beruflichen Burnout sind für die emotionale Erschöpfung und Depersonalisation etwas höher als beim Eltern-Burnout, aber die Leistungsfähigkeit ist im Falle von Eltern-Burnout stärker reduziert als beim beruflichen Burnout.

Tabelle 6 zeigt die Korrelationsmatrix des Eltern-Burnouts, beruflichen Burnouts und des Tests der existentiellen Motivation (TEM).

Für den TEM sind ebenfalls negative Korrelationen mit dem Burnout charakteristisch. Die TEM-Skalen weisen eine stärkere Korrelation mit dem beruflichen Burnout auf,

		TEM			
		Grundvertrauen	Grundwert	Selbstwert	Lebenssinn
Eltern-Burnout	emotionale Erschöpfung	-.492**	-.468**	-.525**	-.485**
	Depersonalisation	-.414**	-.473**	-.432**	-.401**
	reduzierte Leistungsfähigkeit	.442**	.345**	.408**	.427*
Beruf-Burnout	emotionale Erschöpfung	-.403**	-.645**	-.568**	-.620**
	Depersonalisation	-.230	-.420**	-.304*	-.318*
	reduzierte Leistungsfähigkeit	.280*	.455**	.548**	.323*

** Korrelationskoeffizienten signifikant bei $p \leq .01$

* Korrelationskoeffizienten signifikant bei $p \leq .05$

Tab. 6.: Korrelationsmatrix des Eltern- und beruflichen Burnouts und dem Test der existentiellen Motivation (TEM)

ausgenommen die Skala für das Grundvertrauen, das beim Eltern-Burnout stärker betroffen ist. In Tabelle 6 sind die wesentlichen Korrelationen durch grauen Hintergrund hervorgehoben.

DATENANALYSE (INTERPRETATION)

In einer früheren Untersuchung fand sich, wie erwähnt, dass die reduzierte Leistungsfähigkeit bei Burnout-Eltern nicht mit Persönlichkeitsfaktoren korreliert (Efimova 2013b), jedoch deutlich mit den Skalen ESK und TEM. Dabei zeigte sich, dass sich das Elternburnout besonders auf die *reduzierte Leistungsfähigkeit* auswirkt, zum Unterschied vom Berufsburnout: Eltern werden erschöpfter und unfähiger, der Anforderung der Kinderbetreuung nachzugehen, als andere Burnout-Patienten im Hinblick auf ihre berufliche Tätigkeit. Das ist eine wichtige Erkenntnis, da alle früher verwendeten Tests vor allem Bezug auf die emotionale Erschöpfung und in zweiter Linie auf die Depersonalisation nahmen, aber es wurden nur geringe Zusammenhänge mit der reduzierten Leistungsfähigkeit festgestellt. Beim Elternburnout ist jedoch genau diese Dimension des Burnouts am meisten beeinflusst. Die reduzierte Leistungsfähigkeit von Eltern korreliert in der ESK signifikant mit der existentiellen Sinnerfüllung, der Verantwortung und Freiheit und ist auch noch mit der Fähigkeit zur Selbsttranszendenz verbunden. Je mehr sich ein Elternteil für seine Handlungen verantwortlich fühlt und je besser Gestaltungsmöglichkeiten in jeder Situation gesehen werden, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er seine Kräfte in der Sorge um das Kind verbraucht. Außerdem kann er sein Handeln besser und sicherer bewerten und verfällt nicht so leicht in energieraubende Selbstzweifel. Die Umstände sind für ihn daher weniger Belastung, sondern mehr ein Angebot zur Realisierung von Möglichkeiten, was die Kreativität stimuliert und das Finden von Lösungen bei Problemen erleichtert. In einer anderen Untersuchung (Efimova 2011) zeigte sich, dass genau solches Empfinden und Verhalten für kreative Persönlichkeiten charakteristisch ist.

Derselbe Zusammenhang wie zwischen ESK-Werten und reduzierter Leistungsfähigkeit findet sich auch in Bezug auf die *emotionale Erschöpfung* – sie korreliert ebenso mit Gesamtwert, Verantwortung, Freiheit und Selbst-Transzendenz. D.h. dass Eltern, die einen Sinn in der Kinderbetreuung sehen, Verantwortung besonders leben, sich dabei auch

relativ frei fühlen und sich ihrer Tätigkeit hingeben können und in Summe emotional weniger erschöpft sind.

Die reduzierte Leistungsfähigkeit von Eltern steht auch mit der *Depersonalisation* auf der Ebene der Selbsttranszendenz (ST) in Zusammenhang – je weniger ein Elternteil den Wert des Kindes als eigenständige Person erlebt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Beziehung formal ist mit der Tendenz, sich der Verantwortung zu entziehen.

Die negative Korrelation des Eltern-Burnouts mit der *Existenzialität* (E) weist darauf hin, dass es für die Veränderung und Prophylaxe des Eltern-Burnouts auch unbedingt der Betreuung des Umfeldes (Beratung, Therapie, Sozialarbeit etc.) und nicht nur der Behandlung der Patienten selbst bedarf (was der Korrelation mit Faktor P in der ESK entspricht). Psychologische Hilfe ist v.a. für die Depersonalisation gefragt, wo die Korrelation zwischen Burnoutgrad und dem personalem Faktor am höchsten ist.

Im TEM zeichnet sich folgendes Bild ab: Beim Eltern-Burnout sind die Korrelationen zwischen der emotionalen Erschöpfung und dem Selbstwert (r = -.525), der reduzierten Leistungsfähigkeit (und Leistungs¬unzufriedenheit) und dem Grundvertrauen (r = -.442) sowie der Depersonalisation und dem Grundwert (r = -.473) am höchsten. D. h. zur Prävention der emotionalen Erschöpfung ist in erster Linie das Selbstwertgefühl wichtig, zur Prävention der Depersonalisation der Grundwert, und zur Vorbeugung der reduzierten Leistungsfähigkeit (und Unzufriedenheit betreffend der eigenen Leistung) steht das Grundvertrauen an erster Stelle. Ein genereller Schutz vor allen Symptomen des Burnouts ist das Erleben von Erfüllung und von Sinn in der Elternrolle, was als Ausdruck für den Wert der Erhaltung des Familienstammbaumes (was vielleicht eine mehr russische Tradition ist?) und der Hoffnung auf eine gute Zukunft der Kinder angesehen werden kann.

Die mittleren Korrelationen zwischen Eltern-Burnout und TEM können dadurch erklärt werden, dass die Grundbedingungen der existentiellen (Sinn-)Erfüllung nicht wesentlich zur Entwicklung der Burnout-Symptomatologie führen. Sie haben vielmehr mit den Fähigkeiten und der Position der Menschen in Bezug auf die Lebensführung zu tun. Aus diesen Ergebnissen lässt sich bereits ableiten, dass psychologische Hilfe für das Finden der eigenen existentiellen Ressourcen gut geeignet ist, dem Eltern-Burnout vorzubauen.

DISKUSSION

Ebenso ist zu bedenken, dass einige Eltern nicht an der Untersuchung teilnehmen wollten. Die vorliegenden Ergebnisse spiegeln daher nur einen Teil des Bildes wider, was für die tatsächliche Beurteilung der Kinder-Erziehungs-Situation in der heutigen Gesellschaft ungenügend ist. Da jedoch nur motivierte Eltern Hilfe durch Psychologen annehmen, kann man in Hinblick auf eine Organisation von Prophylaxe und Psychotherapie des Burnouts die vorliegenden Daten als ausreichend ansehen.

Eine besondere Stellung im Rahmen der Untersuchung nehmen die *Väter* ein. Sie sind bei den Veranstaltungen in den Kindergärten und Schulen weniger oft anwesend und wenden sich seltener an Psychologen. Wie die Ergebnisse dieser Untersuchung jedoch zeigen, sind auch sie vom Eltern-Burnout betroffen. Von sechs Vätern, die in der Untersuchung teilgenommen haben, hat einer ein geringes Eltern-Burnout, vier haben Durchschnittswerte auf der Eltern-Burnout Skala und einer hat ein hohes Eltern-Burnout. Alle haben aber höhere Grade von beruflichem Burnout als von Eltern-Burnout. – Auch die Symptomatologie des Väter-Burnouts ist nicht so gut untersucht wie die der Mütter.

Burnout ist auch ein wichtiges Thema für *Pflegeeltern*. Jedoch unterscheiden sich ihre Werte und Motivationen für die Obsorge der Kinder von denen leiblicher Eltern. Deshalb sollte man für Prophylaxe und Therapie des Burnouts von Pflegeeltern noch eigene Forschungen auf der Grundlage des vorliegenden Materials durchführen.

Die erzielten Ergebnisse sind durchaus informativ, dennoch sollte man diese Forschung ausdehnen. Es sollten die Eltern nicht nur durch Psychologen und Pädagogen befragt werden, sondern auch durch andere Berufsvertreter, und auch die Eltern selbst sollten befragt werden, die sich nur mit der Kinder-Erziehung beschäftigen.

EINZELBERATUNG MIT BEZUGNAHME AUF DIE TESTERGEBNISSE

Weiters wurde eine Untersuchung durchgeführt, in der mit 30 (von den ursprünglich 32) Burnout-belasteten Eltern dieser Untersuchung ein strukturiertes Gespräch über die Testergebnisse geführt wurde. Diese Vorgangsweise wurde bereits im Rahmen des beruflichen Burnouts angewandt (Efimova 2011).

Das Gespräch wird dabei in folgende Schritte unterteilt:

Schritt 1: Die Fragen mit der höchsten „Gewichtung" im Eltern-Burnout-Fragebogen und die Themen, die der Patient/die Patientin subjektiv als bedeutsam oder besonders charakteristisch hervorhebt, werden bestimmt.

Schritt 2: Danach wird der Patient/die Patientin gefragt, wodurch seiner/ihrer Meinung nach das Burnout hervorgerufen wird. Die von allen Teilnehmern bestätigte Überforderung wird nun im Weiteren untersucht: Was ist das, was überlastet?

Schritt 3:

(1) Warum trifft der/die Untersuchte keine Maßnahmen zur Verminderung der Belastung und verbleibt im Zustand der Überforderung? Die meist lockere Antwort wird danach

(2) mit den TEM-Ergebnissen in Verbindung gebracht: Welche von den unter der Norm liegenden Antworten betrachtet der/die Untersuchte als Grund dafür, dass die genannten Umstände erschöpfen?

Schritt 4: Es werden die ursprünglichen Defizite, die in den Antworten auf die Fragen des TEM stehen, geklärt und bearbeitet. Dann beginnt die Ressourcenarbeit mit dem Test der existentiellen Motivation: Die Patienten studieren nochmals ihre Antworten, damit sie herausfinden, auf welche eigenen Fähigkeiten und Umstände sie sich stützen können, um besser für sich selbst sorgen und mit der Situation ohne Schaden für sich umgehen zu können.

Schritt 5: Finden einer neuen, persönlichen Stellungnahme hinsichtlich der Beziehung zum Kind und der subjektiv schwierigen oder unerwünschten Verhaltensweisen des Kindes.

Schritt 6: Im Schlussteil der Arbeit wird eine Klärung

der inhaltlichen Motivation für die ausgeführte Tätigkeit der Eltern durchgeführt (Längle 2003):
- Wozu mache ich das?
- Mag ich das tun?
- Erlebe ich, dass es gut ist, dass ich es gerne tue?
- Gibt mir die Tätigkeit auch jetzt etwas?
- Will ich dafür leben – will ich dafür gelebt haben?

BEISPIELE VON BERATUNGEN MIT BEZUGNAHME AUF DIE TESTERGEBNISSE

Es werden nun einige Beispiele vorgestellt, wie mit diesem Modell mit Eltern unterschiedlichen Burnout-Grads und mit unterschiedlicher Ausprägung psychischer Probleme auf beratersicher Ebene gearbeitet werden kann. Durch die Gespräche verbesserten sich bei der Mehrheit der Eltern (27 von 30) die Burnout-Werte.

Das erste Beispiel zeigt Veränderungen bei geringem Eltern-Burnout. Der Patient, 40 Jahre alt, verheiratet, hat eine Tochter im Alter von vier Jahren. Seine TEM-Werte sind: GV = 44, GW = 67, SW = 55, LS = 44.

Schritt 1: Unterstrichene Punkte im Burnout-Fragebogen. Wichtige Punkte des Eltern-Burnout-Tests sind für ihn:
* Am Ende eines mit dem Kind verbrachten Tages fühle ich mich wie eine ausgepresste Zitrone. (Antwort: Stimmt)
* Ich bin mit meinem Erfolg als Elternteil nicht zufrieden. (Antwort: Stimmt)

Schritt 2: Frage: Wodurch wurden die Symptome hervorgerufen?

Patient antwortet: „Wenn ich den Test jetzt ausfüllen würde, wäre das Burnout stärker. Damals habe ich wenig Zeit gemeinsam mit dem Kind verbracht. Es ist eine ständige emotionale Überforderung: Es ist schwierig, wenn das Kind körperlich aktiv und unberechenbar ist und sich sträubt. Das hat die Symptome gemacht."

Schritt 3: Frage: Warum tut er nichts zur Verminderung der Belastung, sondern bleibt in der Überforderung?

Patient: „Ich kann nicht erraten, was sie wirklich will… Hilflosigkeit. Ich kann keinen Dialog finden. Auf Nachgeben folgt Provokation, unaufhörlich!"

Danach analysiert er die TEM-Ergebnisse nach Gründen, warum ihn die genannten Umstände erschöpfen könnten.

Er führt folgende Punkte an:

Punkt 8: Ich habe keine Selbstachtung. (Antwort: Stimmt)

Punkt 24: Meistens fühle ich mich unsicher. (Antwort: Stimmt)

Punkt 37: Aus Angst vor Misserfolg fange ich vieles gar nicht erst an. (Antwort: Stimmt)

Schritt 4: Er sucht in den TEM-Antworten nach Fähigkeiten und Umständen, die helfen, besser für sich selbst zu sorgen und mit der Situation ohne Schaden für sich umzugehen.

Er wählt folgende Punkte:

Punkt 46: Ich liebe das Leben. (Antwort: Stimmt)

Punkt 6: Ich fühle in mir Kraft genug, um mit den Anforderungen des Lebens zurechtzukommen. (Antwort: Stimmt)

Punkt 35: Ich behandle mich selbst gut. (Antwort: Stimmt)

Schritt 5: Frage: Welche Position hinsichtlich der Situation mit dem Kind und dessen, was an ihr nicht gefällt, wäre gut?

Er antwortet: „Ich liebe sie sehr. Ich muss dieses Gefühl in mir selbst aktualisieren. Und daraus etwas machen. Mich zu ihr setzen, mir Zeit nehmen, ihr in die Augen schauen und wirklich da sein und ihr sagen, dass ich sie sehr liebe."

Schritt 6: Wiederherstellung der existenziellen Motivation:

Die Therapeutin bittet den Patienten, sich selbst folgende Frage zu beantworten:
* „Wozu mache ich das?"
  Der Patient antwortet: „Um sie (die Tochter) nicht mit Gewalt zurückzuhalten. Wenn ich ihr das sage, legt sich in ihr ‚ein Schalter' um und sie sagt auch mir, dass sie mich sehr liebt, und umarmt mich."
* Mag ich das tun? – „Ja."
* Erlebe ich, dass es gut ist, so dass ich es gerne tue? – „Ja."
* Gibt mir die Tätigkeit auch jetzt etwas? – „Ja."
* Will ich dafür leben – will ich dafür gelebt haben? – „Ja."

Aus dem Gespräch wurden folgende Ergebnisse erzielt:
1. Die emotionale Erschöpfung betrug im ersten Test 10 Punkte. Das ist ein unterdurchschnittlicher Bereich. Nach dem Gespräch verringerte sie sich auf 5 Punkte (sehr niedriges Niveau, da der unterdurchschnittliche Bereich von 0 bis 15 Punkten angesetzt ist).
2. Die Depersonalisation betrug im ersten Test 3 Punkte (das ist ein niedriges Niveau). Nach dem Gespräch verringerte sie sich auf 0 Punkte, also nicht mehr messbar.
3. Die reduzierte Leistungsfähigkeit (und damit auch Leistungsunzufriedenheit) betrug zu Beginn 31 Punkte (das ist ein durchschnittlicher Bereich). Nach dem Gespräch stieg der Wert auf 36 Punkte, was unterdurchschnittlich ist (auf der Skala der reduzierten Leistungsfähigkeit gilt: Je höher der Wert, desto besser ist der Zustand des/der Untersuchten, desto geringer die Reduktion der Leistung).
   Es wird ersichtlich, dass es durch die Stärkung jener Themen der Grundmotivationen, die für den Patienten eine Ressource sind, für ihn möglich wird, die eigene Position in Bezug auf das Kind selbständig zu ändern. Es ist beachtenswert, dass beim Patienten auf dem ersten Platz das Gefühl der Liebe des Kindes erschien, das eine solide Grundlage der konstruktiven Eltern-Kind-Beziehung ist.

Ein zweites Beispiel beschreibt Veränderungen bei hohem Eltern-Burnout: Probandin: 35 Jahre alt, unverheiratet, ihre Tochter ist 14 Jahre alt. Ihre TEM- Werte: GV = 52, GW = 53, SW = 51, LS = 45.

Schritt 1: Für die Probandin wichtige Punkte des Eltern-Burnout-Tests:

Ich kann in Konfliktsituationen mit meinem Kind nicht die richtige Lösung finden.

Schritt 2: Frage: Wodurch wurden die Symptome hervorgerufen?

P (wörtlich): „Wenig Zeit. Die Tochter zeigt von sich aus keine Kontaktinitiative. Zehn Mal sage ich ihr etwas und danach erfasst mich eine Welle der Wut. Grund für die Aggression ist eine Verletzung der Grenzen. Das bewirkt Kränkung und Frust."

T: Was überfordert?

P: „Wenn ich von der Arbeit nach Hause komme, möchte ich Ruhe und eine Pause. Und da sind ständige Anstrengungen zur Aufrechterhaltung der Beziehung notwendig."

Schritt 3: Warum trifft die Probandin keine Maßnahmen zur Verminderung der Belastung, sondern verbleibt im Zustand der Überforderung?

P: „Ich möchte gebraucht werden, ich möchte die Beziehung aufrechterhalten."

Sie analysiert die TEM-Ergebnisse und sucht Gründe, warum sie die genannten Umstände erschöpfen: Genannt werden die Punkte:

7. Ich schäme mich oft. (Antwort: Stimmt)

8. Ich habe keine Selbstachtung. (Antwort: Stimmt)

11. Ich kann für mich selbst keine Verantwortung tragen und ich selbst bleiben. (Antwort: Stimmt)

13. Ich habe oft das Gefühl, dass ich den Boden unter den Füßen verliere. (Antwort: Stimmt)

Schritt 4: Sie sucht in den TEM-Antworten nach Fähigkeiten und Umständen, die helfen, besser für sich selbst zu sorgen und mit der Situation ohne Schaden für sich umzugehen. Sie wählt:

Punkt 42. Ich gefalle mir so, wie ich bin.

Punkt 51. Ich lebe gerne.

Punkt 35. Ich behandle mich selbst gut.

Schritt 5: Frage: Welche Position hinsichtlich der Situation mit dem Kind und dessen, was an ihr nicht gefällt, wäre gut?

Sie sagt: „Es ist gut, zu leben. Vor dem Leben sind alle gleich: Wir haben die gleichen Rechte. Meine Grenzen haben das Recht zu leben, ich werde sie schützen."

Schritt 6: Wiederherstellung der existenziellen Motivation:

Frage: Wozu mache ich das?

Antwort: „Um ich selbst zu sein. Damit meine Grenzen klar sind. Sie sind für den Dialog notwendig. Diese Position gibt mir Boden unter den Füßen."

* Mag ich das tun? – „Ja."
* Erlebe ich, dass es gut ist, so dass ich es gerne tue? – „Ja."
* Gibt mir die Tätigkeit auch jetzt etwas? – „Ja."
* Will ich dafür leben – will ich dafür gelebt haben? – „Ja."

Aus diesem Gespräch wurden folgende Ergebnisse erzielt:

1. Die emotionale Erschöpfung betrug im ersten Test 36 Punkte. Das ist ein überdurchschnittlich hoher Bereich. Nach dem Gespräch verringerte sie sich auf 20 Punkte (entspricht dem Durchschnittswert).
2. Die Depersonalisation betrug im ersten Test 16 Punkte (das ist ein überdurchschnittlicher Wert). Nach dem Gespräch verringerte sie sich auf 11 Punkte (ebenfalls ein hoher Wert, aber nahe dem Durchschnittsbereich).
3. Die Unzufriedenheit mit der eigenen Leistungsfähigkeit betrug zu Beginn 20 Punkte (das ist im überdurchschnittlichen Bereich der Burnout-Belastung). Nach dem Gespräch stieg der Wert auf 25 Punkte, das ist ein bisschen besser (auf der Skala der reduzierten Leistungsfähigkeit gilt: Je höher der Wert, desto besser ist der Zustand des Untersuchten).

Wie es aus dem gegebenen Beispiel sichtbar ist, kann die Methodik nicht nur für die Prophylaxe des Eltern-Burnouts (vgl. das erste Beispiel), sondern auch für die Therapie des schon vorhandenen Syndroms verwendet werden. Es ist dabei charakteristisch, dass sich bei niedrigem Niveau des Burnouts im Zentrum der Aufmerksamkeit des Elternteils das Kind und die Wechselwirkung mit ihm befindet. Anders bei hohem Burnout-Niveau: Da ist die Aufmerksamkeit des Elternteils auf sich selbst gerichtet, wodurch die Voraussetzung für eine förderliche Beziehung mit dem Kind fehlt.

Ein drittes Beispiel bezieht sich auf Veränderungen bei einer chronischen Existenzkrise: Proband ist ein Mann, 38 Jahre alt, seine Tochter ist 11 Jahre alt. Seine TEM-Werte sind niedrig: GV = 27, GW = 40, SW = 30, LS = 29.

Schritt 1: Was sind die wichtigsten Punkte des Eltern-Burnout-Tests? Er wählt:

- Ich möchte mich abkapseln und mich von allem und allen ausruhen. (Antwort: Stimmt)
- Ich zeige dem Kind gegenüber mehr Aufmerksamkeit und Fürsorge, als ich von ihm an Anerkennung und Dankbarkeit zurückbekomme. (Antwort: Stimmt)

Schritt 2:

T: Wodurch wurden die Symptome hervorgerufen?

P: Ich habe bewusst meinen Kontakt mit dem Kind eingeschränkt.

T: Was überfordert?

P: Bereits mehrere Jahre fühle ich mich überfordert und verloren. Ich kann ihr nichts geben.

Schritt 3: Warum trifft er keine Maßnahmen zur Verminderung der Belastung, sondern verbleibt im Zustand der Überforderung?

P: Ich kann nichts machen. Es ist alles sinnlos.

Er analysiert die TEM-Ergebnisse und sucht die Gründe, warum ihn die genannten Umstände erschöpfen. Das sind die Punkte:

21. Das meiste, was ich getan habe, wollte ich in Wirklichkeit nicht tun. (Antwort: Stimmt)

22. Ich habe das Gefühl, dass mir der Lebensraum genügt. (Antwort: Stimmt nicht)

30. Ich empfinde das Leben als Last. (Antwort: Stimmt)

Schritt 4: Er sucht in den TEM-Antworten nach Fähigkeiten und Umständen, die helfen, besser für sich selbst zu sorgen und mit der Situation ohne Schaden für sich umzugehen. Er wählt:

19. Ich habe viele Interessen.

36. Die Umgebung respektiert meist meine Wünsche und Entscheidungen.

Schritt 5:

T: Welche Position hinsichtlich der Situation mit dem

Kind und dessen, was an ihr nicht gefällt, wäre gut?

P: Wir können gemeinsam das machen, was uns interessiert und uns freuen. Sie versteht, wie schwer ich es habe.

Schritt 6: Wiederherstellung der Motivation:

* Wozu mache ich das? – „Damit es etwas heller wird."
* Mag ich das tun? – „Ja."
* Erlebe ich, dass es gut ist, so dass ich es gerne tue? – „Ja."
* Gibt mir die Tätigkeit auch jetzt etwas? – „Ja."
* Will ich dafür leben – will ich dafür gelebt haben. – „Ja."

Nach diesem Gespräch wurden folgende Ergebnisse erzielt:

1. Die emotionale Erschöpfung betrug im ersten Test 36 Punkte. Das ist ein überdurchschnittlicher Messwert. Nach dem Gespräch verringerte sie sich auf 25 Punkte (durchschnittlicher Wert).
2. Die Depersonalisation betrug im ersten Test 15 Punkte (das ist ein überdurchschnittlicher Wert). Nach dem Gespräch verringerte sie sich auf 12 Punkte (ein im unteren Bereich des überdurchschnittlichen liegender Wert).
3. Die reduzierte Leistungsfähigkeit betrug zu Beginn 26 Punkte (das ist ein überdurchschnittlicher Wert). Nach dem Gespräch stieg der Wert auf 33 Punkte, das ist ein Durchschnittswert.

Dieses Beispiel zeigt, dass eine Änderung der Elternposition sogar dann möglich ist, wenn die Beziehung mit dem Kind wegen schwerer psychologischer Probleme eines Elternteils belastet ist.

In einer Follow-up-Begegnung drei Monate später haben alle gesagt, dass das Gespräch sehr wichtig und nützlich für ihr Verhältnis zu ihren Kindern war und sie die Auswirkungen bis heute spüren.

RESÜMEE

Die Beratungsergebnisse bestätigen den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Niveau des Grundvertrauens, des Selbstwertes, des Grundwertes, des Lebenssinns und dem Eltern-Burnout. Sie zeigen die Effektivität dieses Testverfahrens bei psychologischer Hilfe für Eltern, die Symptome eines Burnouts aufweisen.

Literatur

Basaleva L (2007) Emotionales „Burnout" der Mütter in Beziehungen mit Kindern. In: Mensch. Gesellschaft. Verwaltung: Blick junger Forscher (Psychologie): Materialien der gesamtrussischen wissenschaftlich-praxisorientierten Konferenz – Krasnodar: Staatliche Kubanuniversität, Teil 1, 3–4. Original: Bazaleva L (2007) Emocional'noe «vygoranie» materei v otnosheniyah s det'mi. In: Chelovek. Soobshestvo. Upravlenie: vzglyad molodogo issledovatelya (psihologiya): materialy Vseros. nauch.-prakt. konf. – Krasnodar: Kub. gos. un-t,. Ch. 1, 3–4

Buss A, Durkee A (1957) An inventory for assessing different kinds of hostility. Journal of Consulting Psychology 21, 343–348

Coleman J (2007) Emotional Health and Well-Being. In: Coleman J, Hendry LB and Kloep M (eds) Adolescence and Health. Chichester: John Wiley.

Coleman J (2007) How to Avoid Parental Burnout? http://www.hodu.com/burnout.shtml (2. März 2013)

Crumbaugh JC & Maholick LT (1969) Manual of instructions for the Purpose-in-Life Test. Munster: Psychometric Affiliates

Eckhard P (2000) Skalen zur Erfassung von existentieller Motivation, Selbstwert und Sinn-erleben. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien

Eckhard P (2001) Skalen zur Erfassung existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. Existenzanalyse, 18, 1, 35–39 .

Efimova I (2011) Diagnostik und Beratung in der Burnout-Prophylaxe mithilfe des TEM. Existenzanalyse, 28, 1, 94–97

Efimova I (2013a) Möglichkeiten zur Erforschung des Eltern-Burnouts. In: Bulletin der Moskauer Staatlichen Open University (Psychological Science Series). Original: Efimova I (2013) Vozmozhnosti issledovaniya roditel'skogo vygoraniya. In: Vestnik MGOU (Seriya Psihologicheskie nauki), 4, 31–40.

Efimova I (2013b) Personal characteristics and features of emotional and behavioral patterns of parents in connection with level of their burnout. In: Russian Scientific Journal. Original: Efimova I (2013) Lichnostnie harakteristiki i osobennosti emocionalnyh i povedencheskih proyavleny roditeley v svyazi so stepen'u ih emocionalnogo vygoraniya. In: Rossiyskiy nauchniy jurnal, 4 (35), 206–215.

Freudenberger H (1974) Staff Burn-Out. In: Journal of Social Issues. 30, 1, 159–165

Freudenberger H, North G (1985) Women's Burnout: How to Spot It, How to Reverse It, and How to Prevent It. Garden City, NY: Doubleday – Deutsch: Burn-out bei Frauen. Über das Gefühl des Ausgebranntseins. Frankfurt: Krüger, 1992

Harrison WD (1980) Role strain and burnout in child-protective service workers. Social Service Review, 54, 31–44

Kitajew-Smyk L (2007) Burnout des Personals. Burnout der Persönlichkeit. Burnout der Seele. In: die Fragen der Psychologie der extremen Situationen, 4, 2–21. Original: Kitaev-Smyk L (2007) Vygoranie personala. Vygoranie lichnosti. Vygoranie dushi. In: Voprosy psihologii ekstremal'nyh situacii, 4, 2–21.

Latson S (1995) Preventing Parent Burn Out: Model for Teaching Effective Coping Strategies to Parents of Children with Disabilities. In: Learning Disabilities Association of America Newsbrief, Volume 1–2

Längle A (1994) Personale Positionsfindung. In: Bulletin der GLE 11, 3, 6–21

Längle A (2003) Burnout – Existential Meaning and Possibilities of Prevention. European Psychotherapy 4, 1, 107–121

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29–180

Längle A, Orgler C, Kundi M (2000) Existenzskala ESK. Göttingen: Hogrefe-Beltz

Lemyre L, Tessier R, Fillion L (1991) Psychological Stress Measurement (PSM). PQ: Université Laval

Maslach C, Jackson S (1981) The measurement of experienced burnout. In: Journal of Occupational Behaviour, 2, 99−113

Petranowski (2009) Wie benimmst du dich, oder 10 Schritte nach der Veränderung des schwierigen Verhaltens. Eine Unterstützung für die Pflegeeltern. Moskau: ANO "Studio-Dialog", 304. Original: Petranovskaya L (2009) Kak ty sebya vedesh', ili 10 shagov po izmeneniyu trudnogo povedeniya. Posobie dlya priemnyh roditelei. M.: ANO «Studio-Dialog», 304

Pines A, Aronson E (1988) Career burnout: causes and cures. New York: Free Press

Popov Ju Kmit K (2012) Emotionales „Burnout" – nur das Ergebnis der professionellen Beziehungen? In: Kommentar der Psychiatrie und der medizinischen Psychologie, 2, 98–101. Original: Popov Yu Kmit' K (2012) Emocional'noe «vygoranie» tol'ko lish' rezul'tat professional'nyh otnoshenii? In: Obozrenie psihiatrii i medicinskoi psihologii, 2, 98–101

Zung WW (1965) A self-rating depression scale. Archives of General Psychiatry 12, 63–70

Manuskripteingang: 23.5.2014
Manuskript angenommen: 31.5.2015

Anschrift der Verfasserin:

MSc. Irina Efimova
Klyazminskaya str. 10-1-81
125412 Moscow
Russia
email: i_efimova@bk.ru

JEDER MENSCH BRAUCHT EINEN ANDEREN …

Personale Deprivation und die Folgen für die Entwicklung der Persönlichkeit (1. Teil[1])

Alexander Barannikov

Der Artikel stellt einen Versuch dar, den bereits bekannten Begriff "Deprivation" im Rahmen der modernen Existenzanalyse anhand der geistig-personalen Dimension des Menschen mit neuem Inhalt zu füllen. Dafür wird der Begriff „personale Deprivation" vorgeschlagen. Es werden in Falldarstellungen die akute, traumatische Form und die weniger traumatische, länger dauernde, die deprivierenden Einwirkungen allmählich speichernde Form beschrieben.

SCHLÜSSELWÖRTER: Spiritualität, personale Deprivation, Entwicklung der Persönlichkeit, psychisches Trauma, Existenzanalyse.

EVERY HUMAN NEEDS THE OTHER …
Personal deprivation and its influence on the development of the personality

This article is an attempt to fill the already known term of «deprivation» with a new content. The concept is put into the light of the modern Existential Analysis and the therein described personal dimension in the human being. In this light the term «personal deprivation» is suggested. Two forms of personal deprivation are described along with case studies: the acute (traumatic) form and the less traumatic, longer lasting one which accumulates gradually the depriving effects.

KEYWORDS: spirituality, personal deprivation, personal development, psychic trauma, Existential Analysis.

Der Mensch wird im Laufe seines Lebens von vielen äußeren Einwirkungen beeinflusst. Die meisten psychotherapeutischen Richtungen gehen davon aus, dass in der Entwicklung des Menschen nicht nur die äußeren Bedingungen, sondern auch die inneren Prozesse eine wichtige Rolle spielen. Für die existentielle Richtung der Psychotherapie sind die geistig-personale Dimension des Menschen und die Einwirkungen auf sie von außen von besonderem Interesse. Ein wichtiger Grundgedanke im existentiellen Konzept und in der Methodologie ist, dass der Mensch – im geistigen Sinne – erst dann er selbst wird, wenn ein Anderer als geistiges Wesen (d.h. eine andere Person) begegnend da ist. Die Wichtigkeit dieser Erfahrung beruht darauf, dass das Dasein einen grund-dialogischen Charakter hat, und daher der Dialog des Menschen mit sich selbst und mit der Welt als grundlegend für die Entwicklung und die Existenzgestaltung angesehen wird (Buber 1995; Längle 2005a, 48).

Der Begriff „Deprivation" ist außerhalb der existentiellen Richtung der Psychotherapie entstanden. Er hat in der Mitte des vorigen Jahrhunderts – hauptsächlich durch die Beiträge der Psychoanalytiker – den Begriff „Hospitalismus" ersetzt (Spitz 1946). Aber bereits im Jahre 1905 hat S. Freud im Kontext seines Konzeptes in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" den Einfluss der emotionalen Beziehungen der Mutter auf das Kind erläutert. Für ihn stellte die Suche nach Libido-Objekten einen Versuch für den Ersatz der Mutterliebe dar (Freud 2006, 37). Das Verlangen nach Mutterliebe war für die Erklärung des Phänomens der Deprivation von großer Bedeutung. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts hat der Begriff „Deprivation" an Verbreitung gewonnen, weil er es möglich gemacht hat, die für die Entwicklung des Menschen notwendigen Bedingungen einerseits und die Folgen ihres Fehlens andererseits zu studieren (Furmanow, Furmanowa 2004).

UNTERSCHIEDLICHE VERSTÄNDNISSE UND DEFINITIONEN

Deprivation (lat./engl.) bedeutet Entzug, Entbehrung, Verlust. Privare (lat.) heißt berauben. De- (lat.) bedeutet „weg", stellt eine Bewegung nach unten dar.

Die Verbreitung dieses Begriffes wird i.a. mit den Studien von John Bowlby (1951, 1973, 2003, 2004) in Verbindung gebracht, der die Folgen der Separation bei Kindern und Jugendlichen beschrieb, die während des Zweiten Weltkrieges in Heime gebracht worden waren, weil sie ihre Eltern verloren hatten. Später fand der Begriff eine breitere Verwendung, als mehrere Varianten von Entbehrungen der für die psychische und physische (Fehl-)Entwicklung notwendigen Bedingungen gefunden wurden. So stellte sich z.B. heraus, dass sich Deprivationsphänomene auch in intakten Familien entwickeln können. Je nach fehlender Bedingung und nicht entwickelter Fähigkeit unterscheidet man verschiedene Formen der Deprivation: sensorische, motorische, physische, emotionale, psychosoziale usw. Bekannt sind die Forschungen in diesem Bereich von J. Langmeier und Z. Matejcek (1984), D. Baumrind (1991), M. Montessori (1993), D.W. Winnikot (1998) und andere. In Russland haben einen wichtigen Beitrag zu den Forschungen dieses Problems N.M. Schelowanow (1955), L.I. Boshowitsch (1968), L.S. Wygotski (1983, 2003, 2005) W.S. Muchina (1989), M.A. Tschuprowa (2007), A.M. Prichoshan, N.N. Tolstych (2005) und viele andere geleistet.

Der Begriff Deprivation wird heute in den Bereichen Psychologie, Psychophysiologie und Pädagogik verwendet. Es bestehen verschiedene Definitionen der Deprivation, was deutlich macht, wie verschieden das Problem gesehen wer-

[1] Teil 2 wird im Heft 1/2016 erscheinen

den kann. Einige Definitionen seien hier angeführt:

„Die Erfahrung von Entbehrung des Notwendigen" (Rycroft 1995); „Ungenügende Befriedigung von Bedürfnissen jeglicher Art" (Bleicher, Kruck 1995); „Die Entbehrung oder Einschränkung der Möglichkeiten lebenswichtige Bedürfnisse zu befriedigen" (Furmanow, Furmanowa 2004) usw..

Auch in der praktischen Psychologie und Psychotherapie finden sich unterschiedliche Definitionen als Folge der Elterndeprivation (Carson, Butcher, Mineka 2004), wie z.B.:

S. Freud	Fixierung in der oralen Phase der psychosexuellen Entwicklung
E. Erikson	Mangelnde Entwicklung des Grundvertrauens
J. Sullivan	Hemmung der Entwicklung der Fähigkeit zum angstfreien Austausch von Zärtlichkeit und Intimität mit anderen Menschen beim Kind
B. Skinner	Verlangsamung der Aneignung von Fertigkeiten wegen fehlender Verstärkung
A. Beck	Entstehung dysfunktionaler Schemata und von Ich-Schemata, in denen jegliche Beziehung als nicht vertrauensvoll gespeichert und von Liebesentzug begleitet ist

DEPRIVATION IN DER EXISTENZANALYSE

In der Anthropologie der modernen Existenzanalyse[2] bekommt die geistig-personale Dimension des Menschen einen mit den psychischen Fähigkeiten und den körperlichen Funktionen (Frankl 1999, 88) untrennbar verbundenen und gleichwertigen Platz. Die Existenzanalyse versteht die Folgen der Deprivation in erster Linie als **Verlust des Zugangs zur eigenen Person,** was zu einer Minderung **des Umgangs mit seinem eigenen geistigen Wesen** führt.

In Abb.1 sind Quellen der geistigen Entwicklung dargestellt. Es ist deutlich zu sehen, dass es eine große Vielfalt davon gibt:

Geistige Deprivation im weiten Sinne bedeutet ein Defizit solcher Quellen für die geistige Entwicklung. Im engeren Sinne erscheint diese als **personale Deprivation,** wenn sie das eigene Selbst-Sein in Frage stellt, weil man auf die A-personalität des Anderen trifft. Diese Form der Deprivation wird hier behandelt.

In der Psychotherapie bestehen unterschiedliche Sichtweisen zu Entwicklung, treibender Kraft und Mechanismen. Ihnen liegen verschiedene Modelle über die Struktur der Persönlichkeit und die Psychopathogenese der Störungen zugrunde (Holmogorowa 2010).

In der Existenzanalyse als phänomenologischer Richtung wird dem subjektiven *Erleben* besondere Beachtung geschenkt, d.h. wie sich Ereignisse auf die Erlebens-Struktur und den komplexen Prozess der Erlebnisverarbeitung auswirken. Dabei wird sich das Augenmerk auf die geistige Aktivität der Person und auf die Möglichkeit ihrer Restrukturierung nach schädlichen Einwirkungen richten. Für die phänomenologische Vorgangsweise ist dabei wichtig, dass man sich nur auf reale Fakten und wirkliche Äußerungen der Patienten bezieht, wenn es um die Bearbeitung von Schutzmechanismen oder anderer Folgen von deprivierenden Einwirkungen auf das Erleben handelt. Denn phänomenologisches Vorgehen ist abstinent in Bezug auf Interpretation und Mystifizierung von Gegebenem.

Äußere Einwirkungen können grundsätzlich, **die geistige Entwicklung fördernd, für die Entwicklung neutral oder hemmend** sein.

Eine phänomenologisch vertiefte Betrachtung von Biographien von Menschen verschiedener Altersgruppen, die unter Deprivation leiden, zeigt, dass viele von ihnen eine spezifische Form von Mangel (Deprivation) erlebt haben (oder erleben), nämlich den Mangel an Begegnung mit der geistigen Person anderer Menschen. Manchmal waren es die Angehörigen, manchmal die Altersgenossen und die Schulfreunde, manchmal die Arbeitskollegen und die Vorgesetzten, die gefehlt haben.

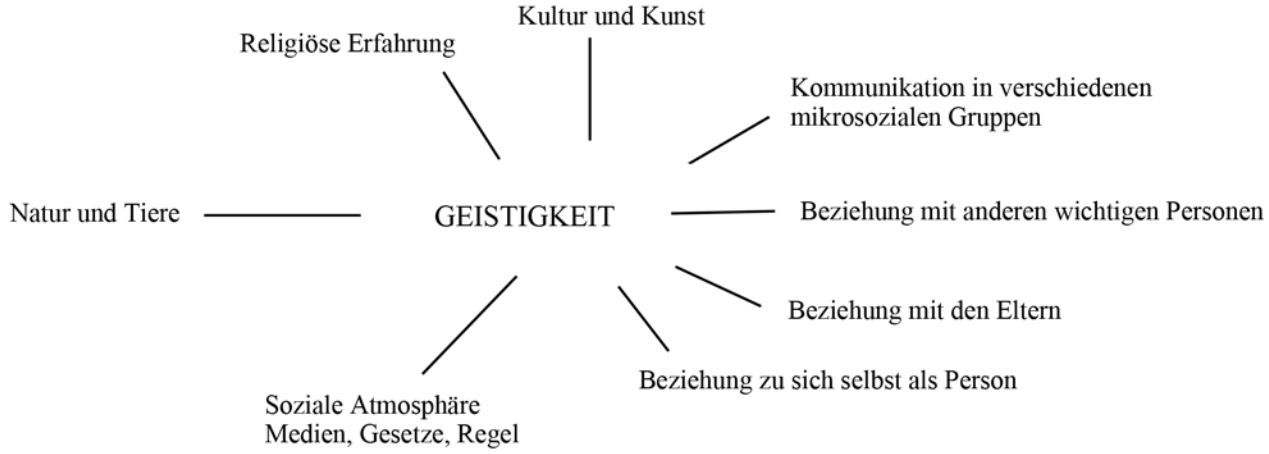


Abb.1: Quellen der geistigen Entwicklung

[2] Unter der modernen Existenzanalyse verstehen wir ihre Theorie und Praxis, die von A. Längle und den Mitgliedern der GLE- International seit den 80-90-er Jahren des 20. Jhs. entwickelt wurden.

DIE PHÄNOMENOLOGIE DES ERLEBENS

Kleine Kinder können eine erlebte Deprivation und den schädlichen Umgang der Eltern mit ihnen nicht wirklich reflektieren, verstehen und verarbeiten. Das gelingt den Jugendlichen und natürlich den Erwachsenen viel besser. Dass „MEIN VATER oder MEINE MUTTER so mit mir umgehen" – solches Erleben sprengt alle Vorstellungen und kann in kein gesundes Weltbild eingeordnet werden. Denn Kinder möchten ganz natürlich – wie jeder Mensch – von anderen Menschen und insbesondere von den Eltern geliebt werden, wie sie ihrerseits ihre Eltern gerne lieben möchten. Darum sind deprivierende Erfahrungen auf dieser Ebene besonders verletzend, weil sie ein personales Grundverlangen des Menschen und ein psychisches Grundbedürfnis frustrieren.

Die dadurch entstehenden psychodynamischen Reaktionen dienen dem Schutz vor weiteren Verletzungen und der Reduktion des Schmerzes. Es lässt sich – wie z.B. in den nachfolgenden Fallbesprechungen ersichtlich – beobachten bzw. aus den Therapien entnehmen, dass es zu einer Distanzierung von den Gefühlen kommt („sonst tut es zu weh") und in der weiteren Entwicklung zu einer zunehmenden Verschlossenheit vor den eigenen Gefühlen und gegenüber denen anderer. Das hat weitere Konsequenzen: es geht mit einem Verlust fester Bindungen an die Realität einher, weil es durch diese Verschlossenheit auch zu einer Verschlechterung der Wahrnehmung und der Bewertung kommt. Auf der kognitiven Ebene kommt es parallel dazu zur Entwicklung von Haltungen, die den Zugang zu sich selbst einschränken und damit die geistige Aktivität und die Fähigkeit zur Begegnung mit anderen Menschen untergraben.

Für die gesunde Entwicklung des Menschen braucht es nicht nur die Eltern (oder Ersatzpersonen, die eine Elternfunktion einnehmen), auch jeder andere Mensch kann ein Resonanzboden sein. Fehlt hingegen ein personales Echo in der Entwicklung, und ist solche personale Deprivation anhaltend, fühlen sich die Heranwachsenden zurückgestellt, verunsichert, abgewertet, benachteiligt (im Vergleich mit anderen). Die **Grundbedingungen der Existenz** (sein können, das Leben als etwas Gutes erleben, sich selbst sein, den Sinn erleben) sind in Gefahr. Dies geht meist einher mit Verletzungen, seelischem Schmerz, was bis zum Gefühl von innerlichem Absterben gehen kann. Durch diesen Mangel an Personalität (Geistigkeit) in der zwischenmenschlichen Beziehung entsteht eine Spannung in den existentiellen Grundmotivationen, besonders in der dritten, was zu einer Beeinträchtigung des personalen Funktionsniveaus führt und dadurch den Zugang nach außen und zu existentiellen Inhalten erschwert oder gar verunmöglicht. Das führt u.a. auch zum Verlust von Identifikationsobjekten der Person (Längle 2005a).

Auch als Erwachsene haben wir nach traumatisierenden Erlebnissen mit anderen Menschen, die durch einen nichtpersonalen Umgang entstehen, zu kämpfen, um uns wieder zu fassen. Aber die unausgereifte und nicht gefestigte Verarbeitungsstruktur von Kindern und Jugendlichen macht diese für das Erleben von Deprivation besonders empfindlich. Wiederholt sich solche Deprivation oder entstehen gar traumatische Blockaden in der frühen Entwicklungsphase, wo feste Strukturen noch ausgebildet sind, kann sich dieses Erleben so eingraben, dass es durch psychodynamische Entwicklungsmuster (Copingreaktionen – Längle 1998) fixiert wird und Verhaltensmuster ausbildet. Es wird dann das Erleben gelähmt. Das kann zum Verlust des Selbstwertes führen. Als Endergebnis kann z.B. eintreten, dass das Kind (und in der Folge auch der Erwachsene) wenig Bezug zum existenziellen Halt (in allen Dimensionen der Existenz, in Welt, Leben, Ich selbst, Zukunft) hat oder diesen sogar ablehnt. Die Ablehnung von außen kann in die Ablehnung von innen münden.

Zusammenfassung: Die Erfahrung von Deprivation führt zu einem komplexen Erleben, das dazu führen kann, dass die Betroffenen einen geschwächten Bezug zur Welt, zum Leben und zu sich selbst entwickeln (oder erst gar nicht aufbauen). Durch die personale Deprivation geht den existentiellen Strukturen ihre Festigkeit und damit der Person ihre Kraft verloren. Das Erleben wird inhaltlich leer, die „Zustimmung" zum eigenen Handeln und Erleben wird schwach oder kommt gar nicht mehr zustande. Es bleibt nur die äußere Form erhalten, wobei das Innenleben wie abgestorben ist. Deprivation bedeutet so gesehen einen Verlust des Potenzials im Umgang mit sich selbst und im Kontakt mit der Welt.

Diese allgemeine Tendenz der Psychodynamisierung des Erlebens durch die geistig-personale Deprivation kann auf verschiedene Art zum Ausdruck kommen. Zur Illustration werden einige Beispiele angeführt.

Fall Nr.1

K., ein Mann, 55 Jahre alt. Arbeitet erfolgreich in einer hohen Position. Verheiratet, hat einen Sohn, 28 Jahre alt. In den letzten Jahren wendet er sich intensiv der Religion zu, interessiert sich für das Schaffen von Lew Tolstoi.

Er ist mit einem Problem gekommen, wo es um tragische Lebensumstände, an denen er bereits mehrere Jahre leidet, geht. Diese Umstände hängen mit der Beziehung zu seinem Vater zusammen, genauer, mit der Unterentwicklung dieser Beziehung, weil sie nie miteinander im Kontakt gewesen sind.

Die Mutter und der Vater waren miteinander nur kurz bekannt, dann ging der Vater zum Militärdienst. In der Zeit, wo er nicht da war, wurde K geboren. Als K. zehn Jahre alt war, kehrte der Vater in die Siedlung, wo K. lebt, zurück. Er brachte eine Ehefrau und zwei Söhne mit. Der Vater war als Busfahrer tätig, dieser Bus fuhr die Kinder jeden Tag zur Schule. Der Junge wusste, es sei sein Vater, und der Vater wusste, es sei sein Sohn. Das Kind wünschte sich sehr einen Kontakt mit dem Vater, aber es wagte nicht, den ersten Schritt zu machen. Der Vater demonstrierte völlige Gleichgültigkeit und tat so, als ob er das Kind nicht kenne, mied den Augenkontakt mit ihm. Die Situation wiederholte sich jeden Tag im Laufe von vielen Jahren und der Junge litt stark darunter. Manchmal weinte er, fühlte sich verletzt. Er konnte

nicht begreifen, warum das so geschieht. Die Beziehung mit der Mutter war sehr gut und warm. Aber auch sie konnte das Verhalten des Vaters nicht erklären. Er war ein unfreundlicher, verschlossener Mensch, und trank ab und zu zuviel Alkohol.

K. träumte oft von der Begegnung mit dem Vater, er stellte sich vor, wie sie gemeinsam die Zeit verbringen. Als die Mutter starb hoffte K., dass er den Vater endlich bei dem Begräbnis sieht. Beide Halbbrüder kamen zu ihm und sprachen ihr Mitleid aus. Er wusste, dass der Vater irgendwo in der Nähe ist, und suchte ihn mit den Augen. Aber er kam nicht zu seinem Sohn. K. fühlte sich noch mehr verletzt und bekam ein bitteres Gefühl. Der Vater starb einige Jahre vor unserer Begegnung. Bei dem Begräbnis war K. nicht dabei. In dieser Zeit lebte er bereits in einer anderen Stadt und erfuhr vom Tod des Vaters erst nach einiger Zeit. Als K. diese Geschichte erzählte, war sein Gesicht vom Leid verzerrt. Er seufzte tief und sagte, dass er seinen Vater nicht verstehen kann.

Über sich selbst teilte er mit, dass er mit seinem privaten Leben nicht zufrieden ist. Über viele Jahre konnte er keine endgültige Entscheidung treffen, ob er mit seiner Ehefrau, mit der er einen Sohn hatte, oder mit einer anderen Frau, der gegenüber er zärtlichere Gefühle empfand, zusammenleben soll. Ab und zu zog er von der einen zur anderen um. Diese Entscheidung fiel ihm sehr schwer. Das verwirrte ihn enorm, denn er wollte immer als ein hochsittlicher Mensch gelten. Die Suche nach der eigenen Bestimmung und nach dem inneren „spirituellen Kern“ bei Lew Tolstoi machte einen großen Eindruck auf ihn.

Nach seiner Erzählung schlug ich ihm vor, eine Begegnung mit dem Vater so zu inszenieren, wie sie einander das einzige und letzte Mal hätten begegnen können. Ich bot mich für die Rolle des Vaters an. Ich schlug ihm vor, an den Vater alle möglichen Fragen zu stellen und zu versuchen, die Beziehung zu klären. Das Gespräch war sowohl für K. als auch für mich nicht einfach. Es dauerte zwei Stunden. Zuerst fragte K. warum ich ihn und seine Mutter verlassen hatte. Als ich antwortete, dass ich seine Mutter leider nicht geliebt hatte, stiegen K. Tränen in die Augen. Eine Weile schwieg er. Dann sagte er: „Ich habe alles verstanden. Ich bleibe auch nicht dem treu, den ich nicht liebe…“ Die Rolle des Vaters spielend, teilte ich mit, dass ich keine Kraft gehabt hatte um mit ihm früher zu sprechen, mir selbst die Gefühle zum Sohn nicht eingestehen hatte können. Ich fragte ihn: „Empfindest Du Gefühle für mich?” Als Antwort fing er an zu weinen. K. sprach alle seine Verletzungen von vielen Jahren aus. Er bekam die Möglichkeit der Verarbeitung der Verletzung und des Schauens auf den Vater als auf einen Menschen, der seine eigenen Probleme hat. Gleichzeitig konnte er über seine Liebe zum Vater sprechen. Am Ende des Gesprächs sah K. viel ruhiger aus. In der Rolle des Vaters konnte ich seine im Vergleich zum Anfang größere Offenheit, die Zuneigung mir gegenüber und die Trauer empfinden. Er bedankte sich bei mir, und sagte, dass es ihm jetzt viel leichter gehe. Als wir uns das nächste Mal trafen bestätigte K., dass nach dem Gespräch die Last der schweren Erinnerungen viel leichter geworden ist. Nach dem stattgefundenen Gespräch fühlt er sich gut.

Anhand der Beschreibung dieses Fallbeispieles kann man sehen, dass K. über viele Jahre die Unmöglichkeit der persönlichen Begegnung mit einem Menschen, der für ihn wichtig war, erleben musste. Es beinhaltete die Verletzung basaler Grundbedürfnisse (des nicht angenommen Seins; der verweigerten Nähe; das nicht Gesehen- und Geschätzt-Werden) und in der Folge das subjektive Erleben von nicht erfahrener (oder ungelebter) Liebe, die Einsamkeit, das Verlassensein und die Ablehnung. Die Erinnerung an die traumatisierenden Ereignisse war für K. unerträglich. Gerade diese Unerträglichkeit des langjährigen Leidens und des Schmerzes bewegten ihn zu der Entscheidung, sich an einen Fachmann zu wenden. K. erlebte auch den Schmerz des „Nicht-Gewordenseins”, der durch die Unmöglichkeit, sich selbst als eine spirituelle Person, als eine personale Einmaligkeit anzutreffen, bedingt war. Dieses Leiden war bei ihm von einer mühsamen Suche nach dem eigenen geistigen Ich, der eigenen Person, begleitet und bewirkte, dass er sich in der zweiten Hälfte seines Lebens der Religion zuwandte.

In diesem Fall haben sich die langsam sich entwickelnden, aber heftigen Einwirkungen gegenseitig verstärkt, weil sie auf eine besondere Empfindlichkeit und Sensibilität des Patienten trafen, die dieser aufgrund einer unbefriedigenden Vater-Beziehung entwickelt hatte.

Im Hinblick auf eine Diagnostik kann von einer nicht stark ausgeprägten „beständigen Persönlichkeitsveränderung gesprochen werden, die nicht als Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns“ auftritt (entsprechend der Russ. Klassifikation der Krankheiten in der Psychiatrie und Narkologie 2003) bzw. von F62.0 im ICD 10.

Fall Nr.2

Als Beispiel für eine Deprivation in einer traumatisierenden Form durch Mobbing wollen wir den Fall einer Therapie mit einer Jugendlichen anführen.

Die Patientin A., 14 Jahre alt, brauchte Hilfe und kam in eine private Klinik in Begleitung der Mutter. Die Mutter war als Pädagogin in der gleichen Schule tätig, die das Mädchen besuchte.

Der Grund war „das sonderbare Benehmen“ des Mädchens, das darin bestand, dass sie die Berührungen mit Gegenständen und mit den Möbeln in der Wohnung mied. Das Mädchen wollte den Schrank, den Tisch, die Tischlampe und andere Sachen nicht berühren, empfand in ihrer Anwesenheit Unbehagen und Spannung. Ein anderes Problem war aus der Sicht der Mutter, dass die Tochter negative und aggressive Gefühle gegenüber allen Menschen außer den Eltern empfand. Sie sagte, dass alle Menschen „blöd sind und sie tun mir nicht leid”. Dabei wünschte sie allen Menschen Unglück. Das Hassgefühl betraf in erster Linie die Altersgenossen und die Mitschüler. Wenn sie ihre Haltung zu

Menschen, insbesondere zu den Altersgenossen, beschrieb, entstand eine Spannung, das Gesicht zeigte Aggression. Dabei sagte sie, dass sie „bereit wäre alle zu töten". Diese Aussagen schockierten die Mutter. Dieser Zustand der Tochter dauerte bereits über mehrere Jahre an. Sowohl die Mutter, als auch die Tochter meinten, das stehe im Zusammenhang mit dem schlechten Verhalten der Mitschüler in der alten Schule, die zu verlassen sie vor zwei Jahren gezwungen war.

Beim ersten Gespräch teilte das Mädchen mit, das es ihr schwer fällt zu leben und mit sich selbst zurechtzukommen. Deswegen war sie damit einverstanden, dass man sich an einen Fachmann wenden soll. Aber sie wollte mit dem Psychotherapeuten nicht allein ohne ihre Mutter sprechen. Bei dem Versuch, den möglichen Grund eines solchen psychischen Zustandes zu klären, erzählte das Mädchen, wie es zu diesem Verhalten seitens der Mitschüler ihr gegenüber gekommen war. Sie hatte Übergewicht und schämte sich dafür. Die Mitschüler hatten sie geneckt, gedemütigt, beleidigt. Dabei wurde sie aggressiv, indem sie zu Drohungen und beleidigenden Aussagen griff, sie versuchte sich zu schützen. Keiner hat ihr sonst geholfen. Ein paar Mal war es passiert, dass mehrere aggressive Mitschüler sie umkreisten. In diesem Augenblick war sie verwirrt, wurde hilflos, konnte keinen Widerstand leisten und nicht für sich eintreten. Da solche Situationen sich wiederholten, wollte sie die Schule nicht mehr besuchen, und die Mutter war gezwungen, sie in eine andere Schule, in der sie selbst unterrichtet, zu bringen. Nach dem Schulwechsel hatte sie angefangen die Gegenstände zu Hause zu meiden. Alle diese Gegenstände hatten etwas Gemeinsames: Sie gab es in der Wohnung auch zu der Zeit des Mobbings in der Schule und sie erinnerten das Mädchen daran. Die Eltern waren sogar gezwungen ein neues Sofa zu kaufen, damit sie darauf ruhig schlafen konnte.

Beim ersten Gespräch war sie sehr aufgeregt, atmete schwer bei ihrem Bericht über sich. Dabei war eine deutliche vegetative Reaktion zu verzeichnen, als sie von den erlebten Beleidigungen erzählen sollte. Das Gespräch war dermaßen schwierig für sie, dass sie nur einzelne Fakten von den traumatisierenden Ereignissen mitteilte. Das allgemeine Bild von den Vorkommnissen wurde erst in den nächsten Stunden ergänzt. Der Bericht des Mädchens über sein Erleben ging spontan, ohne meinen Druck. Ich machte mir Sorgen, wie sie sich nach unserem Treffen fühlen wird. Das war auch deswegen wichtig, weil die Zeit auf 50 Minuten beschränkt war. Es war klar, dass sie für ein komplexeres Abreagieren und für die Verarbeitung viel mehr Zeit brauchen wird. Ich brachte mein Verständnis und Mitleid im Zusammenhang mit ihrem Leiden sowie mit den ständig auftretenden aggressiven Gefühlen zum Ausdruck. Ihr emotionaler Zustand während des Gesprächs war in starkem Maße von Affekten und vom Schmerz erfüllt. Da dieser Zustand auch für das Mädchen selbst schwer war, verschrieb ich bereits beim ersten Treffen eine kleine Dosis Neuroleptikum.

Das zweite Treffen fand eine Woche später statt. Das Mädchen hatte von sich aus die Mutter darum gebeten, weil sie bereits nach dem ersten Gespräch eine große Erleichterung fühlte. Sie kam während der weiteren acht Treffen, die im Laufe von vier Monaten stattfanden (je zwei Sitzungen pro Monat) wieder mit der Mutter, und ließ sie während des Gesprächs nicht weggehen. Nach der dritten Sitzung verschrieb ich zusätzlich ein Antidepressivum. Ich habe ihr auch erlaubt mich ab und zu anzurufen und über ihr Befinden zu informieren, weil ich spürte, dass sie meine Unterstützung braucht. Beim persönlichen Treffen berichtete sie über die Ereignisse. Am Ende der Gespräche wurde sie viel ruhiger und war näher bei sich selbst. In der Schulklasse fühlte sie sich sehr einsam. Nur ein Mädchen schenkte ihr Aufmerksamkeit in den Pausen. Die anderen Kinder waren ziemlich gleichgültig. Keiner beleidigte sie. Gleichzeitig stand sie immer unter Spannung, da sie auf Überfälle gefasst war. Manchmal entstand der Eindruck, dass A. die Unfreundlichkeit seitens der Altersgenossen übertreibt. Diese Fakten sollten wir präzisieren.

Bei den nächsten Treffen erzählte das Mädchen mehr von sich. Sie teilte mit, sie möge moderne Musik, lese viele Bücher. Ihre Altersgenossen nannte sie «blöd», weil sie keine Kenntnisse und keine Interessen hätten. In dem, was sie von sich selbst erzählte, war spürbar, dass sie an der Einsamkeit leidet, aber gezwungen ist allein zu sein, weil die Altersgenossen ihren Interessen und ihrem Entwicklungsniveau nicht entsprechen. So erklärte sie es.

Wir sprachen in den Sitzungen ab und zu die unangenehmen Erinnerungen an, diese Gespräche waren von stark ausgeprägten emotionalen Reaktionen begleitet. Dabei errötete das Mädchen und es entstand eine starke Spannung. Sie zeigte Beleidigung und Aggression, sprach Drohungen den Beleidigern gegenüber aus. Ich bot ihr die Möglichkeit, ihre Gefühle zum Ausdruck bringen zu können. Langsam ließ die Intensität der Affekte nach.

Üblicherweise fragte ich A. am Anfang der Sitzung, ob wir zu zweit kommunizieren könnten und wie es für sie besser wäre. Aber sie entschied sich immer für ein Gespräch in Anwesenheit der Mutter. Die Mutter spielte für sie die Rolle einer Begleiterin in den alltäglichen Dingen: Einkaufen, Spaziergang, Kinobesuch usw. Sie standen in einer zärtlichen, vertrauensvollen Beziehung zueinander.

In der achten Sitzung stimmte das Mädchen zu, ein Gespräch ohne Mutter zu führen. Dieses Treffen war eine Kulmination in der Besprechung der traumatisierenden Ereignisse. A. erinnerte sich wieder an ein spezielles Ereignis, obwohl sie mehrere davon erlebt hatte. Diese Erinnerungen waren besonders schmerzend. Damals war sie von den Altersgenossen umkreist worden, sie hatten sie beleidigt, als eine Dumme und Dicke beschimpft. Zuerst hatte sie versucht sich zu wehren, aber als mehrere Jugendliche sie umkreist hatten, konnte sie nicht mehr sprechen. Damals hatte sie sich verletzt und deprimiert erlebt. Sie hatte Angst gemischt mit Aggression gespürt. Diese Gefühle waren vom Empfinden absoluter Hilflosigkeit und Verwirrung begleitet. Auf die Frage: „Was würde sie ihren Beleidigern sagen?" antwortete sie, nach kurzem Überlegen: „Eigentlich hätte ich eine ganz spezielle Aussage dazu." Sie sagte das demonstrativ locker und lächelnd. Doch war gut zu spü-

ren, dass es viel Zeit gebraucht hatte, um sich diesen Satz einfallen zu lassen: „Wenn ihr nur gewusst hättet, dass ein falsches Wort das ganze Leben eines Menschen, seine Lebensanschauung, die Geschichte verändern kann. Versteht ihr, was ihr tut? Ein Wort kann töten!“ Ich bat das Mädchen, dass es diesen Satz so ausspricht, als ob die Beleidiger jetzt vor ihr wären. Sie wagte nicht sofort das zu tun, aber dann hat sie diese Worte, zwar mit gewisser Aufregung, ausgesprochen. Danach ließ die Aufregung ein bisschen nach. Ich fragte sie, was sie meint, was ihr bei diesen schweren Ereignissen helfen könnte mit der Situation und mit ihrem Zustand zurechtzukommen. Sie sagte, es könnte ihr helfen, wenn wenigstens ein Mensch sie in diesem, für sie so schwierigen Augenblick, verstanden und unterstützt hätte. Ich fragte, ob sie damals eine Unterstützung von der Mutter bekommen hatte, ob die Lehrerin sie unterstützt hatte. Sie sagte, sie hatte es mehrere Tage nach den beschriebenen Ereignissen mit keinem geteilt. Erst später hatte sie der Mutter davon erzählt. Das hatte ihr eine Erleichterung gebracht, aber das war noch nicht ausreichend gewesen. Über die Beleidigungen hatte die Mutter mit der Lehrerin gesprochen. Die war mit ihr rein formell einverstanden, hatte aber eine distanzierte Haltung bezogen und hatte rein formell und ohne irgendein Ergebnis mit den Beleidigern gesprochen. A. sagte auch, es wäre ihr viel besser gegangen, wenn sie „wenigstens von einem der Altersgenossen“ Unterstützung bekommen hätte. In der Klasse hat es ihrer Meinung nach nur einen Jungen gegeben, der sie verstehen, rechtfertigen und unterstützen könnte. Aber er war an diesem Tag nicht in der Schule gewesen. Das Mädchen hatte kein einziges Mal gewagt mit diesem Jungen diese schwierige Situation zu besprechen, obwohl sie damals seine Zuneigung empfunden hatte. Sie machte sich auch Sorgen um sein Schicksal. Es war bekannt, dass er genauso wie sie später zu einer anderen Schule gewechselt hat. Wenn sie von ihm sprach, spürte ich ein Licht der Liebe und der Hoffnung in ihren Augen. Ich fragte, warum die beleidigende Art der Altersgenossen sie so betroffen hatte. Sie antwortete: „Das sind doch Menschen! Wie können vernünftige Menschen sich so benehmen?“

In der nächsten Sitzung war das Mädchen wieder einverstanden ohne Mutter zu sprechen. Am Beginn der Sitzung teilte die Mutter mit, die Tochter sei nach dem letzten Gespräch geflogen und war so lustig, wie sie sie schon lange nicht mehr erlebt hätte. Als wir wieder das Thema der Beleidiger ansprachen, sagte sie: „Ich würde sie alle töten! Nicht nur sie, sondern alle Menschen außer den Eltern! Die Menschen sind nicht wert zu leben!“ Nach diesem Satz verstummte ich für eine Weile und überlegte mir ihre Worte. Sie schaute auf mich bittend und fragte: „Sicher werden Sie mich nach diesen Worten nicht mehr respektieren?“ Ich antwortete, dass mich sehr berührt, wie stark sie verletzt ist und wie sehr sie deswegen einsam ist. Ich fragte: „Vielleicht sollte man doch jemanden am Leben behalten?“ Sie überlegte und antwortete: „Vielleicht.“ Sowohl ich als auch das Mädchen waren von diesem Gespräch sehr tief beeindruckt.

Über mehrere Monate konnte man eine Veränderung des Erlebens des Mädchens in der Schule beobachten. Sie fühlte sich wohl und besuchte gern den Unterricht. Sie wurde auch freier in ihren Beziehungen. Sie kommunizierte mehr mit ihren Altersgenossen in den Pausen. Zu Beginn unserer Treffen war A. sehr davon abhängig, ob das einzige Mädchen, das ihr Aufmerksamkeit geschenkt hatte, auf sie aufmerksam wird (dabei beschrieb A. sie als unsympathisch und sogar abstoßend). Später verhielt sie sich dazu viel ruhiger, ihr Kommunikationskreis wurde größer. Auch das Vermeidungsverhalten in Bezug auf die Gegenstände zu Hause nahm ab.

In dem beschriebenen Fall haben wir damit zu tun, dass das beleidigende Verhalten der für A. relevanten Altersgenossen einen grenzüberschreitenden und nicht begreifbaren Charakter bekommen hat. „Wie können sich vernünftige Wesen so verhalten!?“ Dieser Satz beschreibt das Unbegreifliche und sie schildert, wie zu dem Zeitpunkt der Beleidigung die Aktivismen und die Aggression vom Totstellreflex abgelöst wurden. Das bedeutet eine Blockade der Verarbeitung, die sich im Zusammenhang mit der wiederholenden Traumatisierung, sowie mit der fehlenden Unterstützung und des Verstehens seitens eines „relevanten Anderen“ vertieft und fixiert hat. Die *Versuche* einer Verarbeitung haben dazu geführt, dass das Erleben des Mädchens von Affekten in Form des Erlebens von Gefahr und Hass erfüllt war. Durch diese erfolglosen Versuche der Verarbeitung entstand eine Ablehnung von sich selbst und dem Leben, die Ablehnung aller Menschen (wegen der Generalisierung der Verletzung) mit der Herausbildung der entsprechenden Haltung. Diese Dynamik und die Blockade durch die Traumatisierung war von einem überwältigenden Gefühl durch die Bedrohung und von psychischer Erstarrung begleitet. Durch die mangelnde Unterstützung vor Ort erlebte sie sich einsam. Es fehlte die Bedingung für die dialogische Verarbeitung des Traumas. Ihr Erleben war von Affekten dominiert. Sie haben zur Ablehnung von sich selbst und vom Leben, zum Hass auf alle Menschen wegen der Generalisierung der Bedrohung und zur Entstehung einer feindlichen Haltung geführt. Diese Dynamik wurde vom Vermeidungsverhalten in Bezug auf die Gegenstände, die das Mädchen an das erlebte Trauma erinnert haben, begleitet.

Die Herausbildung einer vertrauensvollen Beziehung zum Therapeuten vollzog sich langsam. Nach dem Abreagieren des traumatisierenden Erlebens wurde das Ausmaß der Affekte geringer. In der neuen Schule fühlte sie sich immer besser. Die Chance von anderen, denen sie vertraute (vom Therapeuten) gesehen zu werden brachte dem Mädchen Erleichterung. Sie konnte zum ersten Mal ihre Antwort den Beleidigern laut sagen und dabei zu sich stehen. Dieses authentische Antwortgeben führte zur Milderung der aggressiven Tendenzen und zur Versöhnung mit sich selbst, mit dem Leben und mit der Welt.

Wenn wir uns diesen Fall aus der Sicht der Methode der Personalen Existenzanalyse (PEA) anschauen, dann sehen wir, dass die Arbeit auf der Ebene PEA 1 – PEA 2 liegt (der Übergang von der primären emotionalen Reaktion zu der integrierten Emotion) (Längle 2005b). Obwohl die Therapie noch nicht abgeschlossen ist, ist es doch gelungen die affektive Ladung wesentlich zu senken, das Vermeidungs-

verhalten zu reduzieren, eine Freiheit in den Beziehungen zu erreichen, eine Milderung der feindlichen und aggressiven Haltungen zu anderen Menschen und zum Leben selbst entstehen zu lassen.

Auf dem Hintergrund des Mobbings und des Traumas können wir in diesem Fall eine personale Deprivation erblicken, weil das Mädchen ihren Klassenkameraden nicht als Person begegnet ist.

Fall Nr. 3

Der nächste Fall ist ein Beispiel für einen langanhaltenden Entzug der väterlichen Liebe und den daraus langsam entstehenden Veränderungen. Ein Mann, 54 Jahre alt, erzählte die Geschichte seiner fehlenden emotionalen Beziehung zum Vater. Er war ein Einzelkind, dem die Eltern genug Aufmerksamkeit und Fürsorge geschenkt haben. Aber die führende Rolle in der Familie spielte die Mutter, wobei dem Vater die Nebenrolle zugeteilt wurde. Die Beleidigungen für ihn waren in zahlreichen Streitigkeiten der Eltern zu hören. Obwohl, im Gegensatz zum Vater, für die Mutter die Interessen des Sohnes immer eine Priorität gewesen sind, hat der Junge immer eine nähere Beziehung mit dem Vater angestrebt. Der Vater hat immer für den Sohn gesorgt. Aber wenn der Sohn versucht hat, ihn zu umarmen, oder zu küssen, ist er immer ausgewichen. Die Äußerung von Gefühlen war ihm nicht möglich. Für immer hat sich bei dem Jungen die schlecht rasierte Wange des Vaters, die er anstatt des Kusses entgegengehalten hat, eingeprägt. Er hat auch das Schwärmen der Mutter für andere negativ Männer wahrgenommen. Davon hat sie dem Kind wie ihrem „nächsten Freund“ erzählt. Einerseits, konnte der Junge das verstehen, weil die Mängel des Vaters ihm gut bekannt waren. Andererseits hat ihn das doch verletzt und beleidigt. Das Zusammenleben mit den Eltern war wegen der ständigen Konflikte schwer zu ertragen. Bei der ersten Gelegenheit ist er ausgezogen. Es hat dem Jungen und dem Jugendlichen an Kommunikation mit Männern gemangelt. Er hat versucht, diese Erfahrung durch den Kontakt mit anderen Verwandten und mit den älteren Kollegen an der Arbeitsstelle nachzuholen. Er musste viel selbst an der Herausbildung seiner männlichen Qualitäten arbeiten. Erst im mittleren Alter war die bemerkbare Gefühlsblockade weg. Als erwachsener Mann hat er nach wie vor die Diskriminierung des Vaters durch die Mutter und den Mangel an einer warmen Beziehung zu ihm gespürt. Wenn der Sohn angerufen hat und der Vater abgenommen hat, hat er auf die Frage: „Wie geht es Dir?“ immer geantwortet: „Jetzt gebe ich den Hörer der Mutter.“ Und sie hat dem Vater sofort gesagt „Geh weg und störe mich nicht beim Gespräch!“ Solches Benehmen der Mutter hat den Sohn mit den Jahren immer mehr geärgert. Im Alter von 54 Jahren, nach dem Tod der Mutter, hat er dem Vater vorgeschlagen, zu ihm in seine Wohnung in einer anderen Stadt zu kommen. Damals war der Vater 84 Jahre alt. Er war von der Sorge des Sohnes sehr berührt. Anscheinend hat er damit gar nicht gerechnet. Als der Sohn ihn wieder nach Hause verabschiedet hat, war im Zug etwas für den Sohn Unerwartetes passiert. Der Vater ist plötzlich aufgestanden, hat den Sohn beim Verabschieden umarmt und geküsst. Beim Verlassen des Wagens hat der Sohn plötzlich eine starke Aufregung gespürt. Die Tränen sind gekommen und er hat schluchzend geweint. So hat er noch nie in seinem Leben geweint. Er hat nicht sofort verstanden, was passiert ist. Erst nach einiger Zeit hat er begriffen, dass das die erste Umarmung und der erste Kuss des Vaters in seinem Leben gewesen sind. Früher war ihm der ungenügende Charakter seiner Beziehung mit dem Vater zwar bewusst, aber er hat das nie so emotional erlebt. Diese Gefühle haben bei dem Mann Ärger ausgelöst: „Sowohl die ersten Gefühle als auch die ersten Tränen sind so spät gekommen. Das ist doch mein Vater!“ Erst später, bereits nach dem Tod des Vaters mit 86 Jahren, hat er sich an diese Geschichte mit großer Trauer erinnert.

Dieser Fall ist ein Beispiel einer andauernden Deprivation, wo die Verarbeitung der Folgen in Form der Trauerepisoden verlief. Die plötzliche Begegnung mit dem Vater hat das Erleben in ein leidvolles Fließen der Tränen und in eine Lösung aus der Emotionslosigkeit ins Gefühl gebracht. In diesem Fall handelt es sich um Folgen in einer nichtklinischen Ebene.

RESÜMEE

In allen beschriebenen Fällen konnten wir sehen, dass der wichtigste phänomenologische Inhalt der personalen Deprivation das Fehlen der personalen Begegnung, die Unmöglichkeit einem anderen wichtigen Menschen als einer Person zu begegnen, ist (Barannikov 2010). Gerade diese Tatsache ist existentiell relevant in der Feststellung einer Deprivation. Sie führt auch zu einem existentiell relevanten Leiden im Zusammenhang mit dieser Tatsache, das oft vom Verlust (oder vom Nicht-Erreichen) des eigenen personalen Wesens begleitet wird. Die geistig-personale Deprivation kann zu der geistig-personalen Selbstdeprivation führen (zu der Unmöglichkeit sich selbst als Person zu begegnen).

Die von uns angeführten Beispiele zeugen davon, dass die personale Deprivation in unterschiedlichen Formen verlaufen und verschiedene Folgen haben kann. In der Regel haben diese Folgen einen komplexen Charakter. Sie entwickeln sich auf der Ebene der Gefühle, auf der kognitiven Ebene, auf der Ebene der Struktur des Prozesses der Verarbeitung des Erlebens. Der generelle Verlust hängt mit einer teilweisen Reduzierung des Erlebens auf Affekte und der Psychodynamisierung des Erlebens zusammen. Diese Dynamik kann bestimmte Besonderheiten und eigene mit verschiedenen Persönlichkeitsstrukturen verbundene spezielle Themen aufweisen. Auf diese Frage werden wir in diesem Bericht nicht speziell eingehen, sie sind Inhalt des zweiten Teils dieser Arbeit.

Literatur:

Barannikov AS (2010) Duhovnaja (personal’naja) deprivacija: fenomenologitsheskoe soderzhanie, posledstvija, osobennosti diagnostiki I pomoschi Razvitie litschnosti. – Moskau: MPGU, 4, 2–81

Baumrind D (1991) Parenting Styles and Adolescent Development//Encyclopedia of Adolescence. NY: Garland
Bleicher WW, Kruk IW (1995) Tolkovyi slowar psihologitscheskih terminow. Voronezh: NPO „MODAK"
Boshowitsch LI (1968) Litschnost I ejo formirowanie w detskom wozraste. Moskau: Prosweschenie
Bowlby J (1951) Maternal Care and Mental Health. Genf: World Health Organization
Bowlby J (1973) Attachment and loss: Separation: anxiety and anger. – Vol 2. NY: The International Psycho-Analytical Library
Bowlby J (2003) Priwjazannost'. Moskau: Gardariki
Bowlby J (2004) Sozdanie I razruschenie aemocionalnych swjazei. Moskau: Akademitscheski proekt
Buber M (1995) Dwa obrasa wery. Moskau: Respublika
Carson RC, Butcher JN, Mineka S (2004) Anormal'naja psihologija.11 izdanie. Moskau/Sankt Petersburg: Piter
Frankl V (1999) Psihoterapia na praktike. Sankt Petersburg: Juwenta, 88
Freud S (2006) Otscherki po teorii sexualnosti. Moskau: Ast
Furmanow IA, Furmanowa NW (2004) Psihologia depriwirowannogo rebjonka. Moskau: Wlados
Holmogorowa AB (2010) Obschaya psihologia. Moskau: Akademia, Tom 1
Klassifikacia (2003) boleznei w psichiatrii I narkologii. Posobie dlja wratschei. Pod. red. Milewskogo MM. Moskau: «Triada-X»
Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. In Existenzanalyse 15, 1, 16–27
Längle A (2005a) Person. Ekzistencial'no-analititscheskaya teoria lichnosti. Moskau: Genezis
Längle A (2005b) Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. Existenzanalyse traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. In: Existenzanalyse 22, 2, 4–18
Langmeier I, Matejcek Z (1984) Psihitscheskaja deprivazia v detskom wozraste. Prag: Awicenum
Montessori M (1993) Dom rebenka. Metod nauchnoi pedagogiki. Moskau: Zadruga
Muchina WS (1989) Psichologicheskaya pomosch' detjam, wospitywajusch'imsja w uchrezhdenijah internatnogo tipa. In: Woprosy Psihologii. 1, 32–39
Prichoshan AM, Tolstych NN (2005) Psychologia sirotstwa. Sankt Petersburg: Piter
Rycroft C (1995) Kriticheski slovar psychoanaliza. Sankt Petersburg: Wostochno-ewropeiski Institut Psychoanaliza
Schelowanow NM, Askarina NM (1955) Wospitanie detei rannego wozrasta w detskih uchrezhdeniyah. Moskau: Pedagogika
Spitz R (1946) Hospitalism: A follow-up report on investigation. Psychoanalytic Study of the Child, 1, 2, 113–117
Tschuprowa MA (2007) Naruschenie interpersonalnych sootnosheni I aemocionalnogo razwitia u detey-sirot bez opyta zhizni w sem'e: avtoreferat diss. kand. psichol. nauk. Moskau: Moskowski gorodskoi psihologo-pedagogitsheski uniwersitet
Winnikot DW (1998) Malen'kie deti I ih materi. Moskau: "Klass"
Wygotski LS (1983) Principy socialnogo wospitania gluhonemyh detei. In: Sobr. Sotsch. w 6t. Moskau:Pedagogika, T5
Wygotski LS (2003) Osnowy defektologii. Sankt Petersburg: Lan'
Wygotski LS (2005) Psihologia razwitia tscheloweka. Moskau: Smysl; Aeksmo.

Anschrift des Verfassers:

Barannikov Alexander. M.D., MSc (Österreich)
Professor am Moskauer Sozial-Pädagogischen Institut.
Arzt, Psychiater und Psychotherapeut.
Vorsitzender der Sektion der existentiellen Psychotherapie des Berufsverbandes der Psychotherapeuten Russlands.
Trainer und Supervisor am Russisch-Österreichischen Institut für Existenzanalytische Psychologie und Psychotherapie.
Addresse:
Ul. Adm. Nakhimov, 14–99
Zheleznodorozhniy
Moskovskaya oblast
Russia, 143920
Phone: 8-903-592-19-32, 8(498)-304-34-60.
E-mail: albar11@mail.ru

WAS BRINGT DAS ALTER?

Leiden und Reifen als existentielle Herausforderung

Alfried Längle

Unter den zahlreichen *Problemen,* die mit dem Altern verbunden sind, sind auch spezifische existentielle Themen ausfindig zu machen. Sie tragen erheblich zum Leiden am Alter bei.
Altern wird vor allem als ein progredienter Kompetenzverlust auf somatischer, psychischer und sozialer Ebene verstanden, der zu wachsender Hilfsbedürftigkeit führt. Damit verändert sich die Weise des In-der-Welt-Seins im Alter und fordert ein neues Selbst- und Weltverständnis. Gelingt es nicht, entsprechende Einstellungen zu entwickeln, entstehen psychische Störungen. Dabei führen die Erfahrung der Begrenztheit zu hysterischen Reaktionen, das Leiden an der Vergänglichkeit zu Depressionen und der Haltverlust, der den unaufhaltsamen Kompetenzverlust begleitet, zu Ängsten. Die noch verbleibende Lebenszeit stellt den Menschen vor die existentielle Sinnfrage; und der Versuch, das Leben zu überblicken, vor die Frage nach dem ontologischen Sinn.
Als hauptsächlicher *Gewinn* des Alterns wird die *Reife* herausgestrichen. Sie wird verstanden als ausgewogenes Maß an Teilhabe und Zurücknahme in einem aktiven Lassen. Als größter Gewinn des Alters wird die Erschließung der inneren Welt und das sich bei sich selber Einrichten diskutiert. Damit wäre Altern auf eine Verdichtung des Lebens in Richtung auf mehr Sein angelegt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Alter, Reife, Sein, Lebenssinn, Existenzanalyse

WHAT ENTAILS OLD AGE?
Suffering and maturing as existential challenge

Amongst the many age-related problems quite a number of specifically existential themes can be identified. They contribute considerably to the suffering of age.
Aging in this context is understood as a progressive loss of competence on the somatic, psychic and social level with an increasing need for help as a result. This changes the type of Being-in-the-world and claims a new understanding of oneself and one's world. If the necessary attitudes cannot be developed adequately, psychic disorders can arise. The experience of existential limitations may give rise to histrionic reactions; the suffering from the transitory nature of life may provoke depressions; and the failing sense of support brought about by the inexorably diminishing competence may cause fears and anxiety. One's remaining life span makes one face the existential and ontological questions of the meaning of life.
Maturity is put forward as the main benefit of aging. It is understood as a good balance of participation and withdrawal, in an attitude of supportive abstention. The exploration of the inner world and the installation within oneself are expounded as the greatest gain of aging. This results in a view of the process of aging as an increasing condensation of life in the sense of more being.

KEYWORDS: aging, maturity, being, meaning of life, Existential Analysis

EINLEITUNG

Um dem alternden und alten Menschen begegnen zu können und ihm eine menschlich getragene und sachlich angemessene Hilfe und Begleitung zukommen zu lassen, können neben der obligaten medizinischen und pflegerischen Versorgung insbesondere Kenntnisse über die *existentielle Wirklichkeit* des Alt-Seins hilfreich sein. Damit ist mehr gemeint als das Wissen um die spezifischen Belastungen und Probleme des Alt-Seins, das als Basis für das Verständnis anzusehen ist. Darüber hinaus ist insbesondere die persönliche, selbsterfahrerische Auseinandersetzung mit den Inhalten dieser Wirklichkeit des Alt-Seins eine große Hilfe, um den alten Menschen in seiner Lebenswelt erreichen – und auch ertragen zu können. Andernfalls ist die Gefahr groß, daß die Therapie bzw. Begleitung für beide Seiten frustrierend wird: Der Patient[1] fühlt sich unverstanden, alleingelassen und abgeschoben in seine ausweglose Situation, die Pflegeperson, der Therapeut oder Arzt belastet durch die Themen, durch mangelnde Compliance und verminderte Ansprechbarkeit des Patienten.

Während Pflegepersonen und Therapeuten meistens mehr Kontakt mit den Patienten haben, sind gerade Ärzte durch die zumeist nur punktuellen Visiten bei den Patienten beziehungsmäßig eher in der Distanz. Gerade darum ist zu bedenken, dass sich der Mediziner dann zum Arzt wird, wenn er neben der sachlichen Versorgung des Patienten ihn auch menschlich zu begleiten, zu verstehen und dadurch einfühlsam zu führen vermag.

WAS IST EIGENTLICH DAS ALTER?

Das Charakteristikum des Alters kann im Hinblick auf die existentiellen Belange[2] am *mehrdimensionalen Verlust von Kompetenzen* festgemacht werden. Es ist gekennzeichnet durch einen *irreversiblen, fortschreitenden und nicht durch Krankheit bedingten Abbauprozess.* Das subjektiv wie intersubjektiv Erschwerende daran ist, daß dieser Verlust von einer *Hilfsbedürftigkeit* begleitet ist, die schließlich in Hilflosigkeit übergehen kann. Existentiell bedeutsam am Alterungsprozess

[1] Der leichteren Lesbarkeit halber wird das generische Maskulinum für beide Geschlechter verwendet.
[2] Existentiell meint immer auch: daran kann der Mensch auch scheitern; da kann sein Leben aufgehen, zur Erfüllung kommen bzw. das persönliche Betroffen-Sein so gravierend sein, dass das Leben zur Belastung wird.

ist weiters der zunehmende *Verlust der Beziehung zur äußeren Welt* und ein verstärktes *Verwiesen-Sein auf die innere Welt.*

Der progrediente Verlust von Fähigkeiten und Kraft im Altern betrifft *mehrere Dimensionen* des Mensch-Seins:
a) den somatischen Bereich
b) den psychischen Bereich
c) den sozialen Bereich.

Der *somatische* Bereich ist geläufig. Da ist beispielsweise der Verlust der Fähigkeit der Sinnesorgane zu nennen, ja überhaupt der Organe und ihres physiologischen Zusammenspiels. Dehydrierung, Sklerosierung und Ablagerungen prägen das Bild.

Im *psychischen* Bereich ist auf das Nachlassen der Vitalkraft, der Triebspannung und der kognitiven Leistungsfähigkeit zu verweisen.

Im *sozialen* Bereich sind die Fähigkeit der Kontaktnahme, der Flexibilität und eine erhöhte Frustrationsintoleranz zu nennen, woraus eine zunehmende Vereinsamung des Menschen resultiert. Die Vereinsamung ist jedoch nicht nur auf den individuellen Kompetenzverlust zurückzuführen, sondern ist ebenso Ergebnis der Einstellung unserer Gesellschaft zum alten Menschen, der aus der Produktivität und den gesellschaftlichen Funktionen ausgeschieden ist. Im familiären Raum wird er bei den heutigen beruflichen Anforderungen und den Freizeit- und Urlaubsmöglichkeiten an den Rand gedrängt. Längst hat der alte Mensch nicht mehr jenes soziale Ansehen, das er in den traditionellen, agrarischen Gesellschaften hatte, die den „Senatoren" sogar eine Führungsrolle in der politischen Kontrolle zugedacht hatten.

Der Alterungsprozeß kann zu unterschiedlichen Zeitpunkten in den genannten Dimensionen beginnen und mit verschiedener Geschwindigkeit vonstatten gehen. Bei der gegenseitigen Verflechtung der Dimensionen können dadurch komplizierte Verhältnisse und Ungleichgewichte entstehen: z.B. reduzierte psychische Vitalkraft bei erhaltenen Körperfunktionen und sozialen Fähigkeiten, wie es bei der Altersdepression zu finden ist; oder voll erhaltene soziale Kompetenz und Vitalkraft bei reduzierter Körperlichkeit, ein Zustand, bei dem der Mensch besonders an seiner Gebrechlichkeit leidet.

Vom Alterungsprozeß zu differenzieren ist die *Reifung.* Organische, psychische und soziale Reifungsprozesse unterliegen zwar wie das Altern der Zeit, sind aber durch einen *Kompetenzgewinn* gekennzeichnet. Das Altern setzt in unserem Verständnis erst nach der Blüte ein[3], gleich dem Verblühen und Welken der Pflanze, um es in einem geläufigen Bild zu sagen.

DAS ALTERN: DIE VERÄNDERUNGEN FORDERN

Diese Vorgänge stellen den Menschen vor spezifische Aufgaben. Er hat sich mit all dem, was an ihm selbst und was um ihn herum sich verändert und insbesondere altert, auseinanderzusetzen. Man hat sich auf die neuen Bedingungen einzustellen, sich auf sie in den Entscheidungen zu beziehen. Das bedeutet nicht nur eine *kognitive* Auseinandersetzung, sondern auch eine *emotionale.* Er wird dazu angehalten, weil er den Alterungsprozessen nicht einfach nur passiv unterworfen ist wie das alternde Tier, sondern weil er das Altern *erlebt* und in einen Verstehens-Horizont einbinden möchte. Er steht vor der Aufgabe, die Veränderung in der Art des „In-der-Welt-Seins" (Heidegger 1979) zu erkennen. Man ist anderes eingebettet in der Welt. Das macht es aus, dass auch diese wieder neu zu begreifen ist: ihre Geschwindigkeit; die soziale Einbettung und Bedeutung; das, was heute wichtig ist (berufsbezogene Informationen verlieren z.B. an Bedeutung, gesundheitsbezogene nehmen zu); ganz abgesehen von manchen Schwierigkeiten, die mit den neuen Mitteln und aktuellen Vorgangsweisen in dieser neuen Zeit auftreten. Das fordert von ihm ein neues *Verständnis* der Zusammenhänge, in denen er steht und in denen er sich selbst wieder neu zu verstehen hat. Dieses Verständnis bildet die Grundlage für neue *Einstellungen* des alten Menschen zu sich und zu den anderen. Daraus leiten sich die Motivation und das Maß an Engagement in der realen Welt ab, bzw. ob und wie weit es zur Zurücknahme aus ihr kommt, weil die innere Zustimmung ausbleibt.

ALTERN ALS EXISTENTIELLE HERAUSFORDERUNG

Im Alter erlebt der Mensch die grundlegenden Themen der Existenz (vgl. Längle 2002a; 2008) wieder neu, anders, manches abgeschwächt, manches schärfer und dringlicher. Sie waren als Grundthemen der Existenz auch in den vorangegangenen Lebensabschnitten enthalten. Wenn Sie verdrängt oder übergangen wurden, so können diese Themen unerbittliche Züge annehmen und zur Entwicklung von Psychopathologien führen:
- sie können bedrohen und *Angst* machen, mitunter psychotische Episoden verursachen;
- sie können belasten und *depressiv* machen;
- sie können beengen und *hysterisch* bzw. paranoid machen.

Der alternde und alte Mensch erlebt einige Bedingungen der Existenz mit besonderer Eindringlichkeit:

a) Der subjektive Kompetenzverlust einerseits und das Erleben der Unaufhaltsamkeit der Alterungsprozesse andererseits weisen den Menschen auf jene Eigenschaft des Lebens hin, wo dieses *unverfügbar* ist.

Wird das Erleben der Unverfügbarkeit nicht integriert, wird es zunehmend als „keine Kontrolle-Haben" über lebensbedingende Prozesse empfunden, was den Menschen in die *Angst* führen kann (Boss 1979; Condrau 1984).

b) Durch das Wissen um die Sterblichkeit und das Erfahren des Todes Gleichaltriger, aber auch durch eigene Krankheiten erlebt der alte Mensch eine größere *Todesnähe.* Es wird ihm die *Vergänglichkeit* des Lebens besonders deutlich. Wer sich auf sie nicht einrichten kann, wer ihr

[3] Darin liegt eben die Differenzierung zwischen *älter werden* (was vom Augenblick der Geburt an – eigentlich ab der Zeugung – beginnt) und *altern.*

nicht getrost und getragen entgegenblicken kann, der wird das Altern als ein fortwährendes Entreißen und Verlustig-Gehen von Werten erleben. Das Bild von sich selbst steht in Gefahr zu einem Verlierer oder vielleicht sogar Versager zu werden, weil er sich nicht zu helfen weiß: ihn führt das Altern in die *depressive* Welt (vgl. v. Gebsattel 1959; Tellenbach 1987).

c) Die Verluste führen dem Menschen die *Begrenztheit* der Möglichkeiten deutlich vor Augen. Solche Begrenzung kann zur *Beengung* werden. Wer das Ausmaß und die Beständigkeit der Begrenztheit nicht annehmen und innerhalb dieser enger werdenden Grenzen sein Leben einzurichten vermag, erfährt das Altern als zunehmenden (äußeren, aufgesetzten) Druck, und sich selbst darin vereinsamt, leer. Er wird versuchen, seine Zeit zu überspielen, um ihr zu entkommen. Diese Entwicklung führt den, der mit den Grenzen menschlicher Existenz nicht zurechtkommt, zur Entwicklung *hysterischer Reaktionsmuster* (vgl. die anthropologischen Grundlagen der hysterischen Erlebnisweise in Michel 1979; Längle 2002b).

d) Angesichts der Begrenzungen an Möglichkeiten und Lebenszeit und der veränderten Lebensbedingungen stellt sich die *existentielle Sinnfrage* (Längle 1994; 2007; Utsch 1992): Wozu noch leben? – Wozu das alles aushalten? – Wofür habe ich gelebt? – War das gut, wofür ich gelebt habe? „Die Möglichkeit, seinem Leben einen Sinn zu geben, in dem auch die Zukunft noch von Interesse ist, vermag in vielen Fällen das Auftreten der Alterspsychose hintan zu halten", meinte H. Hoff (1959). Diese „Lebensrückblickfragen" und „Überblicksfragen" leiten zu einer letzten Sinnfrage über:

e) zur *ontologischen,* also philosophischen und religiösen Sinnfrage: „Welchen Sinn hat dieses Leben, dieser Tod, dieses Leid? – Gibt es etwas, das dieses Leben übersteigt?" (Frankl 1982, 43ff, 218ff, 231ff; Längle 2007) Gerade vor diese Frage wird der alte Mensch vielleicht besonders eindrücklich gestellt. Es gehört vielleicht zur Abrundung des Lebens, auf sie eine persönliche, vielleicht nur leise und innerliche Antwort zu suchen. Für die psychologische Auswirkung ist es nicht so wichtig, welchen Inhalt der Mensch als die für ihn gültige Antwort ansieht, und ob sie z.B. zu einem Gottglauben oder in einen Atheismus führt. Die persönliche Stellungnahme kann jedoch den Keim der Unruhe, den man manchmal nicht gleich orten kann, beruhigen. (Über die Bedeutung der Reifung der Religiosität im Alter: vgl. die Überblicksarbeit von Utsch & Fisseni 1991.)

So stellt das Altern den Menschen erneut vor existentiell bedeutsame Themen. Findet die Auseinandersetzung mit ihnen nicht statt, wird sie geleugnet oder bleibt sie oberflächlich, können leicht (und manchmal unerkannt) seelische Störungen und Krankheiten entstehen, die mit dem ausstehenden Thema der jeweiligen existentiellen Dimension einen inhaltlichen Bezug aufweisen (Csef 1985).

Die Integration und persönliche Beantwortung der existentiellen Themen leitet hingegen einen weiteren, vertiefenden Reifungsprozess ein.

ALTERN ALS HERAUSFORDERUNG DER PERSON

Wenn Altern gelingt, dann führt es zu einer letzten, persönlichen *Reife.* Diese könnte auf der einen Seite in einem ausgewogenen Maß an Anteilnahme, Engagement und *Teilhabe* an der Welt bestehen, dem auf der anderen Seite eine den eigenen Kompetenzen und Kräften entsprechende *Zurücknahme* aus ihr gegenübersteht. Das Gelingen dieses Schrittes würde gerade darin bestehen, dass die Zurücknahme kein resignatives Aufgeben-Müssen, kein sich aus den Händen reißen lassen wäre, z.B. der Arbeit oder sozialer Funktionen im Generationswechsel. Eine gelingende Zurücknahme würde eher in einem *aktiven Lassen* bestehen, in einem entschlossenen und somit freiwilligen Abschied-Nehmen. Ein gelingendes Altern ist begleitet von der Erfahrung, immer weniger zu brauchen, mit immer weniger ein beglückendes Auskommen zu haben. – Damit einher geht auch die Erfahrung, dass das „Aufregende" seltener wird. Was früher erregend war, spannend, außergewöhnlich und alle Kraft und Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat: eine Begegnung, eine Autorität, ein Erlebnis – im Alter ist es oftmals schon erfahren, ist jedenfalls relativiert, eingebaut in anderes Erleben und in eine Fülle von Reflexion und Vergleich. So schnell bringt den alten Menschen nichts mehr aus der Ruhe. Das vermittelt viel Gelassenheit, Distanz, Erfahrung. Aufregung ist das Vorrecht der Jugend, Ruhe und Distanz jenes des Alters.

Wer das kann, kann als „reif für sein Alter" angesehen werden. Aber gerade darin kann ein Problem des Alterns liegen: dass man alt wird, und nicht reif dafür ist. Das Problem aber liegt darin: Wie kann der Mensch freiwillig Liebgewordenes und haltgebende Gewohnheiten lassen und in die „Unbehaustheit des Ungewohnten" gehen, mit der Perspektive von Verlusten vor Augen? Der Mensch braucht doch immer einen *guten Grund,* muss einen Gewinn vor Augen haben, der mehr ist als der Verlust, um zu einer freiwilligen Entscheidung kommen zu können. – Was kann der Gewinn sein?

Die Menschen stehen immer in der Gefahr der Veräußerlichung und Leistungsorientierung, wo der *Wert der Tiefe,* die innere Welt, nicht gesehen wird. Erfolg, wird oftmals als optimale Anpassung an die Umwelt angesehen, die dann im Gewand von Fitness erscheint.

Aber auch dann, wenn sich jemand im Beruf glücklich wähnt, und er ihn nicht lassen mag, läuft das Lassen-Können auf dasselbe hinaus. Auch dieser Mensch braucht einen neuen Wert, der ihm Grund sein kann für eine freiwillige Zurücknahme seiner Tätigkeit. Wer in seinem Beruf Erfüllung erlebt, ist für den Schritt der Zurücknahme eher vorbereitet. Wer getan hat, was er wollte, wer dafür gelebt hat, wofür er leben mochte, kann leichter lassen und Abschied nehmen als der, der insgeheim noch immer darauf wartet.

Er wird es vielleicht lassen können aufgrund der Beziehung zu seinem Nachfolger, dem er dieselbe Chance zur Entfaltung einräumen möchte, und dem er nun im Wege stünde. Das wird aber nicht allen Menschen genügen. Der tiefste, persönliche Wert des Lassens und Aufgebens der äu-

ßeren Welt liegt vielleicht darin, sich die *innere Welt weiter erschließen* zu können. Darin mag der größte *Gewinn des Alters* liegen: *sich bei sich selber einrichten zu können.*

Wer es vermag, sich im Alter nochmals neu zu finden und bei sich zu sein, hat in sein Leben gewissermaßen eine letzte Reife gebracht, wie die Herbstsonne eine letzte Süße in die Frucht.

SCHLUSS

So ist Altern ein Prozeß, der den Menschen aus der Ablenkung und Diversifikation, in der er sich verlieren könnte, herausführt und in eine Besinnung auf sich und sein Leben zurückbringt. Es ist ein Prozeß, der auf eine *Verdichtung von Leben* angelegt ist. In ihm stellen sich dem Menschen die Grundfragen des Mensch-Seins noch einmal, mit der ganzen Härte der Unwiederbringlichkeit des Lebens, aber auch mit der Genugtuung der Unverlierbarkeit dessen, was gelebt wurde. Erfahrener als je zuvor sieht sich der alte Mensch vor den Grundfragen der Existenz, vor ihren Grenzen, ihrer Vergänglichkeit, ihrer Unverfügbarkeit, ihrem „Wozu?“. Er erfährt, wie sehr es auf einen selbst ankommt, ob Leben gelingt oder scheitert.

So ist im Altern ein letztes Wachsen und Reifen auf der persönlichen, existentiellen Ebene möglich. Auch wenn alle anderen Dimensionen rückläufigen, involutiven Abbau-Prozessen unterliegen, liegt hier der menschliche Gewinn. Gelingendes Altern macht dem Menschen reif – reif für einen Tod, der *sein* Tod ist, wie der junge Rilke (1903) sagt:

O Herr, gib jedem seinen eignen Tod.
Das Sterben, das aus jenem Leben geht,
darin er Liebe hatte, Sinn und Not.
Denn wir sind nur die Schale und das Blatt.
Der große Tod, den jeder in sich hat,
das ist die Frucht, um die sich alles dreht.

Literatur

Boss M (1979) Das Sein zum Tode aus tiefenpsyhologischer Sicht. In: Condrau G (Hg): Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. XV: Transzendenz, Imagination und Kreativität. Zürich: Kindler, 454–463

Condrau G (1984) Der Mensch und sein Tod. Certa moriendi conditio. Zürich-Einsiedeln: Benziger

Csef H (1985) Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Tod in verschiedenen Neuroseformen. Vortrag am 17.8.1985 auf dem VII. Internationalen Forum für Psychoanalyse in Zürich

Frankl V (1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke

v Gebsattel VE (1959) Die depressive Fehlhaltung. In: Frankl VE, v Gebsattel VE, Schultz JH (Hg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd II. München: Urban & Schwarzenberg

Heidegger M (1979) Sein und Zeit. Tübingen: Niemeyer

Hoff H (1959) Zitiert nach Kocourek et al (1959) Ergebnisse der klinischen Anwendung der Logotherapie. In: Frankl VE, v Gebsattel VE, Schultz JH (Hg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. Bd III. München: Urban & Schwarzenberg, 737–764; 739

Längle A (1994) Sinn-Glaube oder Sinn-Gespür? Zur Differenzierung von ontologischem und existentiellem Sinn in der Logotherapie. In: Bulletin GLE 11, 2, 15–20

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

Längle A (2002b) (Hg) Hysterie. Wien: Facultas

Längle A (2007) Sinnvoll leben. Angewandte Logotherapie. St. Pölten/Salzburg: Residenz

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29–180

Michel E (1979) Zur anthropologischen Deutung der Hysterie. In: Sborowitz A, Michel E (Hg) Der leidende Mensch. Darmstadt: Wiss. Buchgemeinschaft, 310–326

Rilke R (1903/1972) Das Stunden-Buch: Das Buch von der Armut und vom Tode. Berlin: Insel

Tellenbach H (1987) Psychiatrie als geistige Medizin. München: VaW, 25–41

Utsch M, Fisseni J (1991) Religiosität. In: Oswald WD et al (Hg) Gerontologie. Medizinische, psychologische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe. Stuttgart: Kohlhammer, 480–493, 2°

Utsch M (1992) Sinnfindung im Alter. Beiträge aus der Psychologie VE Frankls. In. Niederfranke A (Hg). Altern in unserer Zeit. Heidelberg: Quelle & Meyer, 69–80

Anschrift des Verfassers:

PD DDr. Alfried Längle

Ed. Sueß-Gasse 10

1150 Wien

alfried.laengle@existenzanalyse.org

VON DER KUNST, ERWACHSEN ZU SEIN

Impulse für die Persönlichkeitsreifung

Christoph Kolbe

Erwachsen zu sein hat sowohl mit dem Lebensalter als auch mit der Reife eines Menschen zu tun, die dieser im Laufe seines Lebens erwirbt. Diese Reife zeigt sich in der Fähigkeit, Selbstverantwortung für das eigene Leben und dessen Herausforderungen zu übernehmen. Neben den Schwierigkeiten und Charakteristika des Erwachsenseins werden die wesentlichen Aufgaben beschrieben, die hinsichtlich der Übernahme von Selbstverantwortung zu bewältigen sind. Und es werden Auswirkungen einer erwachsenen Lebenshaltung aufgezeigt, die sich in der Fähigkeit zeigt, aus einer Haltung des Gebens zu leben, ohne sich selbst dabei zu übergehen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Erwachsensein, Reife, Authentizität, Persönlichkeit

ON THE ART OF BEING ADULT
Impulses for personality development

Being adult has to do both with age as well as the maturity a person acquires in the course of a lifetime. This maturity shows in the ability to assume self-responsibility for one's own life and its challenges. Aside the difficulties and characteristics of being adult, the essential tasks are described that must be coped with in terms of shouldering self-responsibility. Furthermore, the effects of a mature approach towards life are demonstrated, which appear in the ability to live with an attitude that favors giving without omitting oneself.

KEYWORDS: being adult, maturity, authenticity, personality

Wenn man Kinder beobachtet, sieht man, wie sie „Vater, Mutter, Kind" spielen und mit besonderem Spaß, oft auch großer Ernsthaftigkeit, die Rolle der Mutter oder des Vaters übernehmen. Wie die Großen. Im Gegensatz dazu steht dann Jahre später die Glückwunschkarte zum 18. Geburtstag: „Volljährig sind wir jetzt. Erwachsen werden wir später."

Blicken wir zurück: Ging es uns als Kind nicht auch so, dass da ein großer Wunsch war, endlich erwachsen zu sein, endlich an der Welt der Erwachsenen teilzuhaben?

Aber was war es eigentlich, weshalb wir die Erwachsenen so beneideten? Es war die Möglichkeit, endlich selbst bestimmen zu dürfen, frei zu sein in den eigenen Entscheidungen! „Keiner sagt mir mehr, wann ich ins Bett gehen muss, dass vorher noch die Zähne zu putzen sind, das Zimmer aufgeräumt werden muss usw. Dann kann ich endlich tun, was ich will!" – so dachten wir als Kinder.

Und inzwischen blicken wir etwas wehmütig auf diese Zeit zurück. Was haben wir uns da nur gewünscht? Wir wissen nun, was es bedeutet, für alles alleine zuständig zu sein, alles selbst entscheiden zu müssen, für alles gerade stehen zu müssen. Und mal ehrlich: Da keimt so ganz geheim möglicherweise hier und da der Wunsch, mal wieder Kind sein zu dürfen, sich um nichts kümmern zu müssen, die Last des Erwachsenseins abgenommen zu bekommen.

Im Internet war hierzu eine anonyme Erklärung zu lesen:

„Hiermit erkläre ich öffentlich meinen Rücktritt vom Erwachsensein. Ich habe beschlossen, die Bedürfnisse einer Sechsjährigen zu leben. Ich möchte zu McDonald's gehen und denken, es handle sich um ein Viersternerestaurant. Ich möchte kleine Stöckchen über eine frische Lehmpfütze segeln lassen und kleine Wellen mit Steinchen machen. Ich möchte denken, dass Smarties besser sind als Geld, weil man sie essen kann. Ich möchte unter einer großen Eiche liegen und an einem heißen Sommertag mit meinen Freunden einen Limonadenverkauf betreiben.

Ich möchte zu einer Zeit zurückkehren, als das Leben einfach war. Als alles, was ich kannte, Farben, Rechentafeln und einfache Schlaflieder waren, was mich aber nicht gestört hat, weil ich nicht wusste, was ich nicht wusste, und darüber auch nicht besorgt war.

Was ist mit der Zeit geschehen, zu der wir glaubten, das Schlimmste, was uns passieren könnte, wäre, dass uns jemand unser Springseil wegnimmt und uns als Letzten in die Handballmannschaft wählt?

Ich möchte wieder einfach leben.

Ich möchte nicht, dass meine Tage aus Computerabstürzen, Bergen von Akten und deprimierenden Nachrichten bestehen. Ich möchte an die Kraft eines Lächelns, einer Umarmung, eines netten Wortes glauben, an Wahrheit, Frieden, Träume, und an die Kraft, die davon ausgeht, im Liegen Rauschgoldengel in den frischen Schnee zu formen.

Ich möchte wieder sechs sein." (zitiert nach Nuber 2001, 20)

Kennen wir das nicht alle? Irgendwann im Laufe des Erwachsenseins kommt für viele Menschen ein Punkt, an dem sie am liebsten aussteigen möchten, um ein anderes Leben zu führen.

Manchmal zeigt sich dies in Phantasien: zum Beispiel auf dem Weg zu einer beruflichen Verpflichtung mit dem Auto auf der Autobahn einfach weiterzufahren – zum Wandern, zum Ausspannen, in die Berge, in den Süden. Einfach woanders hin, wo niemand etwas von uns erwartet und es uns gut geht. – Wie ist das mit dem Druck, dass da immer jemand ist, der etwas will, dass da ständig Dinge zu erledigen sind? Und je schneller man arbeitet, in der Hoffnung, diese Dinge erledigt zu haben, desto mehr Verpflichtungen und Anforderungen kommen hinzu. Es gibt kein Entrinnen.

Und wenn Fragen oder Ereignisse in unser Leben einbrechen, auf die wir nicht vorbereitet sind, die uns überfordern, dann wäre es doch eine tolle Idee, ab und an den Status des Erwachsenen zurückgeben zu können, zu verschwinden und zu sagen: „Ich habe mit alledem nichts zu tun. Kümmert ihr Anderen euch bitte darum."

Ist es also zu schwer, ein Erwachsener zu sein, weil das

zu anstrengend ist? Kann der Mensch den Anforderungen des Alltagslebens genügen? Oder ist er diesbezüglich etwa eine Fehlkonstruktion? Hatten wir uns vertan, als wir uns als Kinder so sehnlichst wünschten, endlich erwachsen zu sein? War das ein großer naiver Irrtum? Oder wollen wir es im Grunde doch – erwachsen sein? Wir wissen bloß nicht recht wie, weil wir uns überfordert fühlen. Dann läge das Problem nicht in den grundsätzlichen Anforderungen des Lebens, sondern in der Tatsache, dass wir mit diesen Anforderungen nicht erwachsen umgehen. Wir verlieren unsere Gelassenheit und unsere Souveränität, weil wir kindliche Haltungen dem Leben gegenüber einnehmen (vgl. Nuber 2001, 20f.).

Welche Kriterien lassen sich also beschreiben, die den Erwachsenen zum Erwachsenen machen – unabhängig von seinem Lebensalter? Was braucht es, um erwachsen zu sein?

Dies ist auch eine wesentliche Frage an die Psychotherapeutin, den Lebensberater, den Coach oder die Personalentwicklerin: Wer mit Menschen beratend oder psychotherapeutisch arbeitet, geht von einer mehr oder weniger reflektierten Vorstellung von Reife aus. Wenn Sigmund Freud als Therapieziele Arbeitsfähigkeit und Liebesfähigkeit nennt, dann impliziert das ja bereits eine Vorstellung von Vermögen und Reife, zu der hin der Mensch zu befähigen ist. Oder die Idee der Individuation nach C.G. Jung: Auch hier obliegen dem Menschen Aufgaben, die er auf seinem Lebensweg zu erfüllen habe. Die psychologische und psychotherapeutische Idee von Reife orientiert sich also weniger an gültigen gesellschaftlichen Normvorstellungen, sondern an unter Umständen sehr persönlichen Wertsetzungen und Lebensgestaltungen, die aber nicht minder eine Idee des Vermögens und der Kompetenz in sich tragen. Dies gilt auch für die Existenzanalyse, wenn sie zum Beispiel Authentizität und personale Selbstbestimmung in den Vordergrund ihrer Aufmerksamkeit in der Arbeit mit dem Menschen stellt.

Wir begegnen also in allen psychotherapeutischen Schulen einem impliziten oder expliziten Verständnis von Reife. Gleichzeitig ist es aber auch gar nicht so leicht, von Reife zu sprechen, ohne moralische Vorgaben oder Wertungen zu machen.

Mit den folgenden Ausführungen sollen Kriterien des Erwachsenseins beschrieben werden, die unabhängig vom Lebensalter eines Menschen gelten. Die Gedanken werden in vier Themenkreisen entfaltet:

1. Was macht es schwer, erwachsen zu sein?
2. Welches sind landläufig die Charakteristika eines erwachsenen Menschen?
3. Die sechs Aufgaben des Erwachsenseins
4. Die Auswirkungen der Lebenshaltung des Erwachsenseins

WAS MACHT ES SCHWER, ERWACHSEN ZU SEIN?

Die Wahrheit ist ja die, dass wir alle (also unsere Patientinnen und Patienten, aber eben auch wir selbst), obwohl wir erwachsen sind, Situationen kennen, die uns Probleme bereiten und in denen wir uns wenig erwachsen fühlen.

Einige Beispiele: Warum stellt sich für manche Menschen eine starke innere Not ein, bloß weil sie wieder einmal ihre Eltern besuchen müssen? Warum bekommen manche Menschen Herzklopfen, bloß weil sie zum Chef müssen? Oder warum schreit jemand seinen Partner an, der das gar nicht verdient hat? Und er maßregelt seine Kinder, die ihm gar nichts getan haben? – Alles Verhaltensweisen, die so gar nicht nur aus der jeweiligen Situation zu erklären sind, sondern scheinbar noch auf anderes verweisen. Auf lebensgeschichtliche Erfahrungen und ihre Verarbeitungen. Und Verhaltensweisen, bei denen wir dann oft denken, dass es doch nicht recht war, sich so zu verhalten, wie wir es taten. Warum sind wir so? Warum sind wir so wenig erwachsen? Was macht es so mühsam, erwachsen zu werden?

Oder sollte man noch schärfer fragen: Wollen wir überhaupt erwachsen werden? Ist das manchmal nicht auch einfacher, ein wenig unreif zu bleiben, indem wir z.B. stänkern, motzen, schmollen oder uns verweigern? Darf man das dann alles nicht mehr, wenn man erwachsen sein soll? Ist das denn nicht unendlich anstrengend? Vielleicht ist es ja sogar attraktiver, sich dem Erwachsensein ein wenig zu verweigern. Andererseits: Dann sollten wir auch nicht beanspruchen, als Erwachsene ernst genommen zu werden. Es sollte dann in Ordnung sein, wenn andere sagen, wo es für uns lang geht, und wenn andere für ihre Verantwortungsübernahme den Lohn davon tragen.

Eines ist klar: Es ist heute wesentlich schwieriger geworden, erwachsen zu sein – im Vergleich zu früheren Zeiten. Dies hat vor allem zwei Gründe:

1. Der Mensch ist radikaler auf sich selbst zurückgeworfen, seinem Leben eine eigene Richtung zu geben. Woher wissen wir, ob das, was wir tun, genau das Richtige ist? Ob die berufliche oder partnerschaftliche Entscheidung wirklich so stimmt ? Zu keiner Zeit vorher hatte der Mensch so große Möglichkeiten, seinem Leben eine selbstbestimmte Richtung zu geben. Dies ist seine Chance, aber auch seine Verantwortung, die er im Grunde auf niemanden anders mehr abschieben kann. Das ist ein großer Punkt, der das Erwachsensein in unserer heutigen Zeit so herausfordernd macht: das Eigene selbstständig und eigenverantwortlich zu finden sowie sich mit Konventionen und gesellschaftlichen Gepflogenheiten hinsichtlich der Stimmigkeit für das Eigene auseinanderzusetzen (vgl. Frankl 1985,7).

2. Es gibt noch einen zweiten Punkt: Früher hatten Lebensverläufe eine klare lineare Richtung. Wenn man sich für einen Beruf entschieden hatte, dann behielt man ihn ein Leben lang inne. Partnerschaften waren fest gefügt (bei aller innerpartnerschaftlichen Differenz). Wenn man bestimmte Positionen erreicht hatte, dann gehörte man dazu, hatte einen Stand. Der Vater bekam immer das größte Stück Fleisch.

Dies ist heute anders. Die gesellschaftlichen Rollen von Mann und Frau, Vater und Mutter haben sich enorm gewandelt. Fast jeder von uns hat inzwischen den zweiten oder dritten Beruf, den er ausübt. Und ob man mit dem Partner, den man gewählt hat, tatsächlich bis ans Lebensende zusammen bleibt, ist auch nicht mehr gewiss.

Wie aber soll man sich zu all dem einstellen?

Es gibt kein klares Bild des Erwachsenseins mehr. Leben

ist heute vielmehr Veränderung. Alles ist im Wandel, und so, wie es früher war, gilt es nicht mehr. Das größte Problem ist deshalb: Wir können uns heute nicht mehr an dem orientieren, wie früher das Erwachsensein gelebt wurde. Wir können nicht mehr in der Selbstverständlichkeit aus der Tradition schöpfen. Wir müssen unsere eigene Vorstellung vom Erwachsensein schaffen. Woran aber orientieren wir uns? Welche Kriterien lassen sich benennen? Grundlegende Fragen des Lebens müssen wir deshalb in jeder Lebensphase neu beantworten: „Stimmt dieses Leben so, wie ich es lebe?" „Will ich so leben?" „Was soll noch werden?" – Die Antworten auf diese Fragen leiten sich eben nicht mehr selbstverständlich aus dem bislang gelebten Leben ab (vgl. Nuber 2001, 22f.; vgl. Keupp 2012, 32ff.). Gerade dieser Aspekt macht ja auch vielen Menschen Angst, weshalb sie hoffen, dass es irgendwann wieder klare Orientierungen gibt. Worin aber können diese Orientierungen bestehen? In neuen Prinzipien? Oder in Kriterien, die diesen Problemen Rechnung tragen?

Braucht es gar ein neues Verständnis von „Reife", das dem modernen Erwachsenen zu eigen sein sollte?

Die folgenden Ausführungen sollen einige Antworten zeigen, die der Frage nach dem Erwachsensein in heutiger Zeit dienlich sein können. Ein Erwachsensein, das sich dem postmodernen, unsicheren Leben stellt und die Herausforderungen der Lebenszyklen besser bewältigt. Ein Erwachsensein, das hilft, das „existenzielle Analphabetentum" (Hudson, zit. nach Nuber 2001, 24) zu überwinden.

CHARAKTERISTIKA DES ERWACHSENEN MENSCHEN

Fragen wir also: Was könnte den Erwachsenen kennzeichnen, der sich den oben genannten Herausforderungen stellen kann?

Der amerikanische Philosoph und Sozialwissenschaftler Frederic M. Hudson zählt folgende Eigenschaften auf, die das Erwachsensein ausmachen (vgl. Nuber 2001, 24f.):

- ein hohes Maß an Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein
- anderen interessiert und objektiv zuhören zu können
- den eigenen Gefühlen angemessen Ausdruck verleihen zu können
- die Fähigkeit, Dankbarkeit und Anerkennung ausdrücken zu können
- zwischen Wichtigem und Unwichtigem unterscheiden zu können
- das Wissen, Autorität zu besitzen; das eigene Licht nicht unter den Scheffel zu stellen;
- Kritik ertragen und Kritik üben zu können
- immer wieder über den Sinn des eigenen Lebens nachzudenken
- sich zu bemühen, angemessene Lösungen für Probleme zu finden, und diese Aufgabe nicht an andere zu delegieren
- kooperativ und teamfähig zu sein
- auf haltgebende Rituale im Leben zu achten
- zukunftsorientiert zu sein
- die „Feste zu feiern, wie sie fallen" und dafür zu sorgen, dass die Freude im Leben nicht zu kurz kommt
- sich auf intime Bindungen einzulassen, womit Liebesbeziehungen ebenso gemeint sind wie Freundschaften
- in der Lage zu sein, „nein" zu sagen
- kompromissbereit zu sein, aber nicht konformistisch
- auf Veränderungen vorbereitet zu sein
- den Status quo immer wieder in Frage zu stellen
- keine Angst zu haben, Fehler zu machen und Fehler auch bei anderen zu tolerieren
- immer auf der Suche nach neuen Ressourcen und Informationen zu sein, die ihn bei der Bewältigung der Lebenszyklen unterstützen können.

DIE AUFGABEN DES ERWACHSENSEINS

Neben diesen Charakteristika, die hilfreich sind für das Erwachsensein, lässt sich nun weitergehend fragen, ob es spezifische Haltungen gibt, die dem Erwachsensein eigen sind. So gelangen wir zu einer dritten Fragestellung, die grundsätzlicher ausgeführt werden soll.

Dazu zunächst eine etwas persönlichere Frage:

Wann hatten Sie zum ersten Mal das Gefühl, erwachsen zu sein? – Ich habe diese Frage einigen meiner Freunde gestellt, und die antworteten mir zum Beispiel: „Als ich meine erste Stelle als Arzt nach einem langen Studium einnahm." Oder: „Als wir unser erstes Kind bekamen, und ich wusste, ich muss jetzt für meine Familie sorgen." Oder: „Als wir unser Haus kauften." Und noch eine interessante Antwort: „Nachdem mein Vater gestorben war. Da war ich selbst aber schon in den mittleren Lebensjahren." – Die Unterschiedlichkeit der Antworten macht deutlich, dass sich das Erwachsensein vom Gefühl her nicht zwangsläufig an die Jugend anschließt. Es scheint erst später zu kommen. Und wie die letzte Antwort zeigt: Möglicherweise stellt sich das Gefühl für das Erwachsensein ein, wenn bestimmte Lebenserfahrungen gemacht und durchgearbeitet wurden, die den Menschen autonomer in der Welt stehen lassen.

Die *Kernthese* lautet:

Erwachsensein heißt, in Angemessenheit, Flexibilität, innerer Freiheit und Verantwortung mit allen Facetten des Lebens umzugehen.

Dies zu vermögen, entwickelt sich prozesshaft. Es geht also um ein Erwachsenwerden: Wir sind nicht irgendwann erwachsen, sondern wir werden erwachsen, und dies ist eine lebenslange Aufgabe. Diesem Prozess kann man sich besser oder schlechter stellen.

Dass wir im Verlaufe dieses Prozesses eine Verantwortung zu tragen haben, ist eine Forderung, die dem Leben inhärent ist. Es geht beim Erwachsenwerden also um die Entwicklung der Fähigkeit, Selbstverantwortung zu übernehmen.

Aber: Anders als das übliche Verständnis von Verantwortung ist dieser Begriff in existenzanalytischer Tradition jedoch nicht mit Pflicht verknüpft. Pflichten erleben wir zumeist fremdbestimmt, also apersonal. Das ist es, was diesen Begriff so negativ konnotiert. Hier soll eine andere Beschreibung gegeben werden.

Erwachsene Menschen tragen Verantwortung für ein selbstbestimmtes Leben.

Wie kommt es zu Selbstbestimmung?

Selbstbestimmung erwächst aus der Erfahrung von Freiheit. Der Mensch muss nicht nur so leben, wie er gerade lebt. Er kann auch anders leben. Seine innere Freiheit ist gefragt. Natürlich gibt es dabei Rahmenbedingungen, die nicht immer vom jeweiligen Menschen verändert werden können (– wenngleich ich aufgrund meiner psychotherapeutischen Erfahrung sagen kann, dass häufig ein viel größerer Veränderungsspielraum besteht, als dies gemeinhin angenommen wird). Es geht hier vielmehr um die Erfahrung einer inneren Freiheit: Der Mensch ist nicht frei von etwas, aber er ist frei zu etwas. Dieses „zu" ist das, wofür er Verantwortung zu übernehmen hat. Und dieses „zu" kommt aus den Werten. Diese wiederum machen überhaupt erst das Wollen des Menschen möglich. Alles in allem geht es deshalb um ein Leben gemäß personaler Werte (vgl. Frankl 1985, 36ff., 91–105).

In der Selbstbestimmung steckt noch ein anderes Element: die Entschiedenheit. Wenn der Mensch sich entscheidet, kann er diese Entscheidung nicht auf andere abschieben. Dies ist ein wesentliches Kennzeichen des Erwachsenseins: *die eigene Verantwortung für Entscheidungen* zu übernehmen; irgendwann im Leben also aufzuhören, sich herauszureden. Man hätte ja nicht anders gekonnt aufgrund der Lebensgeschichte, eigentlich wollte man diesen Beruf nicht erlernen, aber Vater hatte dazu gedrängt, den Partner hätte man nicht geheiratet, aber das Kind war ja unterwegs, man selbst wäre ja nicht in dieses Restaurant mit der unmöglichen Küche gegangen, aber der Partner wollte ja unbedingt jetzt die Rast machen etc. Wer so lebt, schiebt alles immer auf die anderen und ist deshalb ein ziemlich unangenehmer Zeitgenosse. Er ist es selbst nie gewesen. Leben wird aber erst zum eigenen Leben, wenn der Mensch die Verantwortung für seine Entscheidungen selbst übernimmt.

Wer das tut, macht die stolze Erfahrung: Ich *kann* Verantwortung übernehmen. Ich bin fähig, ich bin stark, habe die Kraft und Ausdauer, Verantwortung tragen zu können. Ohne mich gibt's das hier um mich herum nicht. Verantwortung ist also auch ein Ausdruck von Fähigkeit und Selbstwertstärke. Wer Verantwortung übernehmen kann ist wer. Er darf dafür zu Recht Achtung und Respekt erwarten – auch von sich selbst. Und im Grunde ist der Mensch so ausgestattet, dass er gerne Verantwortung übernimmt. Das zeigen uns schon die kleinen Kinder, wenn sie sagen: „Alleine machen, alleine machen." Da steht nicht die Last im Vordergrund, sondern die Selbstverständlichkeit, eigene Verantwortung übernehmen zu wollen. Es ist deshalb nicht die Verantwortung selbst, die uns eigentlich belastet, sondern die Verantwortung, die wir nicht tragen wollen oder die für uns zu groß ist und die uns deshalb zur Überlastung wird. Von ihr möchten wir freigesprochen werden. Diesen Freispruch gewähren wir uns aber am meisten selbst nicht. Wir sind hier oft unsere schärfsten Antreiber. Verantwortung braucht deshalb die Freiheit der Selbstbestimmung.

Erwachsene Menschen übernehmen Verantwortung für ihre eigenen Defizite.

Warum fällt es Menschen schwer, hinsichtlich erlebter Mangelerfahrungen innere Ruhe und Ausgeglichenheit zu wahren? Hierzu gibt es folgende psychologische Erklärung: Jeder Mensch ist, solange er Kind ist, in besonderer Weise angewiesen, dass er das bekommt, was er braucht. Leider wird mit dieser Angewiesenheit und den kindlichen Bedürfnissen seitens der primären Bezugspersonen nicht immer angemessen umgegangen, so dass im Prinzip alle Menschen „Wunden der Kindheit" in sich tragen. Sind nun grundlegende Bedürfnisse nicht gestillt worden, so entwickelt sich daraus eine besondere Bedürftigkeit oder eine besondere Anfälligkeit für Verletztheit. Diese Bedürftigkeit aber ist es, die den Menschen später dazu verleitet, Ansprüche und Erwartungen zu entwickeln. Das Problem ist dann, dass der Mensch aus dem Blick eines kleinen Kindes diese Ansprüche mit einem gewissen Recht erhebt, dass diese Haltung für das erwachsene Miteinander aber überaus störend ist. Hier könnte die „Arbeit mit dem inneren Kind" weiterhelfen (vgl. Kumbier 2013, Siems 1997 u.a.).

Was aber macht Erwartungen, die Bedürftigkeiten entspringen, so problematisch? Sie führen in Abhängigkeit. Und sie lassen den Menschen nicht mehr offen sein für andere Aspekte einer realen aktuellen Situation.

Erwachsensein heißt, die jeweilige Realität zu bejahen.

Viele Menschen reiben sich auf, weil sie hadern. Sie hadern damit, dass sie nicht so reich sind wie andere, nicht so begabt sind wie andere, nicht so hübsch sind wie andere usw. Diese Reihe ließe sich beliebig fortsetzen. Ein Grundproblem vieler Menschen liegt darin, dass sie sich ständig vergleichen und selbst im Defizit erleben. Dies aber ist eine Haltung, die das Erwachsensein erschwert. Der Mensch steckt dann fest in Gefühlen, die kein Vorangehen ermöglichen, die das Leben belasten.

Worin aber liegt das Problem? Es liegt an einer Unausgesöhntheit mit sich selbst. Diese Unausgesöhntheit wird dann zum Vorwurf ans Leben gemacht. Damit aber bleibt man in der Anklage und der Verzweiflung stecken.

Die wichtigste *Aussöhnung* besteht somit in der Anerkennung der *Tatsache, dass das Leben ungerecht ist.* Tatsächlich sind viele reicher geboren als andere. Tatsächlich sind andere begabter als man selbst, und tatsächlich sind andere hübscher oder charmanter als man selbst. Sofern man dies akzeptieren kann, ohne in Not zu gelangen, stellt sich innerer Frieden und Ausgeglichenheit ein. Zum Glück ist das Leben so eingerichtet, dass man mit dem, was man hat, im Grunde ganz gut auskommen kann. Viele Menschen wissen das leider nur noch nicht. So liegt ein tiefes Geheimnis für Zufriedenheit und Glück darin, aus dem Vergleichen auszusteigen und das eigene Leben mit dieser Geschichte und Begrenztheit anzunehmen, ohne mit ihm zu hadern. Es steht also die Entdeckung an, die eigene Fülle und den eigenen Reichtum wahrzunehmen und sich mit ihm zu verbinden. Dies wäre dann das „Ja" zur eigenen Existenz. Im Grunde hat ein Mensch, der ständig hadert, dieses „Ja" noch

nicht gesprochen. Damit hat er die Freiheit zur eigenen Stellungnahme noch nicht gefunden. Genau darum aber geht es, wenn wir uns mit uns und unserer Geschichte aussöhnen. Wir lernen, dass wir das, was ist, tragen können, und wir werden frei, unserem Leben die uns gemäße Richtung zu geben.

Genaugenommen hat der Mensch ein zweifaches Ja zu sprechen. Das Ja zu sich selbst und das Ja zur Welt (vgl. Längle 2008, 108). Wer das kann, ist nicht mehr bedroht. Er kann dann in Ruhe überlegen, ob, wo und wie er etwas ändern kann und will. Denn: Das Ja zu dem, was ist, wie es ist, schließt ja nicht aus zu überdenken, was verändert werden soll oder kann. Der Mensch ist dann aber kein Gegner der Realität mehr. Somit lebt er nicht mehr gegen sich und seine Welt, sondern mit sich und seiner Welt.

Erwachsene Menschen übernehmen Verantwortung für den jeweiligen Preis, den das Leben kostet.

Dieser Gedanke schließt an das eben Ausgeführte unmittelbar an. Die eine Aufgabe besteht darin, die Realität zu bejahen, die andere, sie zum jeweiligen Preis zu akzeptieren, den sie kostet. Nach dem Motto: „Alles hat seinen Preis." Im Grunde ist das ja auch ein tröstlicher Gedanke. Wenn alles seinen Preis hat und das für jeden Menschen gilt, dann brauche ich gar nicht in Neid und Missgunst zu stehen. Es reicht, mich um das zu kümmern, was für mich ansteht. Und weil alles seinen Preis hat, kann ich vielmehr überlegen, ob es gut ist, *diesen* Preis zu zahlen.

Ein paar Beispiele:

Jemand, der sein Leben so eingerichtet hat, dass er immer betreut werden möchte von anderen, muss als Folge tragen, dass er immer klein bleibt und angewiesen ist. Er muss ertragen, dass man ihn nicht wirklich ernst nimmt und sein erwachsenes Gehabe nicht wirklich überzeugt.

Jemand der glaubt, das Leben sei zu teuer und zu schwer, und sich deshalb Dinge stiehlt (Gegenstände, Gedanken etc.), muss mit seinen Schuldgefühlen fertig werden. Wenn er aber diese Schuldgefühle verdrängt oder leugnet, muss er mit der Ablenkung fertig werden, die seinem Leben eigen ist. Immer auf der Flucht vor dem Entdecktwerden. Und er kann nie die Erfahrung machen, wie gut es tut, eigenmächtig zu sein.

Jemand der faul ist, weil ihm alles zu anstrengend ist oder er sich zu gut für diesen Einsatz ist, wird sich vor den Anforderungen drücken. Sein Preis ist die Einsamkeit und Unverbindlichkeit, in die er kommt, und die Unwissenheit, die er ertragen muss.

Und wer immer der erste sein muss, weil er sonst keinen Stand im Leben hat, muss den Preis der Hektik und Rivalität bezahlen.

So hat alles seinen Preis, weil das Leben eine Angemessenheit verlangt. Und der erwachsene Mensch ist herausgefordert herauszufinden, ob er diesen Preis bezahlen kann und will. Er kann niemand anders dafür verantwortlich machen. So gehört einerseits der Mut zum Wagnis für einen größeren Preis dazu, wenn man im Vorhinein nicht alles schon genau weiß. Und ist andererseits der Mut zur Bescheidenheit wichtig, mit der sich der Mensch selbstbewusst dahin stellt, wo er seinen Preis nicht mehr bezahlen will oder kann.

Erwachsensein heißt, Verantwortung für das eigene Wohlbefinden zu übernehmen.

Hier geht es darum, sich in seiner physischen und psychischen Befindlichkeit gut in den Blick zu nehmen. Achtsamkeit für sich selbst ist hier entscheidend. Leider erfährt dieser Aspekt aus einem falsch verstandenen Erwachsensein häufig eine Abwertung. „Erst die Arbeit, dann das Vergnügen", so sagt man. Wann haben Sie zuletzt vormittags mitten in der Woche auf dem Sofa gelegen und ein spannendes Buch gelesen? Kennen Sie sich in ihren regressiven Bedürfnissen, oder haben Sie diesen Blickwinkel mit der vollendeten Kindheit abgelegt? Wer nicht gut für sich selbst sorgen kann, wird häufig zum schärfsten Kritiker und Entwerter gegenüber denen, die besser für sich sorgen können.

Verantwortung schließt deshalb nicht nur Progression, sondern gerade eben auch Regression ein. Wie ist es mit Pausen im Leben, mit der Sehnsucht nach Zärtlichkeit, dem Wunsch nach Gehaltensein und Versorgtwerden? Oder wie ist es mit der Lust, etwas zu tun, das nicht nur pflichtgemäß ist?

Wer sich auch mit diesen Bedürfnissen ernst nimmt, übernimmt erwachsene Verantwortung.

Erwachsene Menschen nehmen ihre eigene Autorität in Anspruch.

Möglicherweise mag Sie dieser Satz erstaunen. „Ist das nicht eine Selbstverständlichkeit?" – so könnten Sie denken. Es lässt sich jedoch beobachten, dass viele Menschen ihre Autorität nicht selbstverständlich in Anspruch nehmen. Aufgrund der Gebundenheit an ihre Eltern scheint es für viele Männer und Frauen so zu sein, dass die eigentliche Autorität dem jeweiligen Vater oder der Mutter gehört. Man würde sich an Vaters Statt setzen, wenn man diese Autorität in Anspruch nähme. Und diese Freiheit nehmen sich längst nicht alle Männer und Frauen, weil sie nicht wissen, ob es ihnen zusteht, sich an diesen Platz zu stellen. Interessanterweise gelingt es diesen Männern und Frauen durchaus ihren eigenen Kindern gegenüber, aber für sich selbst scheint das schwierig erlebt zu werden. Es ist aber wichtig, das, was man lebt, wie man es lebt, wofür man lebt, aus der eigenen klaren inneren Autorität zu vertreten. Spüren Sie mal den Unterschied an, wenn Sie eine Entscheidung getroffen haben und sagen: „Das möchte ich tun." Oder mit Autorität: *„Das möchte ich tun!"*

AUSWIRKUNGEN DIESER LEBENSHALTUNG DES ERWACHSENSEINS

1. Die Fähigkeit zu Autonomie und Bindung

Eine wesentliche Auswirkung erwachsener Lebenshaltung besteht in der Fähigkeit zu Autonomie und Bindung. Dies meint: Einerseits aus sich selbst für sich selbst einstehen zu können – unabhängig vom Urteil und der Bewertung anderer. Andererseits verbindliche Beziehungen eingehen zu können, ohne Angst haben zu müssen, sich selbst dabei verloren zu gehen. In existenzieller Perspektive sprechen wir dann von einem Leben in Freiheit und Verantwortung.

2. Authentizität

Zu dieser Erfahrung von Freiheit und Verantwortung gehört die Fähigkeit, so zu leben, dass dies als authentisch erfahren wird. Wann jedoch sind wir authentisch? Wenn wir in Übereinstimmung und Bejahung stehen mit dem, was uns gemäß ist, und dem, was den Werten, für die wir leben, Rechnung trägt. Wir leben dann, was wir wollen.

3. Bewusstheit und Dankbarkeit

Eine weitere Auswirkung ist eine bewusste Dankbarkeit, mit der das Leben gelebt wird. Zu diesem Bewusstsein gehört die Erkenntnis, dass in diesem Leben nichts selbstverständlich ist. Es ist ein großes Glück, dieses Leben führen zu können und so leben zu dürfen. Und die personale Antwort auf diese Erfahrung ist die Dankbarkeit.

4. Die Fähigkeit zu geben

Die vielleicht wertvollste Kraft, die dem Erwachsensein entspringt, ist die Fähigkeit, geben zu können. Erwachsen zu sein macht es möglich, eine Haltung einzunehmen, aus der heraus wir geben, ohne das Gefühl zu haben, dabei selbst zu kurz zu kommen.

Was folgt aus einer Haltung des Gebens? Wir erleben uns lebendig und nicht mehr abhängig, wenn wir geben. Denn im Geben liegt ein aktives Geschehen. Wir kommen in eine aktive Gestaltung unseres Lebens. Der entscheidende Unterschied besteht darin, dass sich der Abhängige im Status des Angewiesenseins fühlt, während sich der Gebende im Status seines Vermögens erlebt.

Und das ist es eigentlich, was das Erwachsensein so attraktiv macht: sich in seinem Vermögen zu kennen und aus seiner Fülle zu leben.

Literatur

Frankl V (1985) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Frankfurt am Main: Fischer

Keupp H (2012) Prekäre Verortungen in der Spätmoderne: Zum Patchwork Personaler und Kollektiver Identitäten. In: Müller M & Kluwe S (Hrsg.) Identitätsentwürfe in der Kunstkommunikation: Studien zur Praxis der sprachlichen und multimodalen Positionierung im Interaktionsraum ‚Kunst'. Berlin/Boston: Walter de Gruyter, 25–46

Kumbier D (2013) Das Innere Team in der Psychotherapie. Methoden- und Praxisbuch. Stuttgart: Klett-Cotta

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A/Holzhey-Kunz A Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas, 23–179

Nuber U (2001) Die schwierige Kunst, ein Erwachsener zu sein, Psychologie Heute April 2001, 20–27

Siems M (1997) Souling – Mehr Liebe und Lebendigkeit. Eine Anleitung zur Selbsthilfe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Anschrift des Verfassers:

Dr. Christoph Kolbe

Psychologischer Psychotherapeut

Borchersstr. 21, 30559 Hannover

www.christophkolbe.de

www.existenzanalyse.com

ENDLICH LEBEN

Vom Zauber des Anfangens und der Kunst des Lassens

Anton Nindl

Gegenwärtig-Sein lässt uns eine erfüllte Zeit erleben und wie von unsichtbarer Hand geführt, gehen wir gleichsam auf das Gewesene zu. So weben wir Faden für Faden an der kunstvollen Struktur unserer Biographie. Wie Kinder im Spiel genießen wir die Gegenwart, weder Vergangenheit noch Zukunft kümmern uns. Und doch: Früh schon im Leben erinnert uns der Tod der Anderen an das Nicht-Sein-Können, können uns in der Folge die vielen Gesichter der Angst vor der Bodenlosigkeit erstarren lassen, erleben wir uns nach der Trennung von Geliebtem hilflos verlassen oder leiden an einer schmerzhaften Beschämung in isolierter Einsamkeit. Da zeigt sich uns die Mühsal des Lebens im drohenden Scheitern. Um das auszuhalten braucht es ein Einlassen auf die Bedrohung oder die verletzende Verlassenheit, ein Loslassen von Projektionen ans Leben. Letztlich geht es bereits hier um ein Lassen, das von uns erst recht angesichts der abgründigen Gewissheit des Todes, dieser tiefen Kränkung des Menschen, verlangt wird. Die Endlichkeit des Lebens erinnert uns im Grunde an die Dringlichkeit des Lebens, mahnt uns gleichsam endlich zu leben und lässt uns durch die Realisierung von Wertvollem Sinn erleben. In dieser Haltung kann es uns gelingen neben aller Begrenzung eine tragende Gewissheit zu erfahren, die uns mutig und voller Vertrauen auf das Leben in all seinen Erscheinungsweisen zugehen lässt. Anregungen aus Kunst, Poesie und Philosophie sowie Erfahrungen aus der Psychotherapie illustrieren in dem Beitrag[1] diese Gedanken und machen eine existentielle Sichtweise sichtbar.

KEYWORDS: Achtsamkeit, Endlichkeit, Tod, Gelassenheit, Existenzanalyse, Sinn

TO LIVE FINALLY
On the magic within the beginning and the art of letting go

Being in presence allows us to experience fulfilled times and, as if guided by an invisible hand, we thereby approach what was. We thus weave, thread by thread, the artful structure of our biography. We enjoy the present as children do when playing, bothered neither by the past nor the future. And yet: Already at an early stage, the death of others reminds us of the inability to exist, and by consequence the many guises of fear make us freeze facing the abyss, we experience ourselves as helplessly abandoned after the separation from what we love or we suffer from a painful humiliation in isolated seclusion. This is when the hardships in life become visible to us in menacing failure. In order to endure this it becomes necessary to engage upon the threat or the hurtful abandonment, a letting go of projections onto life. Ultimately, already at this point it is a matter of letting go, which is more than ever demanded from us facing the abysmal certainty of death, this deep insult of mankind. The finitude of life essentially reminds us of the exiguity to live, so urging us to finally start living and enables us to experience meaning through the realization of values. With this attitude we succeed, despite all limitations, in experiencing a supporting certitude which allows us to courageously and confidently head for life in all its appearances. In this contribution, inspirations from art, poetry and philosophy as well as experiences from psychotherapy illustrate these thoughts and make an existential perspective become visible.

KEYWORDS: attentiveness, finitude, death, serenity, Existential Analysis, meaning

Endlich leben, damit ich endlich leben kann – ein Wortspiel mit tiefgründiger Bedeutung. „Endlich“ verweist auf die Zeitlichkeit in ihrer individuellen Begrenztheit und leben, mein Leben ist in diese Zeitlichkeit eingebettet mit seinem Anfangen, Wachsen und Vergehen.

Endlich leben erinnert uns also an die zeitliche Begrenztheit unserer irdischen Existenz und die sich daraus ergebende existenzielle Dringlichkeit und Unwiederbringlichkeit des Augenblicks. Das fordert uns heraus ganz zu leben. Wir würden in der Existenzanalyse sagen mit innerer Zustimmung (vgl. u.a. Längle 2013), mit ganzem Herzen sein eigenes, einzigartiges, zeitlich begrenztes Leben zu leben (siehe auch Nindl 2011).

Dabei ist Leben Ermöglichung, es bietet uns Gelegenheiten, Optionen. Denken wir an den für die Logotherapie paradigmatischen Satz Frankls (1946/2005, 107): Man müsse „der Frage nach dem Sinn des Lebens eine kopernikanische Wendung geben: das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten – das Leben zu ver-antworten hat.“ Was heißt das anderes, als in Offenheit verantwortlich zu handeln: Mach was draus, pack den Kairos beim Schopf, stell dich den Bedingungen, wachse und reife in der Auseinandersetzung mit ihnen und überschreite die Grenzen des faktisch Gegebenen. Doch wozu?

Gibt es da nicht eine Grenze, die alles zunichte macht? Wozu sich demütig nicht Änderbarem beugen, wozu den Schmerz des Scheiterns erleben, wenn letztlich der Tod alles hinfällig macht. Wozu sollte einer ein Haus bauen, wenn ihm bewusst ist, es werde zum Fest der Dachgleiche eingerissen, um ein Bild von Jean Amery (1994) zu bemühen? In dieser Haltung wird das Leben zur „letzten Gelegenheit“ (Gronemeyer 1996). Diese Haltung hat uns zu einer Vergötzung der Immanenz geführt, die uns dazu drängt hier und jetzt alles zu erleben, sie lässt uns Leid und Tod ausblenden, sie treibt uns gierig in die Arme des Mammons an den Börsen und lädt uns verführerisch zum Tanz um das goldene Kalb „Jugend“.

[1] Der Beitrag ist die Überarbeitung des Eröffnungsvortrag des Herbstsymposiums „Endlich leben“ der GLE-Ö.

VON EPIKUR ZU JEDERMANN

Vielleicht denken auch Sie dabei an Hofmannsthals „Jedermann“ (1911), der Jahr für Jahr zu den Bestsellern der Salzburger Festspiele gehört. Die Geschichte des reichen Mannes, der sich dem Ansinnen moralischer Boten nicht beugen mag, dann verzweifelt einen Gefährten für seinen letzten Weg sucht und sich schließlich dann doch angesichts des nahenden Endes dem katholischen Kreuz beugt. Die schauerlichen Rufe aus dem Jenseits lassen die Zuschauer kurz frösteln, gottseidank es ist ein anderer, der hier gerufen wird und glücklicherweise scheitert auch auf dieser Bühne vor historischer Kulisse die Inszenierung des realen Sterbens. Tatsächlich gestorben wird in der Ukraine, im Nahen Osten, in Krankenhäusern, in Altenheimen und auf unseren Straßen.

Diese Abwehr des Todes und die Verdrängung seiner Gewissheit scheint ein Wesensmerkmal unserer derzeitigen westlichen Kultur zu sein. Im öffentlichen Leben findet sich kaum eine Spur der griechischen philosophia – ars moriendi: der Kunst, das Sterben zu lernen und dadurch die eigene Sterblichkeit als wesentlichen Bestandteil des Lebens annehmen zu können. Das Gegenteil ist der Fall. Der Tod wird als gewalttätiger Störenfried der narzisstischen Unsterblichkeitsphantasie auf der Party des Lebens erachtet: Leben als letzte Gelegenheit ist angesagt.

Und tatsächlich: Warum sich mit dem Tod beschäftigen, wenn der Tod zwar wie bereits Epikur (vgl. Gigon 1988) meinte „das schauerlichste Übel“ ist, aber uns nichts angeht, „denn – so Epikur – solange wir da sind, ist der Tod nicht da, wenn aber der Tod da ist, dann sind wir nicht mehr da. Er geht also weder die Lebenden an noch die Verstorbenen; denn die einen geht er nichts an, die anderen sind nicht mehr“. Einfach gesagt: Wo ich bin, ist der Tod nicht und wo der Tod ist, bin ich nicht. Wieso also den Tod fürchten, wenn wir ihn laut Epikur niemals wahrnehmen können?

Kann das Woody Allen's Befürchtung entkräften, wenn er meint: „Ich fürchte mich nicht vor dem Tod, ich will nur nicht dabei sein, wenn er kommt.“ (zit. in Yalom 2008, 84) Oder wollen wir eher dem alten Karl in Janoschs Roman „Sandstrand“ folgen, wenn er sinniert: „Man muss dem Tod entgegen gehen, damit man ihm nicht zufällig den Rücken zukehrt, wenn er kommt.“ (1993, 15) Fragen wir uns: Lebe ich angesichts des Todes, damit er mich nicht von hinten erwischt? Und was bedeutet es, wenn er mich von hinten erwischt? Erwischt er mich von hinten, wenn ich Meines nicht gelebt habe?

Das erinnert an Nietzsches Sprüche wie „Lebe dein Leben“ und „Stirb zur rechten Zeit“, seine Ermahnung ein „ungelebtes Leben“ zu vermeiden. Er verweist bereits auf die moderne Selbstverwirklichungsbewegung, wenn er postuliert: „Verwirkliche dich, erkenne dein Potential, lebe kühn und voll. Dann und nur dann stirb ohne Bedauern!“ (zit. in Yalom 2008, 106).

DIE EXISTENZIELLE PERSPEKTIVE

Weniger heroisch und egobetont äußert sich der bereits betagte Viktor Frankl in einem Fernsehinterview wenn er auf die Frage, ob er sich vor dem Tod fürchte, antwortet: „Nein, ich habe mein Leben gelebt.“

Nun war Frankl ja kein Anhänger einer Selbstverwirklichungsideologie, vielmehr verstand er Selbstverwirklichung als eine Folge der Realisierung von Wertvollem (vgl. u.a. Frankl 2005, 112). Der Sinn im Leben wird für Frankl durch den Tod nicht in Frage gestellt (Frankl 2005, 118ff.). Im Gegenteil: Die zeitliche Begrenztheit der menschlichen Existenz, ein Leben angesichts des Todes als unübersteigbarer Grenze unserer Zukunft und Begrenzung unserer Möglichkeiten zwingt uns demnach geradezu unsere Lebenszeit auszunützen. Die Endlichkeit, die Zeitlichkeit sind nicht nur ein Wesensmerkmal des menschlichen Lebens, sondern für dessen Sinn auch konstitutiv. Die Lebensverantwortung ist nach Frankl Verantwortung im Hinblick auf Zeitlichkeit und Einmaligkeit. Der religiöse Frankl argumentiert hier im Grunde ganz weltimmanent. Der Anspruch auf Einzigartigkeit verleiht dem individuellen Leben eine große Kostbarkeit und macht es unersetzbar. Wenn das Leben die einzige Gelegenheit ist, dann müsste sich die Verlustangst ins Unerträgliche (Gronemeyer 1996, 24) steigern. Doch für Frankl geht im Leben ja nichts verloren, sondern das Erlebte und Geschaffene ist vielmehr „unverlierbar geborgen“ wie er sagt. „Der Mensch soll – in der Zeit und in der Endlichkeit – etwas vollenden, d.h. die Endlichkeit auf sich nehmen und ein Ende bewusst in Kauf nehmen.“ (Frankl 2005, 121) Diese Verwirklichung von Einstellungswerten geht bestimmt leichter, wenn wir die existenzanalytische Maxime ernst nehmen: „Lebe so, als ob du zum zweiten Mal lebtest und das erste Mal alles so falsch gemacht hättest, wie du es zu machen – im Begriffe bist.“ (Frankl 2005, 120)

Existenziell betrachtet ist es nicht das Schlimmste sterben zu müssen. Viel schlimmer ist es, nicht gelebt zu haben. Die Angst vor dem Tod und die Angst, die uns am Leben hindert – Todesangst und Lebensangst – lassen uns das Leben anfühlen, was es ist: Sein und Nichtsein in einem. Zu jeder Sekunde ist unser Sein vom Nichtsein umgeben. Der Tod als Teil des Lebens. Sterben heißt dann voll-enden, d.h. die Begrenztheit zu akzeptieren und die Dinge aus der Welt zu lassen.

DAS LEIDEN AN DER UNENDLICHKEIT

Die Folgen, wenn dieses Voll-enden, dieses Lassen nicht möglich ist, zeigt uns das Schicksal der Protagonistin in Janaceks Festspieloper „Die Sache Makropulos“. Der Individualpsychologe Arnold Mettnitzer (2011) hat sich anlässlich der Festspieldialoge 2011 in Salzburg damit auseinandergesetzt.

Der griechische Arzt Makropulos soll im Auftrag von Kaiser Rudolf ein Getränk erfinden, das das Leben um 300 Jahre verlängert. Der Arzt probiert das Mittel an seiner Tochter Elina aus, sie fällt ins Koma, ihr Vater kommt ins Gefängnis. Doch Elina erholt sich, wird wieder gesund und muss ewig jung bleibend in verschiedenen Rollen ihr Leben leben. Im 338. Lebensjahr macht sie sich als die gefeierte Sängerin Emilia Marty auf die Suche nach der Formel ihres Vaters. In der Diskussion über die Vor- und Nachteile der Langlebigkeit liefert sie ein leidenschaftliches Plädoyer für die Endlichkeit:

„Man kann nicht 300 Jahre lang lieben. Und man kann nicht 300 Jahre lang hoffen, schöpferisch sein, staunend alles betrachten. Man hält es nicht so lange aus. Alles wird langweilig. Es wird langweilig, gütig zu sein, und langweilig bösartig zu sein. Himmel und Erde werden gleichermaßen langweilig. Und dann stellt man fest, dass nichts wirklich existiert. Nichts hat Bestand. Weder die Sünde, noch der Schmerz, noch die Erde – überhaupt nichts. Die einzigen Dinge, die existieren, sind jene, die wertvoll sind. Und euch erscheint alles wertvoll angesichts der wenigen Jahre, die euch beschert sind …“

GEFAHREN PATHOLOGISCHER VERLUSTVERARBEITUNG

Eine meiner Klientinnen ist fasziniert von dieser Oper und kann nur allzu gut verstehen, dass ein unendliches Leben unaushaltbar ist. Für sie ist schon ihr begrenztes Leben schwere Mühsal nach dem Tod des geliebten Ehemanns. Der eigene Tod wäre für sie eine Erlösung, „mein Lebensbogen hat sich an der Seite meines Ehemanns bereits erfüllt“, sagt sie. Der Trennungsschmerz quält sie, ihr Leben verläuft nur mehr nach Programm. „Ich lenke mich mit Aktivität ab, kann nichts genießen und habe Schuldgefühle, weil sich die anderen bemühen.“ Die tränenreichen Gespräche in der Therapie bringen ihr kurzzeitig Entlastung. Im Alleinsein in der großen Wohnung überschwemmen sie abgrundtiefe Ängste, deprimierendes Verlusterleben und eine bedrohliche Einsamkeit. Die Sehnsucht nach dem Ende des Lebens verheißt Linderung und verstellt gleichsam die achtsame Gestaltung des Lebens. Die Vor-stellung vom guten Leben verhindert die Offenheit für das, was kommt. Der Schmerz verschließt der Klientin die Intentionalität der Trauer und raubt ihr die Zuversicht. Der Endlichkeit begegnen heißt hier nicht nur die eigene Endlichkeit in den Blick zu bekommen, sondern die Endlichkeit der erfüllenden irdischen Beziehung zum Partner anzunehmen und durch den Trauerprozess zu transformieren und zu integrieren.

VON DER ACHTSAMKEIT IN ZEITEN DER BESCHLEUNIGUNG

Das Leben achtsam gestalten. Das ist nicht nur für meine Klientin eine Herausforderung. Achtsamkeit ist ja in aller Munde, achtsamkeitsbasierte Psychotherapie en vogue (z.B. Kabat-Zinn 2013; Grepmair und Nickel 2007). Der Fokus einer existenziellen Achtsamkeit liegt auf Wahrnehmung, liebevoller Zuwendung, auf Respekt und Zuversicht im Hier und Jetzt. Das braucht Offenheit und Zeit. Das klingt einladend. Doch wie lässt sich eine solche Haltung verwirklichen in einer Gesellschaft, in der das Machen und die Zeitökonomie höchste Werte sind. „Wer zu spät kommt, den bestraft das Leben“, ein Motto, dass nicht nur in der Politik, sondern zunehmend auch im Berufsalltag gilt. Eine psychische Vulnerabilität führt schnell zur Kündigung. Verweilen ist für viele schon lange kein Wert mehr, „time is money“. Die Zeitmanagementtipps, „Zeitersparnis“ durch Ordnungstechniken sind vielleicht hilfreich für den Erfolg, aber führt Erfolg zwingend zu mehr Lebendigkeit? Soll Unerwartetes, Unberechenbares, Überraschendes wirklich unter allen Umständen kontrolliert werden, leidet darunter nicht auch die Kreativität? Sind wir durch die zunehmende Beschleunigung in allen Lebensbereichen nicht gefährdet, das Wesentliche aus dem Blick zu verlieren und nur mehr oberflächlich die Optionen zu checken? Wir alle sind in Eile. Dabei hat die Eile der Teufel erfunden, so sagt man in der Türkei. Und tatsächlich: Mephisto mahnt Faust zur Eile: „Doch nur von einem ist mir bang, die Zeit ist kurz, die Kunst ist lang.“ (zit. in Gronemeyer 1996, 135). Mephisto will Faust mit Vergnügungen und turbulentem Treiben zerstreuen und mit wilden Ausschweifungen locken, um sicher zu gehen, dass Faust letztlich leer ausgeht und aus der Leere die ungestillte Sehnsucht nach immer mehr aufrecht bleibt. Doch es braucht gar keinen literarischen Mythos: Unser heutiges Höllentempo erhöht die Gefahr, dass Beziehungen und Verhältnisse funktionalisiert werden. Der Dialog mit sich, mit Anderen, sorgfältige und tiefgreifende Auseinandersetzungen mit den Sachverhalten und Dingen der Welt sind inkompatibel mit diesem Beschleunigungsszenario. Nachdenken, Empfinden, Mitfühlen, Trauern, Besinnen brauchen Zeit und Beziehung. Beschleunigung und damit ist nicht unbedingt Schnelligkeit gemeint – die Langsamkeit je nach Kontext neben sich bestehen ließe – ist wesenhaft utilitaristisch und verdrängt langsame Formen von Weltberührung. Außerdem reduziert sie den Menschen in ihrer Apersonalität auf seine Mobilisierbarkeit, leugnet die Einzigartigkeit der Person und hat eine kalkulierte Gleichgültigkeit zur Folge. Marianne Gronemeyer formuliert treffend: „Wo alle eingegangenen Verhältnisse unter Zeitdruck banal und utilitaristisch werden, ist der Respekt vor dem Anderen und die Grenze zwischen Erlaubtem und Unerlaubtem aufgehoben.“ (1996, 137) Möglicherweise kommen Ihnen die sich häufenden kriminellen Machenschaften im politiknahen Bereich in den Sinn. Gewissenloses Leben in Saus und Braus als letzte Gelegenheit?

Wir fragen uns: Gibt es andere Lebens- und Weltentwürfe?

Gegenwärtig sein lässt uns eine erfüllte Zeit erleben. Wie Kinder im Spiel genießen wir das Leben, weder Vergangenheit und Zukunft kümmern uns. Als Kinder hatten wir die Fähigkeit uns ganz dem zuzuwenden, das unsere Neugier und unser Interesse erregte, die Welt aufgeregt zu erkunden, ganz im „flow“ (Csikszentmihalyi 2007) zu sein. Die Jahreszeiten konnten unmittelbar erfahren werden, jeder Tag ein Abenteuer, immer auf der Suche nach Neuem, immer staunen, anfangen, probieren, scheitern, wieder probieren… Auch in diesen unbeschwerten Zeiten gab es Tote, im Spiel, in den Medien und manchmal auch den realen Tod.

Es ist mir eindrücklich in Erinnerung als mir im Volksschulalter klar wurde, dass mein Leben so wie es jetzt war einmal aufhören würde. Ich spür noch heute, wie weh mir das tat, dass ich einmal meine Eltern verlieren würde und dass auch ich eines Tages alles zurück lassen muss. Es war wohl so eine kindliche Trauer, eine Wehmut die mich öfters heimsuchte. Irgendwie war ich aus dem unmittelbaren, kindlichen Leben herausgefallen. War ich ursprünglich mit freudvoller Erwartung in die Schule gekommen, machten mir am Sonntagabend Gedanken an die Schule ein flaues Gefühl, diffuse Ängste plagten mich. Wie paradiesisch war da der Ferienanfang, endlich war frei und alle Zeit der Welt.

DER LUSTVOLLE TANZ ÜBER DEM ABGRUND DES ENDES

Ein Gefühl, das wohl auch eine andere meiner Klientinnen hatte, als sie sich auf eine Ferienwoche mit ihrem verheirateten Liebhaber einließ. Wie sehr hatte sie damit gerungen, ob sie sich auf das Abenteuer einlassen sollte. Plötzlich hatte sie alle Zweifel über Bord geworfen und sich für die Reise entschieden. Es war ein rauschhafter Anfang, als sie die Motorradfahrt auf der Mittelmeerinsel starteten. Meer, Wind, Wasser und das intensive Gefühl begehrt zu werden, waren wie ein Zauber und ließen sie die Zeit und die Umstände vergessen. So ganz ich, mitten im Leben – ein dionysisches Gefühl der Trunkenheit vom Leben ganz im Hier und Jetzt mit der Sehnsucht nach Ewigkeit. Das war Leben mit Haut und Haar, lustvoll und intensiv, zärtlich und berührend. Das Erwachen kam auf dem Rückflug und steigerte sich beim Anflug auf Österreich. Die Ehefrau holte den Geliebten ab und die Klientin fiel nach einer Phase der tauben Gefühllosigkeit in eine tiefe Trauer. „Wäre es nicht besser gewesen, wenn ich auf das Lustvolle verzichtet hätte? Hätte ich mir diesen Schmerz nicht besser erspart?“, fragte sie sich. Im Nachspüren des Schmerzes gelangte sie schließlich zur Antwort, dass es schon ganz gut war so wie es nun mal war. Jetzt ging es um ein Lassen, um das Integrieren des Erlebten und um das Durchgehen durch den Schmerz der Trauer, dass sich ein Leben mit diesem Mann nicht realisieren ließe. Die Kunst war: Sich Stunden des Zaubers zu erhalten und den Wunsch nach Dauer und Exklusivität der Beziehung zu lassen. Lassen steht dabei am Anfang des Prozesses: Es ist so. Er ist vergeben und will seine Ehe nicht aufgeben. Und nach Phasen voller Wut, ambivalenter Gefühle und Trauer, in der das Erleben durch das Stellungnehmen und Positionieren des Eigenen verarbeitet wird, steht wieder das Lassen am Ende. Das Lassen fiel meiner Klientin schwer. Sie wusste, wo er arbeitete, sie wusste, wann er von der Arbeit heim fuhr, sie hätte ihn mit Leichtigkeit treffen können. Sie wusste auch, dass er zwischendurch sehr wohl einen Abend mit ihr verbringen wollte. Zunehmend erkannte sie, dass ein Hinausschieben des endgültigen Abschieds den Schmerz zeitweise sedieren, aber nicht beseitigen würde. Es gelang ihr schließlich eine mutige Gelassenheit mit der Offenheit für Neues. Meine Klientin hat den Schmerz überwunden, fühlt sich „mehr im Leben“, wie sie sagt und wirkt lebendiger.

Die Reise in den Süden hatte in meiner Klientin die Lebenslust und Lebensfreude geweckt. Voller Kraft und Leidenschaft befriedigte sie ihre Sehnsucht. In der Nähe zum Geliebten hatte sie eine kurze Zeit intensiver Freude erlebt. Nachfolgend kam das Leid: Einsamkeit, Zweifel, Trübsinn. Leben ist Freude und Mühsal, da gibt es nichts zu verleugnen. Lebendig sind wir allerdings auch, wenn uns die leidenschaftliche Seite des Lebens schmerzt. Endlich leben hieß für meine Klientin letztlich diese Beziehung zu lassen und sich neu zu orientieren, sich dem Leben mit all seinen Facetten zu öffnen.

DIE DRINGLICHKEIT DES LEBENS ANGESICHTS TÖDLICHER BEDROHUNG

Ein Klient mit einer infausten Krebsdiagnose kommt zum Erstgespräch. Er will sein außenorientiertes, aber erfolgreiches Leben ändern. Christoph Schlingensief (2010) habe ihn mit seinem Buch „So schön wie hier kann’s im Himmel gar nicht sein!“ aufgerüttelt. Er möchte dieses Leben in der Unwahrhaftigkeit, wie er es nennt, nicht weiter führen. Die Beichte von Untreue löste bei der Ehefrau einen Sturm der Entrüstung und des Misstrauens aus. Zweifel am eingeschlagenen Weg der Selbstoffenbarung, Mutlosigkeit durch die Vorwürfe der erwachsenen Kinder, Angst vor Einsamkeit und massive Schuldgefühle begleiten ihn in schlaflosen Nächten. Was hatte er seiner Frau, seinen Kindern, der Familie angetan? Was hatte dieser Mann seinen Lieben und auch sich selbst all die Jahre durch seine Anpassung und Diplomatie, durch seine mutlose Unaufrichtigkeit, durch sein Agieren im Außen angetan? Der steinige Weg zu sich selbst war kein zauberhafter Anfang, sondern der verzweifelte Versuch, aus der Falle zu entkommen. „Mit meinem alten Leben werde ich nie mehr gesund“, brach es aus ihm heraus. Es war ein Weg durch die Nacht, gescheucht durch die Angst vor dem Neuen und getrieben von den Aggressionen der enttäuschten Partnerin. Jetzt hieß es, Stellung zu nehmen und sich dem Leben zu stellen. Auch hier immer wieder: Trauer und Wut. Trauer über das Verlorene und Wut über die Beziehungslosigkeit. Das Phantasma einer intakten Familie musste gelassen werden und der Raum für das bereits verkümmerte Eigene neu entdeckt werden. Zwischendurch leuchtete der Zauber des Neubeginns etwa in der eigenen Wohnung beim ungestörten Frühstück auf. Wir müssen Dinge lassen, damit wir neu anfangen können…

Ein Leben im Zwiespalt zwischen moralischer Pflicht und halbherziger Erfüllung mit der Lebendigkeitszufuhr Karriere und Ansehen wurde von meinem Klienten radikal in Frage gestellt. Selbstverwirklichung im Beruf als Selbstwertkrücke und idyllische Familienbilder als Vorstellung für ein gutes Leben waren ihm trügerisch geworden. Dazwischen ein intimes Gespräch mit der Geliebten und manchmal etwas mehr… das war für ihn zu wenig geworden. Die Sehnsucht nach Freiheit und Unabhängigkeit sollte nicht mehr vor der Haustür halt machen, das gemütliche Einrichten im Provisorium musste ein Ende haben. Die Krebserkrankung schrie in ihm nach Veränderung. Endlich leben angesichts des drohenden Endes, endlich ernst machen mit der Wahrheit und den Sehnsüchten, endlich den Weg gehen, der für den Klienten bestimmt war. „An guten Tagen besiegt der Mut die Angst und die Zuversicht den Zweifel. Ich geh meinen Weg, wohin er mich auch führen wird. Ich will es noch einmal wissen“, sagt er überzeugt.

GELASSEN HIN AUF EIN GUTES ENDE

Wir alle – nicht nur meine Klientinnen und Klienten – sind aufgerufen unser Leben in die Hand zu nehmen, es an sich zu drücken und es lust- und freudvoll, berührend, oder eben auch schmerzhaft und leidvoll als das je eigene Leben zu leben; die Beziehung zu sich und zu anderen zu pflegen,

den Wert des Lebens trotz aller Gefahr der Abgründigkeit zu spüren, mit dieser Kostbarkeit behutsam umzugehen und sein Herz für sich und für Andere zu öffnen.

Mit zunehmendem Alter wird mir die Endlichkeit bewusster, ich beginne zu begreifen, dass meine Zeit zu bleiben begrenzt ist. Ich versuche Prioritäten zu setzen und vermehrt das zu verwirklichen, wofür es sich zu leben lohnt. Durch die vielen Fragen, die mich das Leben fragt, fällt mir das nicht immer leicht. Wahrscheinlich geht es vielen ähnlich. Die Zuversicht, dass da noch viele Jahre bevorstehen ist zwar erleichternd, kann uns aber auch vor der Verwirklichung von Wesentlichem abhalten und auf Nebenschauplätze verführen. Es gilt ernst zu machen mit der Gelassenheit zu den Dingen, mit der Freude über Kleinigkeiten, mit dem Streben nach Weisheit und dem Bemühen, die Welt für unsere Nachkommen durch unser sinnvolles Sein und Tun als einen etwas besseren Ort zu hinterlassen.

Den Abschluss bilden berührende Gedanken zur eigenen Sterblichkeit von Pierre Teilhard de Chardin (aus Arrien 2009, 172):

Wenn die Spuren des Alterns anfangen,
meinen Körper zu zeichnen
(und mehr noch, wenn sie meinen Geist berühren);
Wenn das Kranke, ob es mich nun von außen trifft
Oder in mir geboren wird,
das ist, was mich einschränkt oder mich dahinrafft;
wenn der schmerzliche Augenblick kommt, in dem ich
plötzlich erwache für die Tatsache, dass ich krank bin
oder alt werde;
und vor allen Dingen im letzten Augenblick, in dem ich
spüre, dass sich der Halt an meinem Selbst lockert
Und dass ich absolut passiv bin in der Hand der großen
Unbekannten Kräfte, die mich geformt haben;
In all diesen dunklen Momenten, oh Gott,
vergönne mir, dass ich verstehen möge, dass du es bist
(vorausgesetzt, mein Glauben ist stark genug),
der schmerzhaft die Fasern meines Seins durchtrennt,
um ins Innerste meines Wesens einzudringen,
und trage mich hinweg in dir selbst.

Literatur

Amery J (1994) Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Klett-Cotta

Csikszentmihalyi M (2007) Flow. Das Geheimnis des Glücks. Stuttgart: Klett-Cotta

Epikur. Von der Überwindung der Furcht. In: Gigon O (Hg 1988) Von der Überwindung der Furcht. Katechismus, Lehrbriefe, Spruchsammlung, Fragmente. dtv Bibliothek

Frankl VE (1946; 2005) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke

Grepmair L & Nickel M (2007) Achtsamkeit des Psychotherapeuten. Wien New York: Springer

Gronemeyer M (1996) Das Leben als letzte Gelegenheit. Sicherheitsbedürfnisse und Zeitknappheit. Darmstadt: Primus Verlag

Janosch (1993) Sandstrand. München: Goldmann

Kabat-Zinn J (2013) Gesundheit durch Meditation. Das vollständige Grundlagenwerk zur MSBR. München: O.W. Barth

Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse. Wien: facultas

Mettnitzer A (2011) Die Sache Makropulos. www.mettnitzer.at/biografie/vorträge/

Nindl A (2011) Aus ganzem Herzen leben. Existenzanalyse 26,2, 35–37

Schlingensief M (2010) So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein!: Tagebuch einer Krebserkrankung. München: btb Verlag

v. Hoffmannsthal H (1911/2005) Jedermann: Das Spiel vom Sterben des reichen Mannes. Insel Taschenbuch

Yalom ID (2008) In die Sonne schauen. Wie man die Angst vor dem Tod überwindet. München: btb Verlag

Anschrift des Verfassers:

Dr. Anton Nindl

Leiter des GLE-Instituts Salzburg

5020 Salzburg, Linzer Gasse 4

anton.nindl@existenzanalyse.org

GUTES BEWIRKEN

Ein gerontopsychiatrisches Pflege- und Betreuungskonzept

Helmut Dorra

Mit dem Konzept Verstehender Pflege und Betreuung werden zentrale Themen der Existenzanalyse für die stationäre Altenarbeit entfaltet, die einen würdigen und therapeutisch wirksamen Umgang mit alten und psychiatrisch erkrankten Menschen begründen.
Im Horizont einer humanistisch fundierten Anthropologie und einer am Wesen des Menschen orientierten ganzheitlichen Sicht ist ein hermeneutisches Bemühen maßgeblich, das menschliche Erlebens- und Verhaltensweisen aus ihren Beweggründen zu verstehen sucht.
Der Einzelne in seiner Einmaligkeit und Individualität, mit seinen je eigenen Lebensweisen und Gewohnheiten, seinem subjektiven Erleben und Erleiden steht im Mittelpunkt der Beachtung, nicht vorrangig klinische Diagnosen oder funktionale Defizite, die ihn als „Pflegefall" definieren.
Verstehende Pflege und Betreuung möchte darum zu einer präventiven und rehabilitativen Beziehungs- und Milieugestaltung beitragen, bei der sowohl die Lebenswelt wie auch die Biografie alter Menschen Berücksichtigung findet.

SCHLÜSSELWÖRTER: Biografie, Einfühlung, hermeneutische Haltung, Lebenswelt, Milieugestaltung, Person, Verstehen

ACHIEVING THE GOOD
A geronto-psychiatric care and support concept

Using the concept of understanding care and support, central themes of Existential Analysis for inpatient geriatric work are elaborated, establishing a respectful and therapeutically effective manner of handling elderly and psychiatric patients.
Within the horizon of a humanistic anthropology and of a holistic view oriented towards the essence of the human being, a hermeneutical effort is substantial which tries to comprehend human experiencing and behavior through its motives.
The one person in his/her uniqueness and individuality, with his/her own way of life and habits, his/her subjective experience and suffering is the main focus, not mainly clinical diagnoses or functional deficits defining him/her as an invalid.
Understanding care and support wishes to contribute to creating a preventive and rehabilitative relationship and environment in which the living conditions as well as the biography of the elderly are taken into account.

KEYWORDS: biography, empathy, hermeneutic approach, living conditions, shaping environment, person, understanding

MENSCHEN VERSTEHEN

Menschen verstehen ist Anliegen und Leitmotiv einer gerontopsychiatrischen Pflege- und Betreuungspraxis in stationären Einrichtungen, die über alle notwendigen Versorgungsleistungen hinaus einen würdigen Umgang mit psychisch erkrankten, zumeist dement betroffenen Patienten und Bewohnern zu wahren und verwirklichen sucht. Diese Maxime verstehender Pflege und Betreuung setzt bei allen Mitarbeitenden eine hermeneutische Haltung voraus, die dem Wesen der Person angemessen ist und jedem Menschen unseresgleichen Respekt abverlangt.

Im Horizont einer humanistisch fundierten Anthropologie und einer am Dasein des Menschen orientierten ganzheitlichen Sicht ist pflegerisches Handeln immer wieder herausgefordert zu einem bleibenden Bemühen, menschliche Erlebens- und Verhaltensweisen aus ihren Beweggründen zu verstehen. Der einzelne Patient und Bewohner in seiner Einmaligkeit und Besonderheit, mit seinen je eigenen Lebensweisen und Gewohnheiten, seinem subjektiven Erleben und Erleiden, steht im Fokus der Beachtung, nicht vorrangig klinische Diagnosen oder funktionale Defizite, die ihn als „Pflegefall" definieren.

Sofern psychiatrische Symptome bezeichnend sind für die spezifischen und typischen Merkmale einer Erkrankung, die sich in diagnostischen Systemen kategorisieren lassen, ist eine psychopathologisch orientierte Pflege darauf ausgerichtet, diese zu „beseitigen." Vor allem „Verhaltensauffälligkeiten" dement betroffener Patienten und Bewohner, die sich in einem Wohnbereich störend auswirken, wie latentes Rufen, Verweigerungen, unruhiges Umherwandern oder Weglaufen, sollen durch schützende und zumeist beschränkende „Maßnahmen" verhindert oder vermindert werden. Damit reagieren die Pflegenden auf eine „problematische Negativsymptomatik" der Heimbewohner mit einem „symptomspezifischen Maßnahmenkatalog", wie er sich im Allgemeinen bei krankheitstypischen und symptomspezifischen „psychischen Veränderungen" verordnen und im Versorgungs- und Betreuungsalltag pragmatisch und programmatisch umsetzen lässt (vgl. Gutensohn 2000, 19f). Die Pflegeziele bei „gerontopsychiatrischen Leitsymptomen oder Verhaltensstörungen" lauten demgemäß: „Aggressives Verhalten reduzieren und vermeiden, Angst beseitigen, Befinden verbessern, Schreien mildern, Übergriffe vermeiden, das Essen Anderer sichern, Störungen verhindern u.a." (vgl. Grond 1999)

Mithin wird „störendes Verhalten" durch eine funktionale Pflege und häufig auch durch eine Abfertigungsmentalität der Pflegenden hervorgerufen, die wiederum „angemessene Reaktionen" erfordern, sei es nicht zuletzt mit allen möglichen Mitteln sedierender oder fixierender „Behandlungen", deren Nebenwirkungen nicht immer dem Wohlbefinden eines Patienten und Bewohners zu gute kommen.

Gegenüber einer psychopathologischen, am Symptom orientierten und damit verallgemeinernden Sichtweise, ist verstehende Pflege und Betreuung vorrangig auf den einzelnen Menschen hin ausgerichtet. Sie bleibt stets bezogen auf sein subjektives Erleben, das in den jeweiligen Symptomen seinen Ausdruck finden kann als ein dem Menschen mögliches Verhalten seines „In-der-Welt-Seins", das im Zusammenhang eines aktuellen Geschehens und der eigenen

Lebensgeschichte Bedeutung gewinnt. Darum wird verstehende Pflege und Betreuung die jeweils intervenierende und therapeutisch wirksame Antwort sein auf das, was einen Menschen bewegt, worauf sein Verhalten verweist und was es zu bewältigen versucht.

MENSCHEN VERSTEHEN IM MODUS DER EINFÜHLUNG

Einen verstehenden Zugang zum Erleben eines Menschen finden wir nun darin, dass es analog dem eigenen Erleben zu erfassen und nachzuempfinden möglich ist. Verstehen bedeutet somit ein Sich-hinein-Versetzen in die Daseinsweise eines Anderen, die im Modus der Einfühlung und der „Vergleichung mit sich selbst" (Dilthey) innerlich mitvollzogen werden kann, insofern jede Erkenntnis eines Fremden in Verbindung gebracht werden kann mit den eigenen Gefühlen, eigenen Erfahrungen und Verhaltensweisen.

„Die eigenen Gefühle sind der wichtigste Ansatzpunkt für die Entwicklung einer angemessenen Grundhaltung im Umgang mit Menschen, die an Kränkungen der Seele leiden … Es gilt also zu lernen, die eigenen Gefühle und Verhaltensweisen besser wahrzunehmen: was löst bei mir Angst aus, wodurch werde ich traurig gestimmt, wie verhalte ich mich in bedrohlichen Situationen, wie zeige ich anderen Menschen meine Hilflosigkeit, was macht mich ärgerlich, wem offenbare ich aufrichtig meine Gefühle und Gedanken? Diese Suchhaltung ermöglicht mir, den anderen besser zu verstehen, da jedes Gefühl, das in ihm auftaucht, grundsätzlich auch von mir empfunden werden kann." (Dörner 1989, 43)

Das subjektive Erleben eines Anderen steht jedoch unter dem Vorbehalt, dass wir es nicht vollständig erfassen können und darum unserer Erkenntnis in allen Formen des Schon-Bescheid-Wissens unverfügbar bleibt. Wenn wir uns einem Menschen zuwenden, dann schauen wir auf das Einmalige und Besondere, wie es im Erleben des Einzelnen gegenwärtig erscheint. Dabei können unserer Wahrnehmung bereits vorhandene Kenntnisse, theoretische Konzepte oder kausale Erklärungen im Wege stehen, mit denen wir geneigt sind festzustellen, was für alle Menschen gleichermaßen gültig ist, und mit denen wir das Befinden und Verhalten psychiatrisch erkrankter, dement betroffener Menschen zu erklären meinen. Aus einem allgemeinen Wissensvorrat lassen sich darum Maßnahmen und Methoden ableiten, die wir erlernen und erlangen, die wir dann pragmatisch und programmatisch anwenden, wie es jeweils der „Fall" erfordert.

Wie jedoch einem einzelnen Menschen zu Mute ist, was ihn in Wechselwirkung mit seiner Welt bewegt und was er mit seinem Verhalten bewirken will, das können wir allein von ihm selbst her in einer konkreten Situation erkunden und erkennen.

Verstehende Pflege und Betreuung bleibt auf diese Weise fragend dem einzelnen Patienten und Bewohner zugewandt, auf ihn bezogen und ihm verbunden in der entschiedenen Bereitschaft und Bescheidenheit, nicht über ihn verfügen zu wollen. Diese fragende Haltung erfordert ein ständiges Anfangen. Sie ist immer wieder einzuüben und einzuholen, weil der Prozess des Verstehens stets im Mitgehen vollzogen werden muss. Eine fachlich fundierte gerontopsychiatrische Pflege- und Betreuungspraxis setzt somit Empathiefähigkeit voraus, die mitnichten dem Befinden der Mitarbeiter und ihrer je eigenen Bedürftigkeit dienlich ist, die vielmehr auf den Patienten und Bewohner bezogen und ihm verbunden bleibt, weil sie an seinem Erleben interessiert Anteil nehmen kann. Wenn aber die Pflegenden und Betreuenden in ihrem eigenen Leben und Erleben mit dem Phänomen unseres endlichen Daseins vertraut geworden sind, dann wird sich gleichermaßen der Horizont ihres Verstehens auf alles Menschenmögliche hin erweitern. Darum werden in den Weiterbildungsseminaren und Supervisionsangeboten verstehender Pflege und Betreuung die Mitarbeitenden angeleitet zur Reflektion innerer Haltungen, zum Verstehen eigener Gefühle und Verhaltensweisen wie auch zum Austausch je eigener Erfahrungen in der Pflege- und Betreuungspraxis wie auch im Alltagsleben. Im Zusammenwirken aller Beteiligten im Team einer stationären Einrichtung ist darum jeder Einzelne zu einem persönlichen Engagement und zu eigenverantwortlichem Handeln herausgefordert, das sich verstehend einem Menschen zuwendet und ihm begegnend gegenüber bleibt.

So ist verstehende Pflege und Betreuung immer wieder bemüht, wahrzunehmen und zu erkennen, was einem Patienten und Bewohner fehlt, was ihn beschäftigt und zu schaffen macht, welche Fähigkeiten erhalten und vorhanden sind, die zur Alltagsbewältigung beitragen, die der Selbstgewissheit und der Erfahrung eigener vorhandener Kompetenzen förderlich sind. Das bedeutet zugleich, die Symptome eines psychiatrisch erkrankten, dement betroffenen Menschen als Daseinsphänomene zu sehen, die ein mögliches Befinden bekunden, mithin eine Angst oder eine Kränkung, ein Schamgefühl oder Schmerzempfinden, Trauer oder Einsamkeit, und was immer in Worten und Verhalten der Menschen seinen Ausdruck finden kann.

Darum sind einer verstehenden Pflege und Betreuung vermeidende und vermindernde Maßnahmen unzureichend, sofern sie beabsichtigen, Störungen zu beseitigen, weil menschliche Verhaltensweisen stets wechselwirkend auf eine Lebenswelt bezogen sind, die sich im Zusammenhang einer konkreten Situation und im Kontext ihrer jeweiligen Daseinsbedingungen sinnhaft erfassen lassen. Denn es gehört zur existentialen Verfassung unseres menschlichen Daseins, dass wir uns in der Welt befinden, auf die hin wir in unserem Handeln und Verhalten ausgerichtet sind und darum etwas zu erreichen suchen, das unserem Dasein bedeutsam ist; sei es mithin die Sorge um unsere Sicherheit oder der Wunsch, von anderen wertgeschätzt zu werden, wie auch das Recht auf Eigenständigkeit und Selbstbestimmung und was immer wir in unserem endlichen Dasein in der Welt bewirken und bewahren wollen.

BIOGRAFIE UND ZEITGESCHICHTE ALS VERSTEHENSHORIZONT

Diese Lebensmotive, die alle Menschen bewegen, haben nun bei jedem Einzelnen in der je eigenen Biografie und Lebensgeschichte eine besondere Prägung erfahren. Jeder Mensch hat im Laufe seiner Entwicklung Stimmungen und

Strebungen ausgebildet wie auch Verhaltensweisen, Werthaltungen und Gewohnheiten, die mithin in seiner Persönlichkeit manifest geworden sind. Wer also Menschen verstehen will, der muss sich mit ihrer Vergangenheit befassen, vor allem, wenn es um alte und dement betroffene Menschen geht, die ihre Orientierung im Gegenwärtigen verlieren und darum ihr Selbst im Vergangenen bewahren und vergewissern. Wenn ein dement betroffener Mensch nicht mehr weiß, wo er sich heute befindet, weil die Leistungen seines Kurzzeitgedächtnisses nachlassen, so bleiben die Erinnerungen aus der frühen Zeit lange erhalten und werden häufig aktuell erlebt. Gegenwärtig sucht er im Vergangenen nun die Eltern, Geschwister und Freunde seiner Kindheit und Jugendzeit wie alles, was ihm in frühen Jahren vertraut gewesen ist, und er findet sich wieder in einer Welt, die er nicht mehr als die seine erkennt (vgl. Welzer&Markowitsch 2006, 298f). Das führt mithin zu grotesken Situationen, wenn etwa ein dement betroffener Mensch seine Ehefrau oder seine Kinder nicht wieder erkennt, sich aber auf den Weg machen will, seine längst verstorbene Mutter zu besuchen, oder wenn ein Bewohner sich nicht mehr an die Person erinnert, die ihm gerade aus den Kleidern helfen will. Sollte er nicht diesen Menschen als eine Zumutung empfinden und seine Hilfeleistung, um die eigene Intimsphäre zu wahren, empört zurückweisen?

Diese Verhaltensweisen der „Verwirrten" müssen jene verwirren, die in ihrer gegenwärtigen Wirklichkeit nicht verstehen, was sich allein in einer biografischen und zeitgeschichtlichen Erlebenswelt sinnhaft verorten lässt. Darum ist verstehende Pflege und Betreuung an der singulären Biografie eines „verwirrten" Menschen interessiert: In welchen zeitgeschichtlichen und sozialen Verhältnissen ist er aufgewachsen, wo erlebte er seine Kindheit und Jugendzeit, welche Moralvorstellungen haben ihn geprägt, welche Lebensweisheiten wurden ihm auf den Weg gegeben, wo fühlte er sich zugehörig und aufgehoben, wie hat er gelernt seine Alltagsprobleme zu bewältigen, was war seine biografische „Normalität"? Diese Fragen eröffnen den Pflegenden einen lebensgeschichtlichen Verstehenshorizont, der es ihnen ermöglicht, sich auf den kranken Menschen zu beziehen, und sich seiner biografischen Identität gegenüber angemessen zu verhalten (vgl. Jüttemann & Thomae 1999). Mit ihren biografisch erworbenen Fähigkeiten und Eigenheiten können viele Bewohner sich noch immer im Alltagsleben kompetent erweisen und sich durch erlernte Werthaltungen, wie etwa Ordnungssinn, Pflichtbewusstsein oder Fürsorglichkeit, in einem gewohnten Rollenverhalten identisch erfahren. Pflegerische Hilfe sollte darum immer wieder bemüht sein, persönlichkeitsspezifische und lebenspraktische Ressourcen zu unterstützen und möglichst (lange) zu erhalten.

MILIEUGESTALTUNG: BEHEIMATUNG IN EINER VERTRAUTEN LEBENSWELT

Aus der individuellen Biografie und ihren zeitgeschichtlichen Bedingtheiten lassen sich reaktivierende Impulse und substituierende Interventionen für eine Beziehungs- und Milieugestaltung ableiten, die ein „Daheim" zu vermitteln vermag, in dem sich alte, bzw. dement betroffene Menschen aufgehoben, zugehörig und heimisch fühlen. So kann die Berücksichtigung der Biografie und der zeitgeschichtlichen Normalität im Alltagsleben beitragen zu einer vertrauten Umgebung und zu einer an traditionellen Gewohnheiten bzw. Handlungsroutinen ausgerichteten Tagesstruktur, die eingebunden bleibt in eine über die Grenzen einer stationären Einrichtung hinausreichende Lebenswelt. Diese umfasst alles, was wir gemeinhin mit dem Wort „Wohnen" bezeichnen: Die vielfältigen Aspekte einer individuellen Lebensweise, das gesamte Beziehungsgeflecht, in dem wir uns befinden und verhalten, vor allem aber die Beziehung zu Menschen, mit denen wir uns verbunden fühlen.

Die durch gesundheitliche Einschränkungen notwendig gewordene „Heimeinweisung" ist jedoch gekennzeichnet durch den Verlust einer bisherigen Lebenswelt und der sozialen Beziehungen, wie auch durch den Verlust einer eigenverantwortlichen und selbst bestimmten Lebensführung. Untersuchungen über mögliche Auswirkungen eines Heimaufenthaltes weisen auf, dass „mit dem Heimeintritt der Umfang der sozialen Kontakte merklich abnimmt und das Ausmaß der generellen Aktivitäten nachlässt, und es so zu einem deutlichen Altersabbau der Persönlichkeit kommt" (Lehr 1974, 271).

Umso mehr sind die Heimbewohner auf eine stationäre Versorgung wie auf eine helfende Betreuung der Pflegenden angewiesen und werden abhängig von den fachlichen und praktischen Dienstleistungen, die dem Bedürftigen etwas abnehmen bzw. für ihn übernehmen, und die ihm zugleich auch etwas wegnehmen. „Hier ist gut für dich gesorgt!" sagen die Angehörigen und übersehen oftmals, dass in einem Versorgungssystem Eigenständigkeit und Selbstbestimmung verloren gehen. Die Bewohner brauchen sich nicht mehr am Tagesgeschehen zu beteiligen, und das verringert ihr Interesse an den Belangen des alltäglichen Lebens und reduziert nicht zuletzt Eigenverantwortung wie auch Selbstvertrauen, wenn sie in den betrieblichen Strukturen einer stationären Einrichtung selbst nichts mehr verändern, keinen Einfluss mehr nehmen und nichts mehr bewirken können.

Darum brauchen Heimbewohner Hilfe und Anleitung zu praktischen Tätigkeiten und zu einer aktiven Beteiligung und Anteilnahme am Leben in ihrer Wohngemeinschaft. Auf diese Weise werden sie zugleich Beheimatung und Zugehörigkeit erfahren in einer ihnen vertrauten Lebenswelt, die alles umfasst, was „wohnen" bedeutet: Ein sicherer Ort, an dem sie sich auskennen und im biografisch und zeitgeschichtlich Bekannten wieder erkennen, in dem sie ihre Gewohnheiten wiederholen und bewahren können, in dem sie durch Rituale und Regelmäßigkeiten, durch bleibende Strukturen Halt und Geborgenheit erfahren.

Fehlt aber dieser geschützte Raum, dann werden Resignation und Ruhelosigkeit auftreten als Folge zunehmender Verunsicherung und Angst. Denn in der Angst gibt es kein ruhiges Verweilen, keinen Halt, kein Innehalten und Anhalten, so dass die sogenannte „Weglauftendenz" oder auch „motorische Unruhe" dement betroffener Bewohner als Verhaltensweise eines gefühlten und gestimmten „In-der-Welt-Seins" verstanden werden kann, wenn ein Mensch auf der Suche nach Sicherheit keine Antwort findet.

Eine therapeutisch wirksame Milieugestaltung verstehender Pflege und Betreuung wird sich darum bemühen,

Vertrautheitserfahrungen zu vermitteln, die dem Patienten und Bewohner Orientierung in Raum und Zeit ermöglichen und die durch konstante Beziehungen und durch eine Präsenz der Pflegenden, Flüchtigkeiten zu vermindern und zu vermeiden sucht.

Wenn die Mitarbeitenden in einem Wohnbereich sich nicht mehr einem Patienten und Bewohner zuwenden und bei ihm verweilen können, dann wird eine bloße funktionale Versorgung Gefühle der Isolation und Resignation hervorgerufen, die mithin zu depressiven Verstimmungen, zu Apathie und Rückzugsreaktionen führen können. Wir Menschen gehen uns selbst verloren, wenn wir immer nur mit unseren eigenen Bedürfnissen und Befindlichkeiten beschäftigt sind. Wir brauchen die Welt, ein Gegenüber, auf das wir uns beziehen können.

So ist verstehender Pflege und Betreuung nicht allein daran gelegen, durch praktische Hilfeleistungen Gutes zu tun, sondern Gutes zu bewirken. Das bedeutet nun auch, den einzelnen und einmaligen Menschen zu sehen in seinem So-sein und Geworden-sein, seinen Eigenwillen zu achten und eine ihm mögliche Selbstständigkeit zu gewähren und zu bewahren.

Jedoch haben wir Menschen nicht an uns selbst genug, wir sind vielmehr unserem Wesen gemäß auf eine Lebenswelt hin ausgerichtet und auf etwas, das wir noch erreichen wollen. Solange wir leben ist dieser „Wille zum Sinn“ uns allen zu eigen: „Ich hätte nicht gedacht, dass ich hier einmal enden werde“, sagt eine Bewohnerin, „das Schlimmste ist, wenn man kein Ziel mehr hat.“ Es reicht nicht aus für eine menschenwürdige Umgangsweise, die Patienten und Bewohner mit wohlmeinender Betriebsamkeit sicher zu verwahren und zu versorgen, weil Gefühle der Leere, Verlorenheit und Langenweile hervorgerufen werden, wenn sie nicht mehr auf ihre Welt bezogen Wertvolles erfahren, wenn nichts mehr zu wünschen und zu erwarten ist. Verstehende Pflege und Betreuung möchte darum Patienten und Bewohner motivieren und aktivieren, in der Lebensgemeinschaft mit anderen Menschen tätig zu bleiben, Anteil zu nehmen am anderen und sich am Alltagsleben zu beteiligen.

Eine präventive und rehabilitative Beziehungs- und Milieugestaltung berücksichtigt dabei die konstanten Grundstrukturen und fundamentalen Strebungen menschlichen Daseins, die wir alle in unserem Alltagsleben als selbstverständlich ansehen, wann immer wir danach fragen, wo wir in dieser Welt Halt finden, wie dieses Leben für uns Wert gewinnt, wie wir unser Eigensein bewahren können und wofür wir sorgen und uns einsetzen sollen.

Wo immer wir mit Menschen zu tun haben, sind wir mitnichten fertig und vollkommen. Wir sind stets im Werden herausgefordert und gefragt, was wir verändern sollen und auf welche Weise wir Gutes bewirken können. Darum lässt sich ein Pflegekonzept keineswegs und ein-für-alle-Mal installieren und als gelerntes Wissen schwarz auf weiß nach Hause tragen. Verstehende Pflege und Betreuung ist somit ein ständiger Prozess, an dem alle Beteiligten und jeder Einzelne mit persönlichem Engagement in seinem Wohnbereich und Arbeitsfeld beitragen kann.

Literatur

Dörner K, Plög U (1989) Irren ist menschlich. Bonn: Psychiatrie Verlag, 5°

Grond E (1999) Kompendium der Alters-Psychiatrie und Neurologie für Altenpfleger/innen. Hagen: B. Kunz Verlag, 2°

Gutensohn S, Schulz U (2000) Arbeitshilfen für den Umgang mit psychisch veränderten alten Menschen. Hagen: B. Kunz Verlag, 2°

Jüttemann G, Thomae H (Hg) (1999) Biographische Methoden in der Humanwissenschaft. Weinheim/Basel: Beltz

Lehr U (1974) Psychologie des Alterns. Heidelberg: Quelle u. Meyer

Welzer H, Markowitsch HJ (Hg) Die verlorene Erinnerung. In: Seidl U (2006) Warum Menschen sich erinnern können. Stuttgart: Klett-Cotta

Anschrift des Verfassers:

Helmut Dorra

Am Mühlenberg 56

D-25451 Quickborn

h.dorra@existenzanalyse.com

DIE BEHANDLUNG ÄLTERER MENSCHEN: EIN ERFAHRUNGSBERICHT

Erika Luginbühl

Das Älterwerden ist belastet durch einen Verlust von Fähigkeiten und Kraft im physischen, psychischen und sozialen Bereich (Längle 1994). Die Auseinandersetzung mit diesen Verlusten bedeutet eine grosse Herausforderung, die einerseits zu Wachstum und Reife, andererseits zu Überforderung und dadurch zu psychischem Leiden führen kann. Der folgende Artikel geht der Frage nach, welche Probleme ältere Menschen veranlassen, sich in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu begeben und wie die Behandlungsverläufe existenzanalytisch zu beurteilen sind.

SCHLÜSSELWÖRTER: Alter, geistige Dimension (Frankl), Ressourcen

THE TREATMENT OF ELDERLY PEOPLE: A PROGRESS REPORT

Aging is burdened by the loss of abilities and strength in the physical, mental and social spheres of life (Längle 1994). The confrontation with these losses is a major challenge which can lead to growth and maturation on the one hand and on the other hand excessive demand causing psychological suffering. The following article pursues the question, which problems lead elderly people to seek psychiatric-psychotherapeutic treatment and how the course of treatment is evaluated by Existential Analysis.

KEYWORDS: old age, spiritual dimension (Frankl), resources

EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Unter dem Begriff „Alter“ wird, biologisch gesehen, der Lebensabschnitt rund um die mittlere Lebenserwartung des Menschen verstanden, also das Lebensalter zwischen dem mittleren Erwachsenenalter und dem Tod. Es ist geprägt von degenerativen Prozessen des Organismus.

Diese Alterungsprozesse beeinträchtigen die physische Gesundheit und belasten das psychische Befinden sowie die sozialen Beziehungen. Gemäss der existenzanalytischen Anthropologie (Frankl 1990) sind wir Menschen diesen Beeinträchtigungen und Belastungen nicht einfach ausgeliefert, sondern wir sind befähigt, uns auf einer geistigen Ebene damit auseinanderzusetzen und einen eigenverantworteten, personalen Umgang anzustreben. Diese Auseinandersetzung bedeutet eine grosse Herausforderung, an der ältere Menschen wachsen und reifen können, an der sie aber auch scheitern und in der Folge psychisch erkranken können (Längle 1994).

Anhand von 26 Krankengeschichten soll den folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Welche Probleme veranlassten die 26 älteren Patienten, sich in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu begeben?
- Welche Behandlungen wurden durchgeführt?
- Wie sind die Behandlungsresultate?
- Schlussfolgerungen aus Sicht der Existenzanalyse

PATIENTENKOLLEKTIV

Die Durchsicht der Krankenakten der psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis der Autorin ergab, dass sich in den vergangenen fünf Jahren, von 2010 bis 2014, 26 ältere Personen in Behandlung befanden, 11 Männer und 15 Frauen. Der Umfang der Behandlungen bewegte sich, je nach Grundproblematik und Behandlungsmotivation, zwischen einer Sitzung und mehr als vierzig Sitzungen. Bei Behandlungsbeginn war die jüngste Patientin 63jährig, der jüngste Patient 65jährig, bei Abschluss die älteste Patientin 90jährig, der älteste Patient 89jährig. Das Durchschnittsalter betrug bei den Frauen 70.5 Jahre, bei den Männern 78.3 Jahre.

Diagnosen: 14 der 26 Patienten kamen wegen eines ängstlich-depressiven Zustandsbildes in Behandlung, drei wegen Ängsten ohne Depression, vier wegen einer Depression ohne Ängste, zwei Frauen waren in einer Krise nach einer Trennung, eine Patientin hatte eine akute Belastungsstörung nach dem plötzlichen Tod ihres Ehemannes, ein Patient leidet an einer Alzheimerdemenz und eine Patientin kam wegen psychosozialer Belastung in Zusammenhang mit der Pflege ihre Ehemannes.

BESCHREIBUNG UND STRUKTURIERUNG DER PROBLEMBEREICHE DER PATIENTEN

Es überrascht nicht, dass über 80% der Behandelten an Angst bzw. Depression leiden. Denn nach existenzanalytischer Nosologie führen der Verlust von Fähigkeiten und Kraft, also der Verlust von Können und Vitalität, zu Angst und Depression.

Im folgenden Abschnitt werden die Krankengeschichten aller 26 Patienten kurz beschrieben. Diese Skizzen sollen einen Einblick in die Praxis geben und ein vertieftes Verständnis der Belastungen ermöglichen.

Zur Strukturierung der Problembereiche und der Behandlungsverläufe wurde das dreidimensionale Menschenbild Frankls verwendet, wonach Menschsein als anthropologische Einheit der drei unterschiedlichen Seinsweisen physisch, psychisch und geistig-personal verstanden wird (Frankl 1990). Damit gelang es, die Bedeutung des Somatischen bei der Entstehung und der Behandlung psychischer Störungen im Alter herauszustreichen. Es erwies sich auch bei der Beurteilung der Behandlungsverläufe als hilfreich. So sind im Abschnitt der psychischen Dimension diejenigen Behandlungsverläufe aufgeführt, die wenig erfolgreich waren und in denen die Patienten in ihren Psychodynamiken verhaftet blieben. Die Be-

handlungsverläufe, die eine Entwicklung anstiessen, sind im Abschnitt der geistig-personalen Dimension beschrieben.

Physische Dimension (Pat. 1–7)

Körperliche Erkrankungen und degenerative Prozesse zehren an den Kräften, insbesondere wenn sie mit Schmerzen verbunden sind. In der Folge führt dies zu einem Vitalitätsverlust, welcher Depressionen und Ängste auslösen kann. Bei älteren Patienten ist dem somatischen Aspekt, mehr noch als bei jüngeren, grosse Bedeutung beizumessen, sowohl in Bezug auf die Abklärung wie auch in Bezug auf die Behandlung.

1. Bei einer histrionisch strukturierten 72jährigen Patientin, die mir wegen Panikattacken mit Herzrasen und Atemnot zugewiesen wurde, stellte sich heraus, dass bei ihr im Rahmen einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD) Asthma-Anfälle auftraten. Mit der Behandlung des Asthmas verschwanden auch die Panikattacken.

2. Nach einer schmerzhaften Darmoperation erleidet ein 73jähriger Mann einen psychischen Zusammenbruch mit körperbezogenen Ängsten und depressiver Erschöpfung. Seine körperliche Konstitution ist sehr fragil, die Atmung insuffizient bei einer verbleibenden Lungenfunktion von 40 %. Somatisch kann sein Zustand nicht mehr viel verbessert werden. Es dauerte mehrere Monate bis wir die optimale Psychopharmakotherapie gefunden hatten. Seit nunmehr drei Jahren ist er psychisch stabil. Langsam und gemächlich geht er seinen vielfältigen kreativen Hobbies nach. Er ist zufrieden und freut sich an dem, was ihm noch möglich ist.

3. Ein schwer kranker 87jähriger Mann kommt in Begleitung seiner Frau. Als Folge mehrerer Bauchoperationen hat er wegen Verwachsungen unerträgliche Bauchschmerzen. Er ist bedrückt, ängstlich und lebensmüde, den ganzen Tag geht er jammernd in der Wohnung hin und her. Weder Schmerzmittel, inkl. Opiate, noch Psychopharmaka bringen Linderung oder eine Beruhigung. Nach vier Monaten stirbt er an einer fulminant verlaufenden Krebserkrankung der Lunge.

4. Als Handwerker hat der Mann körperlich schwer gearbeitet. Nun leidet er an chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates wegen degenerativen Gelenksveränderungen. Er ist frustriert, antriebslos, bedrückt, fühlt sich von seinem ehemaligen Arbeitgeber ausgenutzt. Seine Gedanken kreisen um die Ungerechtigkeiten, welche ihm in seinem Berufsleben widerfahren sind. Er hatte Arbeiten auszuführen, die zu anstrengend waren und ihm körperlichen Schaden zuführten und darüber hinaus auch noch schlecht bezahlt wurden. Er ist 64jährig, steht somit kurz vor der Pensionierung, ist nur noch zu 50 % arbeitsfähig. Privat hat er kaum Sozialkontakte, geht selten aus dem Haus und schaut fern. Dies ist seine einzige Abwechslung. Er wird vom Hausarzt zur Beurteilung und Behandlungsempfehlung geschickt. Leider kann der Patient nicht motiviert werden, zu Gesprächen zu kommen. Er wird vom Hausarzt mit einem Antidepressivum behandelt, in der Hoffnung, ihn dadurch etwas aktivieren zu können.

5. Als Naturwissenschaftler war er im Beruf sehr erfolgreich. Er hatte viel Verantwortung zu tragen, sei sehr gewissenhaft und pedantisch gewesen, Fehler habe er sich keine erlaubt. Über das Älterwerden oder über Krankheiten habe er sich nie Gedanken gemacht. Kurze Zeit nach seiner Pensionierung traten bei ihm Schmerzen auf, die ihn so belasteten, dass er kurz nach seinem 70. Geburtstag, psychisch zusammenbrach. Wegen Ängsten und Depression wurde er dreimal in einer psychiatrischen Klinik behandelt. Schmerzmedikamente brachten keine Linderung, Psychopharmaka halfen auch nur wenig gegen die Ängste und die innere Unruhe. Die Schmerzen standen derart im Vordergrund, dass sich die Gespräche inhaltlich fast ausschliesslich um die körperlichen Beschwerden und deren (erfolglose) medikamentöse Behandlung drehten. Kurz nach dem letzten Klinikaustritt nahm er sich, aus Sicht der Behandelnden völlig unerwartet, das Leben.

6. Ein fast 90jähriger Mann, früher Landwirt, vom Hausarzt somatisch abgeklärt und psychisch bisher immer gesund, ohne aktuelle Belastungen, leidet seit einem halben Jahr zunehmend an Ängsten und Depressionen. Medikamenten gegenüber war er vorerst skeptisch. Nach der Erklärung, dass Depression und Angst auch etwas mit dem Mangel an Überträgersubstanzen im Gehirn zu tun haben, ist er bereit, ein Antidepressivum zu nehmen. Er spricht sehr gut auf das Medikament an und ist nach kurzer Zeit symptomfrei. Bei ihm könnte postuliert werden, dass es durch den Alterungsprozess der Nervenzellen zu einem Neurotransmittermangel gekommen war, was wohl dem früher als Altersdepression beschriebenen Krankheitsbild entsprechen würde.

7. Trotz medikamentöser Behandlung mit Antidepressiva und Stimmungsstabilisatoren erkrankt eine Patientin mit Jahrgang 1942 seit über dreissig Jahren immer wieder an schweren depressiven Episoden. Mit zunehmendem Alter wird die Dauer der symptomfreien Phasen immer kürzer. Acht bis neun Monate pro Jahr ist sie schwer depressiv. In dieser Zeit ist der Zustand für sie und ihren Mann unerträglich und eine stationäre Behandlung unumgänglich. Diese Krankheitsschübe scheinen ihr biologisches Schicksal zu sein, durch nichts zu verhindern oder zu lindern.

Psychische Dimension (Pat. 8–15)

Psychische Störungen bilden sich aufgrund ihrer fixierten Dynamiken in der psychischen Dimension ab. Deren Behandlung erfolgt unter Einbezug der geistigen und der physischen Dimension. Dort, wo es uns Behandelnden nicht gelingt, mit den Patienten in einen Dialog zu treten und dadurch deren personale Ressourcen zu mobilisieren, stockt der therapeutische Prozess. Unsere Bemühungen vermögen die Patienten emotional etwas zu entlasten, in ihrer persönlichen Entwicklung bringen wir sie jedoch nicht entscheidend weiter.

8. Der Patient, geb. 1929, litt bis zu seinem Tod an einer generalisierten Angststörung mit Panikattacken, ohne dass ihm medikamentös oder durch Gespräche entscheidend geholfen werden konnte. Als Kind hatte er in Deutschland den Krieg miterlebt, kam nach der Ausbildung in die Schweiz, wo er beruflich erfolgreich war. Wegen einer schweren koronaren Herzkrankheit wurde er vorzeitig pensioniert. Über 15 Jahre kam er sporadisch zu Gesprächen. Dabei ging es meist um banale körperliche Symptome, über die er sich grosse Sorgen machte. Meine Aufgabe war es, ihn zu beruhigen und ihm zu versichern, dass er nicht daran sterben werde.

9. Über einen Zeitraum von rund zehn Jahren kommt eine Patientin mit Jahrgang 1936 gelegentlich zu Gesprächen. Sie pflegt ihren Ehemann, ist physisch und psychisch überfordert, insbesondere aufgrund seiner Ansprüche an ihre Zuwendung und Präsenz. Er will nicht allein sein und redet ununterbrochen auf sie ein. Mir wäre es ein Anliegen gewesen, mit ihr darauf zu schauen, was sie für sich tun könnte, um sich ein bisschen Freiraum zu schaffen. Wenn sie aber bei mir war, klagte und jammerte sie. Mir kam es so vor, als ob sie gar nicht mehr wollte als ein Gegenüber, das ihr zuhörte, mit ihr die schwierige Situation aushielt und ihr auch Anerkennung gab für das, was sie leistete.

10. Die kleine, jugendlich wirkende Frau, geb. 1943, kommt wegen Ängsten und Schamgefühlen. Seit Kindheit schäme sie sich und fühle sich schmutzig. Ihr Vater sei wegen einer schweren Straftat im Gefängnis gewesen, ihr Pflegevater habe sie, weil sie das Kind eines Kriminellen war, oft geschlagen. Im Alter leidet sie nun unter ihrem rücksichtslosen, bestimmenden und aufbrausenden Ehemann. In den Gesprächen üben wir, wie sie ihm gegenüber besser für ihre Anliegen eintreten könnte. Dies gelingt teilweise. Nach neun Gesprächen beendet sie die Behandlung.

11. Ein fast 90jähriger Mann wird von seiner Tochter, die ihn betreut, gebracht. Sie berichtet, dass ihr Vater schon seit fünfzig Jahren depressiv sei und erhofft sich, dass er endlich über das, was ihn bedrückt, reden wird. Der Patient sagt, er sei unglücklich darüber, dass er habe Bauer werden müssen, er sei traurig über sein Leben und auch, dass er nicht mehr das machen könne, was er wolle, wie z. B. Autofahren. Darüber reden bringe ihm nichts.

12. Ein 67jähriger Mann, der erst seit kurzem in Pension ist, befürchtet, an Demenz erkrankt zu sein. Schon seit vielen Jahren ist er selbstunsicher und hat Ängste, insbesondere Sozialängste, aber auch Angst vor Krankheiten, im Speziellen vor Demenz. Die Abklärung ergibt keine Hinweise, er ist beruhigt und sieht keine Notwendigkeit, die Behandlung der psychischen Problematik anzugehen. Er macht mit Begeisterung viel Sport, was ihm Kraft und Stabilität gibt.

13. Nach einem gynäkologischen Eingriff wird eine gut 70jährige Frau zunehmend depressiv. Die Hausärztin hat schon verschiedene Medikamente ausprobiert. Die Patientin zeigt ein ängstlich-agitiertes Zustandsbild. Sie ist unruhig, kann trotz Medikamenten nicht schlafen. Zwei Tage nach unserem ersten Gespräch kommt sie in Begleitung ihres Mannes. Sie verspüre starke Suizidimpulse. Wir kommen überein, dass unter diesen Umständen eine stationäre Behandlung unumgänglich sei. Vier Wochen nach Eintritt in die Klinik begeht sie Suizid.

14. Die 70jährige Patientin kommt nicht damit zurecht, dass ihr langjähriger Partner sie verlassen hat. Sie wirkt verunsichert, ängstlich und berichtet, dass sie in ihrem Leben schon mehrere Beziehungsabbrüche erfahren musste. In den Gesprächen ist sie distanziert, es gelingt nicht, eine gute therapeutische Beziehung aufzubauen. Nach acht Sitzungen beendet sie die Behandlung.

15. Der Ehemann der Patientin (geb. 1941) ist an einem aggressiven Krebs erkrankt, was bei ihr Ängste mit Panikattacken, eine allgemeine grosse Unruhe und Schlafstörungen ausgelöst hat. Sie traut sich ein Leben ohne ihn nicht zu. Er ist ihr eine grosse spirituelle Stütze und sie befürchtet, das Leben ohne ihn nicht auszuhalten und deshalb keinen anderen Ausweg zu sehen, als aus Verzweiflung Suizid zu begehen. Diese Vorstellung bringt sie in Konflikt mit seiner und ihrer eigenen Wertvorstellung, in der Suizid keine Option sein darf. Mit ihren hohen Erwartungen, wie sie diesen Schicksalsschlag zu bewältigen habe, verlangte sie zu viel von sich selber, was bei ihr Angst vor dem Versagen verursachte. Ihre Einstellung in Bezug auf Suizid blieb unumstösslich, und es war mir nicht möglich, diese anzufragen oder gar etwas aufzuweichen. Trotzdem wurde sie, mit medikamentöser Unterstützung, wieder ruhiger und nach zwei Gesprächen sah sie keine Notwendigkeit mehr, weiter in Behandlung zu kommen.

Geistig-personale Dimension (Pat. 16–26)

Aufgrund unserer geistig-personalen Fähigkeiten sind wir Menschen in der Lage, uns mit körperlich und psychisch Leidvollem und Belastendem auseinanderzusetzen und um einen eigenverantworteten Umgang zu ringen. Wenn dies gelingt, können die belastenden Ängste und die depressiven Gefühle abnehmen, und es kann zu persönlicher Entwicklung und Reife kommen.

16. Als alleinerziehende Mutter hat die 80jährige Frau in ihrem Leben viel gearbeitet und dadurch ihrem Sohn das Medizinstudium ermöglicht. Sie hat immer alles alleine geschafft und sogar noch andere unterstützt. Nun lassen ihre körperlichen Kräfte nach, sie bewältigt den Haushalt und die Gartenarbeit nicht mehr, auch das Administrative bleibt liegen, weshalb sie sich Vorwürfe macht. Sie mag niemanden treffen, ist müde und antriebslos, zieht sich zurück und ist bereit, zu sterben. In sechs Gesprächen gelingt es ihr, die Haltung – ich muss immer alles alleine schaffen und dabei noch für andere da sein – zu revidieren. Sie hat gelernt, auch mal nein zu sagen und Hilfe zu holen, wo sie diese benötigt. Durch diese Entlastung wurden Kräfte frei für ihr liebstes Hobby, das

Zitter spielen. Sie ist zufrieden, ihre Stimmung hat sich aufgehellt, was auch ihren Sohn sehr entlastet.

17. Vor 16 Jahren ist die heute 90jährige Frau verwitwet, und sie lebt noch immer allein in ihrem Einfamilienhaus. Wegen zunehmender körperlicher Beeinträchtigungen steht der Umzug ins Altersheim an. Die Vorstellung, dass all ihre schönen Möbel, Bilder und weiteren Wertgegenstände weggeworfen werden, löst bei ihr Unruhe und Angst aus. Sie kann das, was sie und ihr Mann über viele Jahre angeschafft und sorgfältig gepflegt haben, nicht loslassen. Zum ersten Gespräch wird sie von ihrer Tochter begleitet. Zum zweiten Gespräch kommt sie alleine. Sie wirkt ruhiger. Ihr sei klar geworden, dass sie diesen Schritt, nämlich den Umzug ins Altersheim, der Tochter zuliebe machen müsse. Für ihre Tochter bedeute es eine grosse Belastung, dass sie immer noch alleine wohne und sie befürchten müsse, dass ihr etwas zustossen könnte und niemand da sei. Die Patientin hat ein wozu, einen Wert gefunden, der es ihr ermöglicht hat, zu diesem Schritt ja zu sagen.

18. Die 63jährige, schwer herzkranke Patientin, litt an grossen Ängsten und wagte sich kaum mehr aus dem Haus. Der zuweisende Kardiologe erhoffte sich, dass durch die psychologische Begleitung der reaktive Anteil ihrer Ängste abgebaut und das Vertrauen der Patientin in ihren Körper, insbesondere in ihr Herz, wieder aufgebaut werden könnte. Im Gespräch über ihre Biographie zeigte sich, dass sie bisher ihr Leben couragiert gestaltet hatte. Aus dieser Erinnerung schöpfte sie wieder Kraft, Mut und Zuversicht. Kurzzeitig traute sie sich wieder mehr zu und durfte zwei schöne und bereichernde Erfahrungen machen. Leider verschlechterte sich aber die Herzkrankheit rapide, und sie musste die begleitenden Gespräche bei mir absagen. Sie starb einige Monate später.

19. Seit vielen Jahren ist die Beziehung des 87jährigen Patienten zu seinen Söhnen von Konflikten belastet. Nach dem Tod seiner Lebenspartnerin vor drei Monaten sieht er keinen Sinn mehr in seinem Leben. Er spricht offen über seine Suizidgedanken, befasst sich aber trotzdem mit dem Eintritt ins Altersheim. Nach einem guten Gespräch mit der Heimleiterin sieht er für sich eine Aufgabe im Heim. Er möchte den PensionärInnen vor Augen führen, dass das Engagement des Personals nicht selbstverständlich sei, und dass sie als Pflegebedürftige zu Dankbarkeit verpflichtet seien. In unserem letzten Gespräch Mitte Juli 2013 war er entschieden weiterzuleben, wirkte versöhnt mit sich und der Welt. Kurz darauf starb er an einem Herzversagen, noch vor dem Eintritt ins Heim.

20. Die 1923 geborene Patientin war zweimal bei mir in Behandlung. Das erste Mal ging es um Ängste, insbesondere die Angst vor dem Tod. Sie machte sich Sorgen, weil es ihr in der Vergangenheit nicht gelungen war, nach den Glaubensvorschriften ihres strengen, fundamentalistischen Konfirmationspfarrers zu leben. Durch die Gespräche kam sie in einen freieren Umgang mit Glaubensfragen, ihre Ängste nahmen ab und die Lebensqualität zu, da sie sich mehr zutraute und in ihren Ansichten zu Glaubensfragen mehr auf ihr eigenes Empfinden achtete. Sechs Jahre später meldete sie sich nach dem Tod ihres Mannes wieder. Sie war erschöpft von der Pflege und der Sterbebegleitung und hatte Blutdruckkrisen sowie Ängste mit Panikattacken. Nach kurzer Hospitalisation zur Einstellung des Blutdrucks hatte sie sich gefangen. Sie organisierte selbständig den Umzug in eine Alterswohnung. Wegen zunehmenden körperlichen Beeinträchtigungen musste sie zwei Jahre später in ein Pflegeheim. Ich begleitete sie da bis zu ihrem Tod. Geistig blieb sie bis zuletzt klar. Wir nahmen bewusst Abschied voneinander. Ich fragte sie, ob sie bereit sei zu sterben. Sie antwortete mit ja. Sie bedankte sich für die jahrelange Begleitung und Unterstützung. Ich bedankte mich auch dafür, dass ich an ihrem Leben, ihrem Denken und Fühlen, ihrem Ringen um den Glauben und um Versöhnung teilhaben durfte. Ich wünschte ihr ein ruhiges und gefasstes Sterben und sie mir ein gutes Weiterleben. Vier Tage später teilte mit ihr Sohn mit, sie sei vergangene Nacht ruhig eingeschlafen.

21. Kaum das Rentenalter erreicht, stirbt der Ehemann der 65jährigen Patientin plötzlich und ganz unerwartet an einem Herzversagen. Sie ist mit ihm allein zuhause, kann ihm nicht helfen und ist durch diese Erfahrung traumatisiert und macht sich Vorwürfe, ihn nicht reanimiert zu haben. „Eigentlich haben wir uns gar nie Gedanken gemacht zum Altwerden oder zum Sterben. Wir haben einfach gelebt und uns geliebt. Jetzt bin ich völlig unvorbereitet auf diese Situation. Es hat aber so gestimmt für uns, es war gut so und ich stehe dazu.“ Das innere Einverständnis mit ihrer bisherigen gemeinsamen Lebenshaltung hilft ihr, mit der Situation zurecht zu kommen. Dies stärkt ihr Selbstvertrauen, und die anfänglichen Zukunftsängste nehmen ab. Emotional verspürt sie eine tiefe Verbundenheit mit ihrem Mann, sie lässt die Trauer zu und schöpft daraus Kraft und Zuversicht.

22. Eine 70jährige Patientin mit histrionischen Zügen ist schon seit Jahren wegen Ängsten, Depressionen und Alkoholabusus in Behandlung. Sie ist sehr unstet, setzt die Medikamente ab, sobald es ihr besser geht. Eines Tages macht sie, völlig unerwartet, einen Suizidversuch. Aufgeschreckt durch dieses Ereignis, besinnt sie sich darauf, dass sie eigentlich leben möchte, aber nicht – so wie bisher – immer lieb, nett und hilfsbereit. Sie macht Schritte, lernt, sich besser abzugrenzen, achtet besser auf sich, auf das, was sie selber möchte und kann jetzt auch ja sagen zu den Medikamenten, die ihr eine gewisse Stabilität geben. Sie ist mit mehr Entschiedenheit im Leben.

23. Eine Auslandschweizerin ist mit dem Erreichen des Pensionsalters (64jährig) in die Schweiz zurückgekehrt. Nach einem arbeitsreichen Leben ist sie nun plötzlich auf sich selber zurückgeworfen. Dies löst bei ihr Ängste aus. Bisher hat sie immer gemacht, was von ihr gefordert wurde, ohne auf ihre eigenen Bedürfnisse zu achten. Durch die Therapie findet sie immer besser den Zugang zu sich selber, und es gelingt ihr zusehends, für sich ein-

zustehen. Sie ist zufriedener und zuversichtlich.

24. Eine Patientin, geb. 1945, fiel in eine tiefe Krise, nachdem sie zum zweiten Mal von einem Partner wegen einer anderen Frau verlassen wurde. Sie zweifelte an sich selber. „Was mache ich denn falsch, dass mir das wieder passiert?“ Sie waren beide schon ein paar Jahre in Pension und hatten eigentlich geplant, den Lebensabend zusammen zu verbringen. Nach nur fünf Gesprächen innerhalb von sechs Wochen hatte sich die Patientin wieder gefangen. Entscheidend war, dass sie ihre Selbstzweifel und Selbstvorwürfe ablegen konnte. Sie suchte mit dem Partner das Gespräch und stand dabei entschieden für sich und die Beziehung ein und zwar in der Haltung: „So einfach lasse ich mich nicht auf die Seite schieben“.

25. Bis ins hohe Alter hatte sich der Patient, geb. 1932, mit Ausdauersport körperlich und psychisch fit gehalten. Im Anschluss an eine Notoperation wegen einer schweren körperlichen Erkrankung entwickelte er eine Angststörung mit Panikattacken sowie eine depressive Störung. Auf Psychopharmaka sprach er nur ungenügend an und musste deshalb mehrere Wochen stationär behandelt werden. Es kam aber nur zu einer teilweisen Remission. Er kommt seit zwei Jahren zu Gesprächen. Inhaltlich geht es um die Angst vor dem Abbau der körperlichen und geistigen Kräfte. Er fürchtet sich davor, fremdbestimmt in einem Pflegeheim leben zu müssen. Aber auch die Vergangenheit drückt. Er hat Schuldgefühle, weil er früher manchmal grössenwahnsinnig gewesen sei und andere schlecht behandelt habe. Heute verurteilt er sein damaliges Verhalten und würde sich gerne entschuldigen. Rückgängig könne er es nicht mehr machen, er müsse es annehmen, dass er mit anderen so schlecht umgegangen sei, er sei aber froh darüber, dass er es immerhin noch einsehe. Das sei doch eine Chance. Mir scheint, dass er sich mit sich selber versöhnt hat, und interessanterweise hat er in letzter Zeit keine Albträume mehr, sondern schöne und friedliche Träume.

26. Vor einem halben Jahr wurde beim verwitweten, allein lebenden Patienten mit Jahrgang 1932, eine Alzheimerdemenz diagnostiziert. Sein Hausarzt schickt ihn, weil er eine paranoide Schuldverarbeitung feststellt. In den Gesprächen ist der Patient sehr weitschweifig, manchmal verliert er den Faden, die Gedanken reissen ab, er findet die Worte nicht. Um mit ihm im Dialog zu bleiben, fasse ich dann in Worte, was ich glaube, verstanden zu haben. Es sind immer sehr berührende Momente der Begegnung, wenn es uns gemeinsam gelingt, das Wesentliche zu fassen und in den zutreffenden Ausdruck zu bringen. Dies beruhigt und beglückt ihn im Moment, und ihm sind die errungenen Worte und die Inhalte beim nächsten Gespräch noch präsent. So gelang es uns, an der Schuldthematik zu arbeiten bis hin zu seiner persönlichen Stellungnahme. „Ich habe damals, als ich mich schuldig gemacht habe, geschworen, dass mir das nie mehr passieren wird. Und ich habe mich daran gehalten.“

Behandlungsergebnisse

Bei 16 der insgesamt 26 Patienten konnte eine Besserung erzielt werden, bei zehn Patienten blieb das psychische Leiden unverändert bestehen. Dieses Ergebnis soll in Bezug auf die einzelnen Dimensionen beschrieben werden.

Physische Dimension		
Verlauf	*Anzahl*	*Erläuterungen*
Besserung:	3 Patienten	1 nur somatische Behandlung
		1 nur Psychopharmaka
		1 somatische Behandlung plus Psychopharmaka
keine Besserung:	4 Patienten	2 chronischer Verlauf
		1 Pat. an Krebs verstorben
		1 Pat. durch Suizid verstorben

Psychische Dimension		
Verlauf	*Anzahl*	*Erläuterungen*
Besserung:	2 Patienten	1 somat. Abklärung und Sport
		1 Schlafmittel
keine Besserung:	6 Patienten	4 chronische Verläufe
		1 Pat. an Altersbeschwerden verstorben
		1 Pat. durch Suizid verstorben

Geistig-personale Dimension		
Verlauf	*Anzahl*	*Erläuterungen*
Besserung:	11 Patienten	durch Mobilisierung der personalen Ressourcen

Zusammenfassung und Diskussion

Wie die Katamnese von 26 Krankengeschichten aufzeigt, erweist sich die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung älterer Menschen als anspruchsvoll und belastend. Anspruchsvoll, weil das Krankheitsgeschehen durch verschiedenste Faktoren, insbesondere physische Komorbiditäten, beeinflusst wird, belastend, weil die Erfahrungen eines langen Lebens oder auch die fehlende Zukunftsperspektive die Bedeutung der Gegenwart beinträchtigen, wodurch das therapeutische Arbeiten im Hier und Jetzt erschwert wird.

Physische Dimension

Körperliche Krankheiten kommen im Alter häufig vor. Da sie psychische Störungen auslösen oder deren Verlauf erschweren können, ist bei der Abklärung und Behandlung die somatische Dimension miteinzubeziehen. Im besten Fall kann durch die medizinische Behandlung eines Grundleidens das psychische Befinden deutlich gebessert werden. Wenn aber beispielsweise eine schmerzhafte körperliche Erkrankung fortschreitet, stossen wir an die Grenze des Machbaren. Uns bleibt dann nur, die hoffnungslose Situation und

die Leiden der Patienten mit ihnen auszuhalten.

Psychische Dimension

Bei den Patienten, die der psychischen Dimension zugeordnet wurden, handelt es sich um ältere Menschen, die zur Bewältigung von Problemen wohl schon lange Psychodynamiken einsetzten. In den Gesprächen gelang es nicht, sie als Person zu erreichen und mit ihnen in einen echten Dialog zu treten. Dies mag am Unvermögen der Behandelnden gelegen haben, oder auch daran, dass sich die Bewältigungsstrategien der Betroffenen so verfestigt hatten, dass es da nichts mehr zu rütteln gab. Was bleibt ist ein Gefühl der Trauer über das, was an Entwicklungschancen verpasst wurde.

Geistig-personale Dimension

Befriedigend und ermutigend ist die Rückschau auf die Behandlungen, die auf der noetischen Ebene etwas bewirkt haben. Bei der Hälfte der Patienten ist es gelungen, zu umschriebenen Problemstellungen die personalen Ressourcen zu mobilisieren. Die Probleme, die besprochen wurden, könnten den folgenden zwei Fragestellungen zugeordnet werden:

A) *„Um was geht es in meinem aktuellen Leben?“*

B) *„Was halte ich davon, wie ich mein früheres Leben gelebt habe?“*

A) *„Um was geht es in meinem aktuellen Leben?“*

Die Anwort der Patienten 16, 20, 22, 23, 24 war: Es geht jetzt auch um mich! Ich muss mich nicht für die anderen aufopfern, ich darf auch zu mir schauen und für mich sorgen, ich bin auch jemand, ich darf auf meine Bedürfnisse achten, für mich eintreten, eine eigene Meinung haben, sogar in Glaubensfragen.

Die Antwort der Patienten 17 und 19 war: Es geht jetzt um andere! Ich möchte andere, die sich um mich oder um uns ältere Menschen überhaupt noch kümmern, nicht unnötig belasten.

B) *„Was halte ich davon, wie ich mein früheres Leben gelebt habe?“*

Bei den Patienten 25 und 26 geht es um die Auseinandersetzung mit Schuldfragen. In den Gesprächen ging es um das Dazustehen, das Bereuen, aber auch um die Selbstannahme – ich konnte es damals nicht besser.

Die Patientinnen 18 und 21 schöpf(t)en Kraft aus der Vergangenheit für ihr gegenwärtiges Leben, indem sie ja sagen konnten zu sich und wie sie ihr bisheriges Leben gestaltet haben.

In diesem Abschnitt ging es den Patientinnen und Patienten um Fragen der dritten Grundmotivation wie z. B. das Sich-selber-sein-dürfen, den Selbstwert und um die Frage der vierten Grundmotivation, um was soll es gehen, also um die Sinnfrage. Dazu setzten sie die personalen Fähigkeiten zur Selbstannahme, Selbstdistanzierung und Selbsttranszendenz ein. In den Gesprächen gelang es wiederholt punktuell, mit ihnen in einen Dialog zu treten. Die Momente der Begegnung mit Menschen, die auf ein langes Leben zurückblicken und dem Ende ihres Lebens entgegenblicken, sind sehr berührend und hoffnungsvoll. Als Behandelnde ermutigen sie mich, den Dialog immer wieder zu suchen, auch im Wissen darum, dass dies leider oft nicht gelingt.

SCHLUSSFOLGERUNGEN

Welche Probleme veranlassen ältere Menschen, psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen? In über 80 % der Fälle ging es um Ängste und Depressionen, wobei der Zusammenhang mit dem Alter meist nicht direkt angesprochen wurde. Unausgesprochen war aber der Druck spürbar, der von körperlichen Leiden, altersbedingten Beeinträchtigungen und der kurzen Lebensperspektive ausgeht.

Was kann die Existenzanalyse beitragen, um Menschen in dieser Lebenssituation zu unterstützen?

Aufgrund der oben beschriebenen geglückten Behandlungsverläufe, die der geistigen Dimension zuzuordnen sind, könnte postuliert werden, dass es darum ging, die Patientinnen und Patienten darin zu unterstützen, zu konkreten Situationen das eigene Erleben zu fassen und eine persönliche Stellungnahme zu finden. Dies stärkte sie in ihrem Selbstvertrauen und daraus schöpften sie den Mut, dem Unfassbaren entgegenzuschauen (Patientin 20).

Die Fähigkeit zur geistig-personalen Auseinandersetzung bleibt, wie die vorliegende Arbeit zeigt, bis ins hohe Alter eine Ressource und ein entscheidender Wirkfaktor. Als Behandelnde sind wir gefordert, unsere älteren Patienten über den offenen Dialog an diese Ressource heranzuführen. Wenn sich aber beispielsweise Schutzreaktionen während eines langen Lebens verfestigt haben, gelingt dies nicht immer. Deshalb bedeutet die therapeutische Arbeit mit Menschen, die sich mit viel Belastendem aus der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft konfrontiert sehen, eine grosse Herausforderung. Die Erfahrung, dass die geistig-personalen Fähigkeiten auch im Alter ansprechbar sein können, ermutigt, sich dieser Herausforderung zu stellen.

Literatur

Frankl V E (1990) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München: Piper

Längle A (1994) Das Leiden am Alter. Besonderheiten des Altseins aus Existenzanalytischer Sicht. Unpublizierter Vortrag an der Internationalen Konferenz über Altern, Depression und Demenz, Universität Graz

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med et lic. phil. Erika Luginbühl-Schwab
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
Psychotherapeutin FSP,
Existenzanalytikerin in eigener Praxis
Kappelenring 54 D
CH-3032 Hinterkappelen
E-mail: erika.luginbuehl@bluewin.ch

WAS IST SCHÖN AM ALTER?

Eva Liesmann

Altern wird heute großteils in Verbindung gebracht mit Begriffen wie Verlust, Hoffnungslosigkeit und Rückzug. Den Fokus der Aufmerksamkeit auf eine eventuell auch schöne Seite des Alterns zu legen, könnte uns ein Stück weit weg von diesem Mainstream bringen und uns eine phänomenologisch offenere Sicht auf diese Lebensphase erlauben. Im folgenden Artikel verfolge ich diese Spur und lasse alternde Menschen auf die Frage nach den schönen Seiten des Alters antworten.

SCHLÜSSELWÖRTER: Alter, Werte erleben, positive Aspekte

WHAT IS NICE ABOUT OLD AGE?

Today, ageing is mostly associated with concepts such as loss, hopelessness and retreat. By directing the focus of attention towards possibly even pleasant aspects of ageing, we might maneuver away from this mainstream to some extent and could allow ourselves a more open phenomenological view on this stage of life. The following article pursues this trail and allows ageing people to respond to the question on the beautiful sides of old age.

KEYWORDS: age, experience of values, positive aspects

Als auch mich der Aufruf der GLE-International zu einem Beitrag im Themenheft der „Existenzanalyse“ erreichte und ich mir die Frage stellte, was denn schön sein könnte am Alter, kam mir ganz spontan der Gedanke: „Ja, nichts! Was soll schön sein daran, nicht mehr so zu können wie man möchte, nicht mehr dazuzugehören, nicht mehr ›Gas geben zu können‹?“

Zugegeben ist meine Sicht auf das Alter sehr einseitig. Seit nunmehr 33 Jahren im Pflegeberuf tätig, erlebte und erlebe ich entweder Menschen, die plötzlich sozusagen aus der Kurve geschleudert werden aber wieder auf die Straße zurückkehren und weiterfahren; oder jene, die sich mit den irreversiblen Folgen des Alterns plagen. Es spricht für sich, dass diese Menschen, wenn ich ihnen begegne, ihr Leben nicht mehr selbstständig führen können, sie würden sonst nicht in einer Altenpflegeeinrichtung leben. Einen großen Teil meiner wachen Zeit verbringe ich also mit einer Art Tunnelblick.

Die tägliche Fürsorge, das mich Sorgen um diese Menschen, verstellt mir einen weiteren, klareren Blick darauf, dass wohl die meisten Menschen dieser Hilfe gar nicht bedürfen und trotzdem alt werden. Global gesehen kann das Altern demnach nicht ausschließlich nur schwierig und belastend sein.

Alt werden wird zunehmend zu einem gesellschaftlichen Thema, *das ebenfalls einseitig gefärbt ist.* Die Werbung kennt nicht die Menschen, mit denen ich täglich zu tun habe. Wir können aus der Literatur lernen, dass Altern „nichts ist für Feiglinge“ (Fuchsberger 2011), oder dass man „auch wie ein Gentleman altern kann“ (Kuntze 2011). Auf jeden Fall scheint es mir aber eine ziemlich unumgängliche Herausforderung zu sein, denn die Alternative wäre jung zu sterben – und das will auch niemand.

In der jüngsten Vergangenheit ist viel über das Alter nachgedacht und geschrieben worden, was sicherlich auch daran liegt, dass erstmalig in der Menschheitsgeschichte ganze Generationen und vielleicht auch Nachfolgende deutlich älter werden. Was früher eher eine Ausnahmeerscheinung war, da Krieg, Seuchen und frühe Frauensterblichkeit das Leben eng begrenzten, wird heute zur Normalität. In der Philosophie war diese Lebensphase schon im alten Griechenland Thema. Heutige Philosophen nehmen sich des Themas noch einmal an, teilweise sehr klar, liebevoll und mit der heutigen Zeit und ihren Gegebenheiten vernetzt.

So schreibt Wilhelm Schmid in seinem Buch „Gelassenheit: was wir gewinnen, wenn wir älter werden“: „Das Alter stellte ich mir lange Zeit als ein geruhsames Leben auf einer sonnigen Terrasse vor, zurückgelehnter Blick ins Weite, zufrieden mit mir und der Welt. Was mir bisher fehlt, ist die Terrasse, und folglich auch der Rest. Sicher ist nur: ich will keiner von den Alten werden, die um den Preis der eigenen Lächerlichkeit jung bleiben wollen. Ich will kein Wutgreis sein, der seine Wut über das vergehende Leben an allem auslässt, was auflebt.“ (Schmid 2014)

Da ich selbst kurz vor dem ›Überschreiten des Rubikon‹, also der 60 stehe, fand ich es recht nützlich, mich auch mit der anderen als der beruflichen Seite des Themas zu beschäftigen. Was lag also näher, als Menschen im Pflegeheim dazu zu befragen. Aber das schien *mir* dann doch zu einseitig. Also habe ich bei allen sich bietenden Gelegenheiten wie im nachbarschaftlichen Austausch, bei einem Gespräch im sommerlichen Park oder beim Tischgespräch, Menschen unterschiedlichen Alters folgende Fragen gestellt:

1. Was ist schön am Alter?

2. Gibt es im Rückblick Dinge oder Aktivitäten, die Sie gerne noch gemacht hätten, oder die nicht gemacht zu haben, Sie heute bedauern?

3. Was wünschen Sie sich von Ihrer Zukunft?

Natürlich mussten dazu die Voraussetzungen geben sein, z.B. kognitiv noch eine Antwort leisten zu können. Verzichtet habe ich darauf, Menschen mit schwerstem Pflegebedarf diese Fragen zu stellen, es erschien mir unpassend, wäre aber sicherlich eine interessante weitere Beschäftigung.

Erstaunt war ich zuerst einmal über die Bereitschaft, Antwort zu geben, *und die sichtliche Freude, etwas Positives mitteilen zu dürfen.* Es schien mir, als würden die Menschen, die ich befragte, richtig aufatmen, dass sie von sich einmal nicht aus dem Blickwinkel der Defizite sprechen konnten.

(Dabei fiel mir dann auch auf, wie viel wir in der Pflege defizitorientiert kommunizieren!) Sie durften eher einmal liebevoll und respektvoll auf ihre eigene Lebensleistung zurückblicken. Manche ließen sich Zeit mit den Antworten, bei manchen sprudelte es nur so heraus.

Erstaunt war ich auch über so wenig Bedauern, über so wenig Klagen, und über die durchgängig zu findende Zufriedenheit mit dem Leben. Sicherlich hat das auch mit meiner Fragestellung zu tun. Hätte ich gefragt: „Ist Altern schön?", wären die Antworten darauf vielleicht anders ausgefallen.

Es war auffällig, dass sich sehr wohl Neues im Alter zeigt, das als positiv gewertet wird. Dass Neues in dieser Lebensphase möglich ist, auch angestrebt wird und so den Blick auf das Leben noch einmal weitet.

Ein für uns Logotherapeuten interessanter Aspekt ist außerdem, dass das Gefühl von „Müssen" zurücktritt, und dem „Wollen" mehr Raum gibt, und dass Menschen, die älter werden, dies durchaus schätzen. Sie haben die Zeit, ihr Wollen zu prüfen, und tun dies auch. Zentraler Punkt ist aber, dass Druck und Zwang von außen wie auch von innen aufhören oder deutlich abklingen, und dies als sehr bereichernd empfunden wird.

Die Perspektive, die sich mir nach diesen Gesprächen bot, lässt sich durchaus als eine Alternative zu meinen beruflichen Erfahrungen sehen. Daher lasse ich jetzt einfach ein paar der Befragten sprechen. Die Antworten sind teils gekürzt, aber sinngemäß dargestellt. Es antworteten mir Menschen unterschiedlichen Alters. Im Folgenden finden Sie eine Auswahl von Antworten. Vielleicht sind Sie so erstaunt wie ich.

Frau B., Rostock, 83 Jahre alt, Heimaufenthalt vollstationär seit zwei Jahren; sie hat davor selbstständig zuhause allein gelebt, ehemals Krankenschwester; berufstätig bis zur Rente, zwei Töchter, jetzt pflegebedürftig:

- Das Schöne ist, dass ich nichts mehr müssen muss, dass der Druck von außen auf mich und mein Handeln aufhört. Ich kann mehr selbst bestimmen und muss nicht mehr so viele Anforderungen von außen beantworten.
- Nein, ich bedauere nichts, mein Leben war reich und voll, ich habe viel gearbeitet und meine Arbeit geliebt (Krankenschwester). Natürlich gab es viel Unrechtes (politisch, lebte in der DDR), aber ich habe das Beste daraus gemacht.
- Für die Zukunft wünsche ich mir, dass meine Tochter mich nicht allein lässt.

Frau H., Berlin, 83 Jahre alt, wohnt noch selbstständig zuhause, ehemals Krankenschwester, berufstätig bis der Sohn geboren wurde, mit 65 Jahren noch Heilpraktikerausbildung, vor einigen Jahren schwere Krebserkrankung, danach noch eine private Neuausrichtung mit vielen Außenkontakten:

- Das Schöne in dieser Lebensphase ist, dass ich tun kann was ich will. Ich kann anziehen was ich will, ich kann kochen was ich will, ich kann ins Bett gehen wann ich will. Ich bin viel selbstbestimmter als früher.
- Nein, ich habe den Eindruck, dass sich in meinem Leben eins aufs andere aufgebaut hat. Wenn ich zurückblicke, habe ich den Eindruck von Schlüssigkeit: Eins konnte ohne das andere nicht sein. So wie es jetzt erscheint, ist es gut. Mir fehlt heute nichts von früher.
- Ich wünsche mir Gesundheit und einen guten Tod ohne langes Leiden. (Sie hatte vor vier Jahren eine schwere Krebserkrankung und viele nachfolgende Komplikationen.)

Frau Schr., Berlin, 76 Jahre alt; lebt noch selbstständig mit ihrem Mann zuhause; mit sieben Jahren Flucht aus Polen (was sie als großes Abenteuer empfand), dann Diakonisse, mit 35 Jahren verliebt, geheiratet und im Alter von 36 einen Sohn geboren. Sehr aktiv in einer evangelischen Kirchengemeinde im Süden Berlins, noch gesund und aktiv:

- Das Schöne ist, dass ich mich selbst nicht mehr zwingen muss Dinge zu tun. Dass ich mich selbst ein bisschen aus der Verantwortung nehmen kann, die ich früher selbstverständlich übernahm. Dass ich nicht mehr „müssen muss".
- Ich sehe nicht mit Bedauern in die Vergangenheit. Manchmal denke ich, ich wäre vielleicht doch besser Diakonisse geblieben, es war mein Traum, und es war ja danach ein vollkommen anderes Leben. Aber wenn ich dann meine Enkel sehe, dann weiß ich: Mein Schritt war richtig. In der damaligen Zeit war es sehr schwierig, so alt noch Mutter zu werden. Ich habe viel riskiert, aber ich danke noch heute für meinen lieben Mann und mein Kind und die Enkel.
- Ich wünsche mir, dass ich noch Jahre habe ohne Krebs (drei Geschwister durch eine Krebserkrankung verloren, auch Mutter und Vater jung an Krebs gestorben).

Ehepaar, Berlin, 86 und 82 Jahre alt, getroffen habe ich beide auf einer Parkbank im Fischtal bei einem Spaziergang; er war als Bauingenieur selbstständig, sie führte das Büro, drei Kinder, davon die zweite Tochter behindert, was sie als *die* große Lebensaufgabe sehen:

- Das Schöne ist, dass ich das tun kann, was ich will, wenn ich es denn *kann*…; die körperlichen Einschränkungen sind schon deutlich, aber es gibt sehr viel mehr Freiraum als in der Jugend oder später. Es ist ein großes Privileg des Alters, dass sich die Dinge relativieren, dass der Anspruch an einen selbst geringer wird (wenn man das schafft) und dass man sich mit milderen Augen sieht.
- Die behinderte Tochter war und ist unsere große Lebensaufgabe, die andere Dinge hintan stehen ließ und lässt. Aber die anderen Kinder haben auch genug Liebe bekommen. Natürlich konnten wir nicht alles das machen, was andere machen können, aber man wird da ja auch ein bisschen altersweise und sieht das dann nicht mehr mit Bedauern.
- Wir würden uns wünschen, dass dieser enorme Paragraphendschungel, diese ganzen Vorschriften und Steuerregelungen, ein bisschen weniger werden. (Damit hatten beide zeitlebens im Büro zu tun und wünschten sich nichts mehr als das.)

Frau Sch. Berlin, 72 Jahre alt, ehemalige Ärztin, und mit beginnender Demenz in einem Senioren-Domizil wohnend. Drei Kinder und fünf Enkelkinder, mit denen sie in sehr gutem Kontakt steht und die sie nach früher Scheidung von ihrem Mann allein großzog. Diese Zeit bezeichnet sie heute noch als „sehr schwere Zeit":

- Das Schöne ist, Zeit zu haben für Dinge wie zeichnen (mit

dem ich erst vor kurzem anfing), für Freunde und Kinder. Man muss nur „in der Freude bleiben". Ich genieße es, die schon lange bestehenden Freundschaften zu pflegen.
- Das Leben war schwer mit dem Beruf und den Kindern, aber als Gynäkologin habe ich auch viel Leben „in die Welt gebracht", und was ich damals nicht konnte oder was mir nicht offen stand, das versuche ich heute zu machen. Manches geht nicht mehr, manches geht noch, z.B. noch neue Bekanntschaften zu schließen, das hätte ich früher nie gedacht.
- Ich habe nie Angst vor dem Alter gehabt, wünsche mir aber von Herzen Würde, mit der ich meine Krankheit tragen kann, und dass diese Würde auch gesehen wird, wenn ich durch meine Krankheit an Würde verliere.

Herr Lo., Berlin, 55 Jahre alt, in einer Senioreneinrichtung seit drei Jahren, lebte vorher allein und kann jetzt auf Grund körperlicher Einschränkungen nicht mehr zuhause leben:
- Ich finde es schön, dass ich jetzt, mit mehr Abstand zur jungen Generation, mit mehr Gelassenheit, aber auch mit mehr Interesse auf die Jungen eingehen kann, sie sind mir fast wie „keine Konkurrenz mehr". Und dass ich mich hier auch aktiv einbringen kann. So mache ich mit Kindern der benachbarten Kindertagesstätte Musik, ich bin nämlich musikalisch begabt.
- Ich bedauere, dass mir durch mein Leben und Großwerden in der DDR – ich war kirchenzugehörig und gläubig und nicht in der Partei – bestimmte Berufe nicht offen standen. Ich konnte nicht studieren und auch nicht reisen, und das bedauere ich sehr. Mein Vater ist als leitender Redakteur des kirchlichen Senders der DDR viel gereist, ich selbst konnte dies nicht. Heute bin ich bein-amputiert und kann nicht mehr so reisen, wie ich mir das wünschen würde.
- Ich wünsche mir, noch einmal selbstbestimmt zuhause leben zu können. Ich sehe aber für die Zukunft hier schon Schwierigkeiten, da mir die Struktur und die Ansprechpartner in der Einrichtung fehlen würden. Und ich wünsche mir, dass meine Prothese wieder angepasst wird und ich wieder laufen kann.

Herr L., Berlin, 63 Jahre alt, allein getrennt lebend, früher Techniker, zwei Kinder und vier Enkelkinder. Nach 46 Berufsjahren jetzt Zeit für sich zu haben, erscheint ihm als großes Geschenk:
- Das Schöne am Altern ist nicht das Alte, sondern das Neue. Es ergibt sich durchaus eine Fülle neuer Dinge, z.B. das Denken wird zum Überdenken, zum Neudenken ist jetzt Zeit vorhanden. Ich beschäftige mich nicht mehr so sehr mit Dingen, die ich schon kann, sondern mit Neuem. So erfinde ich jetzt z.B. Zaubertricks.
- Wenn ich zurückdenke, habe ich bestenfalls 50 Prozent richtig gemacht, und 50 Prozent falsch. Die falschen 50 Prozent finde ich sehr schade. Aber zu der Zeit, als ich diese Fehler machte, war ich noch nicht reif für diese Einsichten. Das tangiert meine Gegenwart durchaus aktiv, wenn ich bei Jüngeren sehe, wie sie die gleichen Fehler machen. Aber sie sind nicht vermeidbar, haben sogar Sinn im Nachhinein.
- Als Zukunftsperspektive wünsche ich mir Wohl*ergehen,* ein gutes Auskommen. Wohl*stand* kann abhängig machen. Wenn wir zu viel haben, dann erkennen wir das Wesentliche nicht mehr. Wer nur Gold sieht, der sieht nicht mehr die Schönheit eines Steins.

Frau W., Herstelle, 91 Jahre alt, allein in Urlaub im Kloster zu einem „Rückzugsseminar" mit Schweigen und Beten:
- Das Schöne am Alter ist, dass ich andere eher so sein lassen kann, wie sie sind. Ich muss sie nicht mehr so scharf verurteilen. Ich habe auch eingesehen, dass auch sie ihr Leben meistern und ich muss nicht mehr meines durch ihres aufwerten.
- Insgesamt sehe ich alles gelassener, weil ich schon auf Grund der Einschränkungen meines Alters (gehen mit Gehhilfen, keine Kraft mehr in Armen und Händen, keine Treppen mehr steigen können etc.) einfach vieles lassen muss. Und ich bin mir selbst dankbar dafür, dass mir dieses Lassen gelingt. Ich muss einfach weniger!

Nun sind neun Menschen zu Wort gekommen, die dieses Thema authentisch, aus ihrer eigenen Erfahrung heraus, beantworten können. Ich selbst finde diese Stellungnahmen voller Realität, Gelassenheit und Klarheit. Mir geben sie Hoffnung mit auf den Weg, der noch vor mir liegt.

Im Rahmen der logotherapeutischen Beratung und Begleitung gilt es, die Angst ernst zu nehmen, mit welcher der alternde Mensch zu uns kommt. Sie bringt die Verunsicherung zum Ausdruck, die im Hinblick auf das *Da-sein-Können* auftritt, wenn sich etwas so Signifikantes einstellt wie ein körperlicher Alterungsprozess. Sie zeigt uns unsere eigenen Grenzen deutlich auf. Wenn wir altern, altern wir ja *zum ersten Mal,* haben also in unserem gegenwärtigen Lebenszusammenhang damit noch keine Erfahrung.

Diesbezüglich scheint es mir gerade wichtig, die positiven Aspekte im Auge zu behalten, die – wie wir oben sehen – auch damit in Verbindung stehen. Diese weitere Perspektive kann ein großes Geschenk sein, wenn wir bedenken, dass es im Alter *auch ganz anders sein könnte.*

Ein brandenburgischer Politiker hat vor einigen Jahren einmal sinngemäß folgendes gesagt: „Nun haben wir so viel Zeit, Energie und Geld darein verwandt, dass viele Menschen so alt werden können; nun lasst es uns doch nicht zum Problem machen." (M. Platzek, Rede, ca. 2005)

Literaturverzeichnis:

Fuchsberger J (2011) Alt werden ist nichts für Feiglinge. München: Gütersloher Verlagshaus Renderhaus, 23. Auflage

Kuntze S (2011) Altern wie ein Gentleman – Zwischen Müßiggang und Engagement. München: C. Bertelsmann-Verlag

Schmidt W (2014) Gelassenheit: was wir gewinnen, wenn wir älter werden. Berlin: Insel Verlag, 9. Auflage

Anschrift der Verfasserin:

Eva Liesmann

Eschershauser Weg 15 k

14163 Berlin

liesmanneva@web.de

DIE TAGESSTRUKTURIERENDE MORGENGRUPPE

Vorstellung und existenzanalytische Fundierung eines innovativen sozialpsychiatrischen Gruppenkonzeptes[1]

C. Tobias Jahn

Ein Gruppenkonzept, das in der ambulanten psychiatrischen Arbeit aufgrund zunehmender Anfragen depressiver Patienten nach Unterstützung beim Start in den Tag entstanden ist, soll auf seine Wirksamkeit und deren mögliche existenzielle Fundierung hin überprüft werden. Nach der Vorstellung der Konzeption soll ein erster Blick auf den aktuellen, eher biologisch orientierten Stand der Forschung zum Thema Sport und depressive Symptomatik gelegt werden. Danach wird eine Patientenbefragung zur subjektiv empfundenen Wirksamkeit sowie deren Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Im letzten Schritt erfolgt schließlich ein Transfer der beobachteten Phänomene in das Strukturmodell der Existenzanalyse nach Alfried Längle.

SCHLÜSSELWÖRTER: Sport, Depression, Tagesstruktur, Morgentief, Existenzielle Grundmotivationen

THE DAY-STRUCTURING MORNING GROUP – INTRODUCTION AND EXISTENTIAL ANALYTICAL FOUNDATION OF AN INNOVATIVE SOCIO-PSYCHIATRIC GROUP CONCEPT[1]

A group concept, which originated in the outpatient psychiatric work due to patients' needs for support in starting the day, is reviewed for its effectiveness and its possible existential foundation. Following the presentation of the concept, a first look at the current, more biologically oriented state of research on physical exercise and depressive symptoms shall be taken. Thereafter, a patient survey for individually perceived effectiveness and their results is presented and discussed. Finally, the observed phenomena are transferred into the structural model of Existential Analysis of Alfried Längle.

KEYWORDS: physical exercise, depression, daily structure, morning low, Existential Fundamental Motivations

In meiner Tätigkeit als Sozialtherapeut einer psychiatrischen Ambulanz für Menschen mit schweren, chronischen oder therapieresistenten Depressionen als auch Bipolaren Störungen wurde ich von Patienten[2] häufig nach Einzelkontakten am Morgen gefragt. Aufgrund eines ausgeprägten Morgentiefs haben viele Betroffene große Schwierigkeiten aufzustehen, in den Tag zu kommen oder das Haus zu verlassen. In der Regel liegt bei ihnen eine Krankschreibung, Berentung oder Arbeitslosigkeit vor und es fehlt die Verpflichtung aufzustehen und aktiv zu werden. Um möglichst vielen Patienten eine regelmäßige Unterstützung anzubieten, entwickelte ich mit dem Team ein entsprechendes Gruppenangebot. Im März 2008 begannen wir die Tagesstrukturierende Morgengruppe (TSMG) im multimodalen Gruppenkonzept zu etablieren und beobachteten, wie diese Intervention vielen Betroffenen eine große Hilfe hinsichtlich Stabilisierung und Gesundung wurde. Eine Evaluation als auch eine existenzanalytische Auswertung begleiteten diesen Prozess.

DAS GRUPPENKONZEPT

Die TSMG wird dreimal wöchentlich von 8:30 bis 9:30 Uhr in der Ambulanz der psychiatrischen Klinik angeboten. Aufgrund begrenzter personeller Ressourcen sollte die Gruppe zunächst nur montags, mittwochs und freitags durchgeführt werden. Im Verlauf erwies sich dieser Rhythmus jedoch als hilfreich und wurde beibehalten. Minimalvoraussetzung für die Teilnahme ist das Tragen von Hallenturnschuhen. Dies dient der Reduktion von Verletzungsrisiken. Als praktisch erwiesen hat sich darüber hinaus das Tragen bequemer Sportkleidung, die das Partizipieren an allen Übungen ermöglicht. Unfunktionale Kleidung führt hier potentiell zu Frustrationserleben. Da das Angebot auf die Motivierung auch hinsichtlich eigener sportlicher Betätigung abzielt, ist eine solche Wirkung unerwünscht. Auch das Mitbringen eines Handtuches und eines Getränkes wird den Patienten nahegelegt.

Die TSMG-Teilnahme ist für alle ambulanten Patienten möglich, die unter depressiven Symptomen im Rahmen ihrer Erkrankung leiden. Dies betrifft in der Regel Patienten mit Diagnosen aus dem Bereich der affektiven Störungen, Zwangsstörungen sowie des schizophrenen Formenkreises mit ausgeprägter Minussymptomatik (vgl. u. a. Marneros 1997)[3]. Bis zu 20 Patienten können am Angebot teilnehmen. Die Indikation kann vor allem bei einem hohen Bedarf an Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, der Aktivierung und der Regulierung des Schlaf-Wach-Rhythmus sowie der allgemeinen Stabilisierung angesehen werden. Im Besonderen soll das Angebot als niederschwellige Gruppe auch bei nur teilweise kooperativen Patienten die Compliance hinsichtlich der psychiatrischen Behandlung fördern. Hier ist u. a. an die Bereitschaft erstmals oder weiterhin psychopharmakotherapeutische Mittel einzunehmen, die häufig leider

[1] Grundlage dieses Beitrags ist die Abschlussarbeit zur Logotherapie-Ausbildung des Autors mit gleichem Titel.
Basis of this contribution is the authors thesis in Logotherapy with identical title.

[2] Wie inzwischen allgemein üblich verwende ich in dieser Arbeit das generische Maskulinum gleichwertig für Frauen wie Männer als auch Personen, die sich nicht in das klassische Geschlechtermodell einordnen können oder wollen. Dies ist vor allem der Lesbarkeit geschuldet.

[3] Andere Diagnosen finden hier aufgrund des begrenzten Behandlungsspektrums der Ambulanz keine Beachtung.

mit Gewichtszunahme einhergehen, zu denken. Der Sport kann diesbezüglich ausgleichend und somit compliancefördernd wirken. Darüber hinaus ist auch die Gruppe der zuvor stationär oder tagesklinisch Behandelten zu nennen, denen eine ambulante Weiterbehandlung nahegelegt wurde. Diese können während der letzten zwei Wochen auf Station/Tagesklinik an der Gruppe teilnehmen und so bei der Integration in die Ambulanz unterstützt werden. Kontraindikation besteht bei Gruppenunfähigkeit aufgrund einer akuten Psychose sowie bei starker körperlicher Beeinträchtigung.

Die TSMG beginnt mit einer Phase des Aufwärmens. Dies dient nicht nur der Vorbeugung hinsichtlich Verletzungen, sondern auch dem Ankommen der Patienten im Angebot, die in ihrem Morgentief „feststecken". Hier ist vom Gruppentherapeuten für die Auswahl der Übungen eine sensible Einschätzung der erschienenen Teilnehmer gefordert, damit alle ohne körperliche Unter- oder Überforderung zum Einstieg motiviert werden. Leichte Lauf-, Dehnungs-, Gymnastik- oder Entspannungsübungen bieten sich hier an. Dieser Teil sollte nicht mehr als fünf bis zehn Minuten in Anspruch nehmen. Anschließend wird die körperliche Anforderung für etwa zehn bis 15 Minuten erhöht. Dieser Teil sollte von Gymnastik, Ausdauer- und/oder Kraftsport (s. u.) geprägt sein und kann immer wieder, je nach Einschätzung des Anleiters, von kurzen bewegungsorientierten Pausen unterbrochen werden. Zum Ende hin bietet der Therapeut ein Sportspiel an, bei dem vor allem die Freude an der Bewegung und das Gruppenerlebnis im Vordergrund stehen. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, dass er nicht nur Motivierender, sondern auch Teilnehmender ist, der die Übungen ebenso wie die Anzuleitenden ausführt.

Schließlich setzen sich alle Teilnehmer zusammen, um im Gruppenkreis die Planung der kommenden beiden Tage bzw. des anstehenden Wochenendes zu besprechen. Nacheinander wird jeder zu seinen Vorhaben befragt. Mithilfe des Gruppenleiters und den Rückmeldungen der anderen Patienten werden diese dann – soweit notwendig – modifiziert. Hier gilt es zu inspirieren und zu motivieren, wo keine Pläne, kein Zutrauen in die eigene Kraft vorhanden scheinen. Als Orientierung dient die Auffassung, dass mindestens eine, der aktuellen Befindlichkeit angepasste Tagesaufgabe sowie ein genussorientiertes Vorhaben zur Aktivierung und Strukturierung hilfreich sind (vgl. Schaub et al. 2013, 99ff.; Hegerl & Niescken 2004, 133ff.; Hautzinger 2003, 96ff.). Wo Patienten sich selbst überschätzen oder Pläne unkonkret und unrealistisch sind, interveniert der Anleiter entsprechend. So kann eine effektive Hilfestellung darin bestehen, zu große Pläne in einen klar abgegrenzten Arbeitsschritt herunterzubrechen, der heute den Beginn der Inangriffnahme kennzeichnet. Zur Unterstützung können auch angekündigte Nachfragen bei zukünftigen Gruppentreffen genutzt werden. Hier ist der Gruppenleiter besonders gefordert eine Balance zwischen Anforderung und Hilfestellung zu realisieren.

ERGEBNISSE DER PATIENTENEVALUATION

Um die Einführung des neuen Gruppenkonzeptes zu begleiten und seine Wirkung auf die Teilnehmer zu untersuchen, wurde mit dem Beginn auch eine regelmäßige Patientenbefragung durchgeführt. Der hierfür entwickelte Fragebogen konnte über insgesamt vierzehn Wochen unmittelbar nach der Gruppe ausgegeben und wieder eingesammelt werden. Die Befragung erfolgte in Form einer anonymisierten Selbstevaluation nach den gültigen nationalen Standards (DeGEval 2008). In einer fünfstufigen Skala konnte die unmittelbare Wirkung der Gruppe tagesaktuell, als auch auf das Befinden und die Tagesstruktur im Verlauf bezogen, eingeschätzt werden. Darüber hinaus sollte mit der gleichen Gradeinteilung die Belastung beim Aufstehen vor und beim Sport in der TSMG bewertet werden. Außerdem war Platz für Freifeldeintragungen zu Kritik und Wünschen.

Die Auswertung der Fragebögen von letztlich 34 Probanden ergab, dass die Gruppe von der Mehrzahl der Teilnehmer sehr gut angenommen wird. 88% gaben an, dass sie die TSMG anderen Patienten weiterempfehlen würden. Als hilfreich für die individuelle Depressionsbewältigung empfanden knapp die Hälfte der Befragten das Angebot, wobei fast 30% seit der Teilnahme ihre Tagesstruktur als deutlich verbessert wahrnehmen. Außerdem ließ sich signifikant ablesen, dass Betroffene, die bereits länger als vier Wochen partizipierten, deutlich positiver Depressionsreduktion und Verbesserung der Tagesstruktur einschätzten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Gruppe gut angenommen und von einer großen Anzahl der Teilnehmenden subjektiv als hilfreich bewertet wird. Ein Verbleib in der Gruppe für mehr als vier Wochen scheint die Chance auf einen Nutzen für die Patienten zu erhöhen. Einen Wirksamkeitsnachweis nach den etablierten Anforderungen der evidenzbasierten Forschung kann hieraus jedoch noch nicht abgeleitet werden. Deshalb ist in diesem Rahmen sicher eher von zu beobachtenden Phänomenen zu sprechen.

EXISTENZANALYTISCHE BEOBACHTUNG UND AUSWERTUNG

Ein antidepressiver Effekt des Sports, vergleichbar mit der Wirkung von Psychopharmaka oder Psychotherapie, konnte in verschiedenen Studien nachgewiesen werden (vgl. Hunsberger et al. 2007, Stathopoulou et al. 2006, Martinsen et al. 1989, Doyne et al. 1987). Veröffentlichungen, die diese Belege anzweifeln, sind ebenso zu finden (vgl. Cooney et al. 2013, Lawlor & Hopker 2001). Insgesamt lassen die Daten jedoch darauf schließen, dass Patienten, die regelmäßig Sport treiben, schneller antidepressive Effekte wahrnehmen als ausschließlich medizierte Probanden sowie nach Remission seltener Rezidive zeigen (vgl. Wegner et al. 2014). Eine aktuelle Übersichtsarbeit, welche die Effektivität von Sport in der Depressionsbehandlung durch Meta-Analyse von 1.600 zuvor durchgeführten klinischen Studien mit insgesamt 142.000 Teilnehmern belegt, kommt zu dem Schluss, dass Sport eine wirksame Strategie zur Behandlung klinischer Depressionen ist, die den Patienten neben Pharmakotherapie und Psychotherapie angeboten werden sollte (vgl. ebd.). Verschiedene biologistische Hypothesen existieren zu

diesen Daten und erklären den Effekt mit somatischen Vorgängen. Humanistisch-existentiell gesehen, erscheinen diese Ansätze limitiert, da sie nur eine Ebene des Menschseins in den Blick nehmen. Die Perspektive der Existenzanalyse ermöglicht hier ein Fragen danach, wie der erkrankte Mensch seine Existenz so verantworten kann, dass er sich und sein Leben als sinnvoll im Hier und Jetzt begreifen kann.

Die Depression und ihre Phänomene versteht Längle als Beziehungsstörung (vgl. 2008, 138f.). Der überforderte Mensch kann immer weniger mit sich und der Welt in den Dialog treten (vgl. Längle 2011, 59ff.). Der Grund hierfür ist in seiner Angst vor Überforderung zu finden. Alles erscheint ihm (zu) schwer. Darauf reagiert er bei fortschreitender Herausforderung erst mit Leistungssteigerung, dann mit Rückzug. Ein Abnehmen der Emotionalität und Affektivität als auch der Arbeitsfähigkeit gehen häufig damit einher (vgl. ebd.). Depressive beschreiben ihren Zustand als unerträglich, sie empfinden Ohnmacht, Trostlosigkeit, Kraftlosigkeit, Sinnlosigkeit und leiden häufig unter Schlaf- und Ruhelosigkeit. Deshalb wird diese Erkrankung auch als „Losigkeitskrankheit“ (Kolbe 2007) bezeichnet. Dahinter steckt nach existenzanalytischem Verständnis zumeist eine frühe und im doppelten Sinne *schwere* Erfahrung – dadurch, dass „ich da bin“, schränke ich andere ein. Deshalb ist der Depressive bemüht seinen Mitmenschen nicht „zur Last zu fallen“ (vgl. ebd.). Durch seine Fokussierung auf Leistung versucht er dieser Schuldangst Herr zu werden. Sein Verhalten führt jedoch zur Erschöpfung, anstatt zu einer nachhaltigen Beruhigung der Angst. Wenn er akut krisenhaft im Behandlungssetting erscheint, ist er in der Regel sehr erschöpft, kraft- und mutlos.

Hier setzt das TSMG-Konzept an. Durch die aktive Bewegung des Körpers soll dem depressiven Menschen die Möglichkeit gegeben werden, wieder einen ersten spürbaren Kontakt zu sich selbst aufzunehmen. Die Anstrengung ermöglicht ein Wahrnehmen des eigenen Leibes sowie eine *gute* Erschöpfung. *Gut* meint hier das „in den Knochen steckende“ Ergebnis einer sinnhaften, weil gesunden und zielführenden Aktivität im Gegensatz zu einem intra- oder interpersonellen Ausagieren der depressiven Dynamik. Den Sport kann und soll der Patient als eine Möglichkeit kennenlernen sich zu spüren, sich etwas Gutes zu tun (2. GM, vgl. Längle 2008, 39ff.). Aber auch die Erfahrung der eigenen Grenzen in der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit sowie das Einüben von Wahrnehmung und Akzeptanz derselben werden zum Thema. Im Rahmen der Gruppe kann der Teilnehmer Beziehung aufnehmen – nicht nur zu sich, zum eigenen Körper, sondern auch zu den Anderen. Diese fragen beispielsweise nach, wenn einer nicht da ist. So wird er – hinsichtlich der Therapie – verbindlich; selbst, wenn er nur absagt. Auch im Morgenkreis geht der Patient in den Dialog mit der Gruppe – diese fragt an, was heute werden, was der Wert dieses Tages sein soll. Im Erfahrungsraum TSMG kann der Teilnehmende so auch mit existenziell-personalen Themen in Kontakt kommen, die für die Therapie und somit Gesundung bedeutsam sind. Wenn beispielsweise ein Erkrankter hier davon spricht, dass ihn die Konkurrenz im Mannschaftsspiel gestört habe, hat der Gruppenleiter die Chance dies zu hinterfragen. Vielleicht liegt da eine schmerzliche Erinnerung an die Kindheit, vielleicht ein Hinweis auf eine aktuelle Sinnanfrage oder -blockade. Dies vorerst zu bergen und dem Patienten für das Einzelgespräch mitzugeben, ist hier als Potential immanent.

Psychisch Erkrankte erleben im Rahmen ihrer Störung immer wieder den Verlust von Strukturen und somit auch von Orientierung (1. GM, vgl. Längle 2008, 35ff.). Sie empfinden sich häufig als ungeschützt und werden von Ängsten gequält. Schon Frankl beschrieb den Menschen als einen grundsätzlich auf Sinn hin Orientierten (vgl. Frankl 1996, 9). Wenn er aber temporär die Struktur verliert, dann büßt er zumeist auch Halt, Schutz, Orientierung und letztendlich – eine der Voraussetzungen für – sein Sinnempfinden ein. Dann fehlt ein Platz, an dem er sich einfinden, wo er sich einordnen kann. Selbst im eigenen Körper, unserer ureigensten und intimsten Heimstatt, können viele Erkrankte nicht mehr *zuhause* sein. Sie sehen gerade in körperlichen Symptomen die bzw. eine Ursache für ihr Leiden. So ist der Kontakt zum körperlichen Ich geprägt von Schmerz und Ablehnung. Der Sport gibt den Patienten hier die Möglichkeit sich an einem Ort einzufinden, der für einige Zeit ihr Schutz- und Trainingsraum sein darf. Die Regelmäßigkeit der Treffen gibt der Woche und erst recht bestimmten Tagen ihre Struktur zurück, da wo sie ganz oder teilweise verloren gegangen ist. In diesem vorgegebenen und als sinnvoll postulierten Rhythmus kann der Erkrankte sich hineinbegeben, sich von ihm während der ersten Schritte der Genesung leiten lassen. Das hilft sich im jetzigen Tag, der aktuellen Woche, dem eigenen Leben räumlich und zeitlich zu verorten. Beispielsweise gibt es nun wieder ein Wochenende – dann, wenn zwei Tage am Stück keine TSMG stattfindet und kein zwangsläufig zeitiges Aufstehen gefordert wird. Das Ausschlafen kann so nach und nach auch wieder als Genuss denn als Last erlebt werden. Zeitliche und räumliche Orientierung bietet letztendlich auch das Ankommen im Hier und Jetzt der Gruppe. Wo Ängste und Depressionen die Gedanken in Vergangenheit und Zukunft lenken, hilft die Fokussierung auf die Herausforderung des unmittelbaren Moments an das Leben, das im Augenblick möglich ist, anzuknüpfen. Und nur, was für den Einzelnen gerade realisierbar ist, kann letztlich auch sinnvoll werden.

Hier zeigt sich im TSMG-Kontext aber auch die Bedeutung der Begegnung mit den *Anderen* in Form der weiteren Teilnehmer (3. GM, vgl. Längle 2008, 46ff.). In der Gruppe sind für den Depressiven andere Erfahrungen möglich, als – wie üblicherweise in einer Krankheitsphase an der Tagesordnung – allein zuhause. Sich selbst erfahren, wie man derzeit ist, mit allen Stärken und Schwächen, ist eine große Herausforderung. Sich so anzunehmen, weil Angenommensein in der Gruppe spürbar wird, kann bei diesem Prozess helfen. Und auch das So-Mitmachen-Dürfen wie es eben heute geht, unterstützt die Selbstannahme im Moment. Dies möglich zu machen und zu fördern, bedarf des besonderen Augenmerks des Anleiters. Durch Förderung einer Gruppenatmosphäre, die durch Respekt, Achtung und gegenseitige Wertschätzung (vgl. Längle 2013, 79ff.) geprägt ist, kann das realisiert werden.

Schließlich stellt die TSMG die Frage nach dem existenziellen Sinn (4. GM, vgl. Längle 2008, 52ff.). An dieser zutiefst menschlichen Thematik, die jeder in sich trägt (vgl. Frankl 2008, 66), leiden depressiv Empfindende erfahrungsgemäß besonders. Ihre Unfähigkeit das Lebendige wahrzunehmen, gipfelt häufig in einer Verzweiflung an der Sinnlosigkeit. Dass Wertvolles in der Welt ist, können Sie dabei mitunter sehen, jedoch nicht empfinden und somit ergreifen. Hier jedoch liegt nach Frankl und Längle die – einzige – Chance Sinn zu erfahren: Im Ergreifen der besten augenblicklichen „Möglichkeit vor dem Hintergrund der Wirklichkeit" (Frankl 1982, 255, zitiert und ergänzt nach Längle 2008, 56). Hier sprechen die Väter der Logotherapie und Existenzanalyse die beiden den Menschen konstituierenden Existentiale Freiheit und Verantwortung (vgl. Frankl 2005, 116, 129ff.) an, denen sich niemand entziehen kann. In Anerkennung der Gegebenheiten, z. B. einer akuten depressiven Episode und den damit verbundenen Einschränkungen, ist das Individuum herausgefordert, das laut Frankl immer vorhandene Sinnvolle zu verantworten (vgl. ebd., 93).

Auch diese existenzielle Ebene lässt sich in der Theorie und Praxis der Morgengruppe finden – vor allem in der Gesprächsrunde nach dem Sport. Hier geht es darum den eigenen Tag zu verantworten – vor mir, aber auch vor den Anderen. Die Aufgabe ernst zu nehmen, eine Antwort auf die Frage (vgl. Frankl 2005, 107), was ich mit diesem Tag – und dem kommenden – anfangen möchte, zu finden und zu ergreifen. Im Gespräch kann der Patient den Freiheitsraum der vor ihm stehenden Stunden wahrnehmen und ausloten. Mithilfe des Dialogs kann er mit seinen Potentialen in Kontakt kommen. Hier ist es hilfreich, wenn der Gruppentherapeut die Sinnerfassungsmethode (Drexler 2000, 36ff.) im Hinterkopf hat und seine Fragen danach ausrichtet – was ist hier und heute möglich, was ist wertvoll, was will ich, wie setze ich es um? Frankl ist „überzeugt, dass eine positive Sinnorientierung ein Mittel der Heilung ist" (Frankl 2005, 20).

So bietet die TSMG unterm Strich einen Erfahrungs- und Übungsraum für ein existenziell geführtes Leben (vgl. u. a. Längle 2007, 8). Über die Möglichkeit der Annahme der aktuellen Situation sowie erster Schritte der Veränderung soll dieser Weg letztendlich hin zu einem Leben in Zustimmung leiten. In dem der Patient mehr in den personalen Vollzug seines Alltages kommt, kehrt er auch mehr ins Leben zurück. Dies geht, nach bisherigem klinischen Eindruck der Gruppenleiter, einher mit der beabsichtigten Stabilisierung und i. d. R. Gesundung. Wobei letzteres hier, vor allem unter existenz-analytischen Gesichtspunkten – nicht zwangsläufig eine Heilung von den – häufig chronischen – Störungen meint, sondern den Eintritt in eine stabilere Phase, in der die Alltagsbewältigung besser funktioniert und die Lebensqualität subjektiv höher eingeschätzt wird. Alternativ kann die Gruppenteilnahme auch die Grundlage für eine weiterführende Behandlung legen und die Durchführung eben jener unterstützen. Gerade die statische Struktur der Gruppe ermöglicht den Patienten über die Teilnahme hinaus eine temporäre Heimat, die in den Herausforderungen einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung durchaus supportiv wirken kann.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Stabilisierung ist nicht Selbstzweck, wozu sollte sie sonst auch angestrebt werden, sondern sie ist das Ergebnis einer Neu- oder Wiederverortung in haltgebenden Strukturen, in emotionalen Beziehungen, bei mir selbst (und dann auch dem Gegenüber) sowie in meinem individuellen Sinnhorizont. Im Dialog mit mir, d. h. mit meinem Körper, meiner Seele, meiner Person, sowie der Welt, d. h. der Gruppe, dem Therapeuten, der Turnhalle, den Sportgeräten, entsteht so eine stabilisierende Wechselwirkung – das Ziel jedoch bleibt die Verantwortung einer neu wahrgenommenen Freiheit.

Literatur

Frankl V E (1996) Der leidende Mensch: Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Verlag Hans Huber

Hunsberger J G et al. (2007) Antidepressant actions of the exercise-regulated gene VGF. In: Nature Medicine 13 (12), 1476–1482. doi: 10.1038/nm1669

Kolbe C (2007) Depression: Ausbildungsmitschrift des Autors im Rahmen der Ausbildung zum Logotherapeuten und existenzanalytischen Berater (GLE-D), Berliner Institut der Norddeutschen Akademie für Logotherapie und Existenzanalyse, 10.–12.03.2007

Längle A (2007) Existenzanalyse – durch Dialog zur Entschiedenheit anleiten. In: Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 38 (1), 7–11

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: facultas.wuv/UTB. S 29–180

Längle A (2011) Erfüllte Existenz: Entwicklung, Anwendung und Konzepte der der Existenzanalyse. Wien: facultas.wuv

Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse: Grundlagen. Wien: facultas.wuv

Stathopoulou G et al. (2006) Exercise interventions for mental health: A quantitative and qualitative review. In: Clinical Psychology: Science and Practice 13 (2), 179–193

Wegner M et al. (2014) Effects of Exercise on Anxiety and Depression Disorders: Review of Meta-Analyses and Neurobiological Mechanisms. In: CNS & Neurological Disorders – Drug Targets 13 (6), 1002–1014

Weiterführende und weitere in der Arbeit berücksichtigte Literatur kann beim Autor angefragt werden.

Für die Unterstützung in der Entwicklung und Evaluation des Gruppenkonzeptes möchte ich Mathias Alberti sowie Dr. Christian Sander von Herzen danken.

Anschrift des Verfassers:

Tobias C. Jahn

Ev. Hochschule Dresden, Dürerstr. 25, 01307 Dresden

Institut für Sinnbildung, PF 310 317, 04162 Leipzig

jahn@sinnbildung.de

www.sinnbildung.de

RESSOURCENORIENTIERTES ARBEITEN MIT AN DEMENZ ERKRANKTEN PATIENTINNEN UND IHREN ANGEHÖRIGEN

Eva Richter

Auf Grund der verbesserten Medizintechnik verlängert sich die Lebenserwartung im 21. Jahrhundert. Diese demographische Verschiebung führt zu einer größeren Anzahl von Demenzerkrankungen in unserer Gesellschaft. Neben den PatientInnen werden oftmals auch nahe Angehörige durch diese Krankheit sehr gefordert. Dieser Artikel möchte einen Überblick über die wichtigsten Symptome, Risikofaktoren und Behandlungsansätze bei Demenzerkrankungen (wenn nicht explizit erwähnt, wird auf die Alzheimer-Demenz referenziert, die häufigste Krankheit im dementen Formenkreis), unter Berücksichtigung von Psychotherapie und Beratung geben. Am Schluss erfolgt eine Reflexion zum Thema.

SCHLÜSSELWÖRTER: Demenz, therapeutisches Arbeiten, Ressourcenorientierung

RESOURCE ORIENTED WORK WITH DEMENTIA PATIENTS AND THEIR RELATIVES

Enhanced medical technology is resulting in a demographical shift towards longer life expectancy in our society. This leads to a growing number of people affected by illness from the spectrum disorder of dementia, challenging affected patients as well as their relatives. The following article intends to provide an overview of therapeutic approaches for working with patients suffering from dementia as well their loved ones. The first chapter refers to the clinical symptoms and risk factors, followed by treatment approaches of psychotherapy and counselling and the last chapter concludes with a reflection and an outlook.

KEYWORDS: Dementia, therapeutic work, resource-orientation

DEMENZERKRANKUNGEN IN ZAHLEN, SYMPTOMATIK, RISIKO- UND RESILIENZFAKTOREN

Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Gatterer 2012) veröffentlichte Zahlen, wonach 7% der über 65-Jährigen, und 35% der über 90-Jährigen von einer Demenzerkrankung betroffen sind. Weltweit waren 2001 bereits 40 Mio. Menschen erkrankt. Diese Zahl wird sich in rund 25 Jahren mehr als verdoppeln. Die Potentiale und Möglichkeiten, im Alter trotz Krankheit ein Leben mit guter Lebensqualität zu führen, werden in einer immer älter werdenden Gesellschaft zukünftig an Bedeutung gewinnen.

Nach Gatterer (2012) lässt sich Demenz als fortschreitender Verlust von kognitiven Fähigkeiten (chronische Verwirrtheit: Denk-, Gedächtnis-, Sprach-, Lernfähigkeits- und Wahrnehmungsstörungen, Desorientierung, Persönlichkeitsveränderung und körperlicher Abbau) auf Grund organischer Bedingtheit beschreiben, an der insbesondere Menschen ab dem 50. Lebensjahr erkranken können. Die Symptomatik muss mindestens 6 Monate vorliegen, um eine Diagnose nach ICD-10 zu stellen. Zwischen Krankheitsbeginn und dem Auftreten der ersten Symptome können mehrere Jahrzehnte liegen (Gunzelmann 2008). Bei den Verlaufsformen unterscheidet man nach ICD-10 zwischen präseniler Demenz (bis zum 65. Lebensjahr) und seniler Demenz, wobei sich bei der präsenilen Demenz ein zumeist schnellerer und stärkerer Krankheitsverlauf beschreiben lässt (Saß et al. 1996 zit. nach Wiltfang et al. 2006, 139). Nach Mayeux et al. (1993 zit. nach Wiltfang et al. 2006, 146) können mehr als 70 Krankheiten ein Demenzsyndrom verursachen.

Zu den Risikofaktoren zählen Alter, Geschlecht (Frauen werden älter), Ernährung (Vitaminmangel, schlechte Ernährungsgewohnheiten), Diabetes Mellitus, erhöhtes Cholesterin, Schilddrüsenunterfunktion, Bluthochdruck, Schädel-Hirn-Trauma, Operationen mit Vollnarkose, Nikotin- und Alkoholabusus sowie exzessiver Fernsehkonsum (Oswald & Engel 2006; Gatterer 2012; Sattler, Wendelstein & Schröder 2012). Nach Weih und Wiltfang (2006) lässt sich im Rahmen einer familiären Alzheimer-Demenz (FAD) eine Mutation im Amyloid-Precurson Protein (APP) auf dem PS1- oder PS2-Gen (Chromosom 14 bzw. 1) feststellen. Durch diese Marker werden bis zu 60% aller dominant vererbten Alzheimer-Demenzen erklärt. Bei der sporadischen Alzheimer-Demenz spielt das Apolipoprotein-E am Chromosom 19 (jedes ApoE4 Allel senkt das Manifestationsalter von Alzheimer um 7–9 Jahre und entspricht einem drei- bis vierfach erhöhten Risiko) eine wichtige Rolle.

Im Sinne der Krankheitsprävention ist es förderlich, sich ebenfalls den Resilienzfaktoren zu widmen. Bewegung, gesunde Ernährung, ein aktiver Lebensstil, Bildung, Gedächtnistraining und geistige Aktivität helfen länger ein gesundes und kognitiv weniger beeinträchtigtes Leben im Alter zu führen (Sattler, Wendelstein & Schröder 2012). Steinberg et. al. (2011) führten eine Untersuchung durch, wonach Sinn im Leben, Zukunftspläne, Freude am Lernen, Optimismus, Interesse sowie Widerstand gegen Angst, Stress, Depression und Trauma zu einem geringeren Demenz-Erkrankungsrisiko führen. Da in einer Psychotherapie viele der von Steinberg genannten Faktoren thematisiert und ggf. bearbeitet werden können, kann durch den therapeutischen Prozess eine positivere Haltung und Einstellung zum Leben gefunden werden.

Weih & Wiltfang (2006) verweisen auf die Demenz „Typ Alzheimer“ als die am häufigsten vorkommende Gehirnerkrankung im Alter. Diese globale kortikale Funktionsstörung zeigt sich klinisch durch Zellverlust (Abbau von Axonen

und Dendriten um bis zu 50 %) und Hirnatrophie. Es kommt in den betroffenen Regionen zu einer Reduktion von Azetylcholinesterase um bis zu 87 %. Zur Hirnatrophie kommt es durch die Ablagerung von ß-Amyloidplaques (bestehen aus ß-Amyloidpeptiden) sowie durch die Anreicherung von Neurofibrillenbündeln (bestehen überwiegend aus hyperphosphorylierten Tau-Proteinen) in Perikaryen und Neuriten, wodurch synaptische Degeneration und Neuronenverlust entstehen. Es bilden sich cerebrale Hohlräume, die mit Liquor gefüllt sind. Gatterer (2012) verweist im Verlauf der Erkrankung auf die Verminderung von Acetylcholin und auf eine Anreicherung von Glutamat im Gehirn.

Für bestmögliche therapeutische Interventionen ist die Frühdiagnostik einer Demenz wesentlich. Während im Frühstadium sich körperliche Symptome noch nicht manifestieren, ist bei mittleren bis späten Alzheimer-Demenzstadien eine körperliche Beeinträchtigung (Inkontinenz etc.) und Reduktion des Allgemeinzustandes zu diagnostizieren mit zunehmender Immobilität bis hin zur Bettlägerigkeit (Wiltfang et al. 2006). Laut Gatterer (2012) verzögert eine Behandlung zusammengesetzt aus Pharmaka (Acetylcholinesterasehemmer, Memantine) und nicht medikamentösen Therapien (kognitives Training, Psychoedukation bei PatientInnen und Angehörigen) den Krankheitsverlauf bei Alzheimer-Demenz um rund 2–4 Jahre und sollte frühest möglich begonnen werden. Differentialdiagnostisch sind Delir, Alkoholismus (OPS) und andere Bewusstseinsstörungen (z.B. Major Depression) auszuschließen.

BEDÜRFNISSE DEMENTER PERSONEN ANHAND DER VIER GRUNDMOTIVATIONEN

Durch eine Demenz werden alle vier Grundmotivationen (Längle 2013) angefragt, bei manchen PatientInnen kommt es zu einer Erschütterung auf allen Ebenen. Folgende Themen können nach Richter (2014) den existenzanalytischen Grundmotivationen (GM) von Längle zugeordnet werden und in den therapeutischen Prozess Eingang finden:

1. GM: das Können

– Kann ich sein? Kann ich (auch) mit der Krankheit überhaupt existieren? Kann ich sie annehmen und zu Gelassenheit finden? Dafür braucht es:

1.) Schutz: insbesondere der Grundbedürfnisse (Schlaf, Essen, Kleidung, finanzielle Fragen etc.).

2.) Raum: Um als Person gut sein zu können, bedarf es der Unterstützung der gelebten Personalität durch Gestaltung des eigenen Lebensraums (Zimmer mit eigenen Möbeln, Fotos und Dekorationsgegenständen) und den damit verbundenen Erinnerungen. Ein Einzelzimmer in einem Pflegeheim zu beziehen, um eine Rückzugsmöglichkeit zur Verfügung zu haben, ist hilfreich. Der Lebensraum ermöglicht gelebte Personalität.

3.) Halt: Halt kann innerhalb und außerhalb der Person gefunden werden – durch Beziehung zu sich selbst und zum Außen, durch psychotherapeutische Begleitung, Rituale (Abendritual etc.), Spiritualität und Struktur (fixes Tagesprogramm, Kalender mit Tagesdatum hilft beim Zuordnen etc.).

2. GM: Leben mögen

– Mag ich (so) leben? Wie kann ich ein für mich wertvolles Leben leben? Dafür braucht es:

1.) Beziehungen: Annahme durch Familienmitglieder, Freunde, HeimbewohnerInnen, MitarbeiterInnen einer Geriatrie, Erleben von Freude und Erfüllung in den Begegnungen mit anderen, Beziehungspflege durch Teilnahme am (Heim)Leben.

2.) Werte: Wahrnehmung und Pflege von Erlebniswerten (Liederkreis, Tiertherapie etc.), schöpferischen Werten (Malen etc.) und Einstellungswerten (eine lebensbejahende Haltung und Einstellung finden).

3. GM: (so) leben dürfen

– selbst sein dürfen, Respekt erfahren, ernst genommen werden und Autonomie leben können: Essen (selbst zu entscheiden, wann, was, wie schnell und wie viel ich esse, eigenständig essen, auch wenn es länger dauert); Schlafen (dem eigenen Rhythmus folgend, der schon über Jahrzehnte gelebt wurde); Entscheidung über die Teilnahme an diversen Aktivitäten; Respekt(ieren von PatientInnenverfügungen); Person sein dürfen und akzeptiert werden mit allen Eigenheiten und Besonderheiten, liebevolle und annehmende Umgangsweisen durch andere erfahren.

4. GM: Leben sollen

– ein in die Zukunft gerichtetes, sinnvolles Leben zu leben und das Gefühl haben, gebraucht zu werden: Eine Aufgabe zu übernehmen wie z.B. ein Beet zu pflegen oder Wäsche zu falten, um das Gefühl zu haben, gebraucht zu werden und etwas zum Alltagsleben beitragen zu können.

Bei Erschütterung oder Beeinträchtigung auf der Ebene der Grundmotivationen ist eine psychotherapeutische Begleitung sinnvoll und indiziert, um den Erkrankten zu stärken und eine Verbesserung der Lebensqualität und -zufriedenheit durch Arbeit an Einstellung und Haltung nachhaltig zu erwirken.

PSYCHOTHERAPEUTISCHES ARBEITEN MIT AN DEMENZ ERKRANKTEN PERSONEN

Für an Demenz erkrankte Menschen kann eine Psychotherapie sehr wertvoll sein, wobei oftmals Themen wie eingeschränkter Selbstwert, Zukunftsängste, Beziehungsthematiken und vor allem Krankheitsumgang angefragt und bearbeitet werden können. Es geht um die Stärkung der Person im Innenverhältnis (unter anderem durch personalen Dialog) und zur Außenwelt, um Ja zum (so) Leben sagen zu können und gut in der Welt zu stehen. Psychotherapie bei einer Demenzerkrankung ist in jedem Krankheitsstadium möglich. Im medizinisch-interdisziplinären Diskurs wird die PatientIn zunehmend unter den Gesichtspunkten der

Ressourcenorientierung betrachtet. Der Mensch mit seinen Fähigkeiten und Potentialen steht hierbei im Vordergrund. Es geht um die Fragen: „Was kann der Erkrankte?“ und „Wie können vorhandene Kompetenzen möglichst lange bestehen bleiben bzw. stabilisiert werden?“ Auf dieser Sichtweise beruhend lassen sich davon personalisierte Behandlungskonzepte und Interventionsmöglichkeiten ableiten.

Lincoln und Flannaghan (2003 zit. nach Bonelli 2005, 218) betonen die Eignung einer Psychotherapie bei dementen PatientInnen zur Auseinandersetzung und Krankheitsbewältigung und stellen die Themen Selbstbestimmtheit, Autonomieerhalt und Lebensqualitätsverbesserung in den Vordergrund. Für therapeutische Interventionen ist laut Gatterer (2012) folgendes zu beachten: einfache Sätze bilden, deutliches Sprechen, fürsorglicher Umgang, Geduld, wichtige Informationen auch mehrmals wiederholen, aktivieren jedoch nicht überfordern, falls sinnvoll und erwünscht von der Vergangenheit aus in die Gegenwart überzuleiten sowie mit nonverbalen Gesten arbeiten (Blicke, Gesten).

Die folgenden Punkte sollen sich nun eingehender mit dem therapeutischen Arbeiten mit an Demenz erkrankten Personen befassen (Richter 2014):

Setting

Menschen in verschiedenen Krankheitsstadien haben unterschiedliche Anforderungen an das Setting, wobei differenzierte psychotherapeutische Interventionen je nach Krankheitsstufe eingesetzt werden können. Menschen mit leichter Demenz können in der Regel gut in einer Einzeltherapiestunde bzw. Gruppentherapie (Dauer 90 Minuten) arbeiten. Bei mittelschwerer bzw. schwerer Demenz ist auf die individuelle und tagesabhängige Verfassung der PatientInnen einzugehen und die Dauer der Therapie zu verkürzen, falls der Eindruck entsteht, dass PatientInnen nach einiger Zeit Ruhe brauchen. Gut bewährt hat sich hier in der Regel eine kürzere Arbeitseinheit von 25–30 Minuten. Während PatientInnen mit leichter Demenz zumeist in die private Praxis bzw. in eine ambulante Versorgungseinrichtung selbstständig kommen können, müssen mittelgradig Demente von ihren Angehörigen zur Therapie gebracht werden bzw. bei mittelgradig bis schwer Dementen ist es zumeist notwendig therapeutisch im störanfälligeren Wohnbereich (im eigenen Haushalt oder in einer geriatrischen Institution) der PatientInnen zu arbeiten. Wenn möglich sollte in diesem Fall ein separater Raum, in dem ein ungestörtes Zweiersetting gut möglich ist, aufgesucht werden. Bei Bettlägerigkeit in einem Pflegeheim sollte die Stationsleitung über die Therapiezeiträume informiert werden, um so etwaige Störungen des therapeutischen Prozesses abzuwenden.

Rahmenbedingungen

Im Rahmen der Psychotherapie wird zumeist eine Steigerung der Lebensqualität und Zufriedenheit von den PatientInnen forciert, was in jedem Alter und Krankheitsstadium möglich ist. Die TherapeutInnen sind für die PatientInnen Vertrauenspersonen, die einen verlässlichen und sicheren Beziehungsrahmen bieten und, trotz der durch Krankheit induzierten Veränderungen in Lebensführung und Lebenskontext, einen sicheren Ort gewährleisten, der Schutz, Raum und Halt ermöglicht. Gerade beim Erleben von Veränderung (Kognition, Beweglichkeit, Koordination, Sprachlichkeit, etc.) kommt dieser Stabilität besondere Bedeutung zu. Im psychotherapeutischen Dialog ist je nach fortschreitendem Demenzstadium und bei Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen langsam zu sprechen. Oftmalige Wiederholungen erleichtern den PatientInnen die Arbeit. Auch auf körperliche Beeinträchtigungen wie Schwerhörigkeit und Sprachschwierigkeiten sollte Rücksicht genommen werden, indem sich die Stimme (Lautstärke, Schnelligkeit etc.) der BehandlerIn an die Erfordernisse der PatientInnen anpasst. Wichtig bei der Behandlung ist jedenfalls, bei den PatientInnen keinen Stress auszulösen und sie kognitiv weder zu über- noch zu unterfordern.

Die TherapeutIn nimmt eine verstehende, offene und empathische Haltung ein. Es kann mit allen Schweregraden von kognitiver Beeinträchtigung gearbeitet werden, wobei die Person der PatientIn auch in schweren Demenzstadien erfahrbar wird, in der Emotionalität, in einem Blick oder einer Geste.

Themen

Bei der Arbeit mit Personen, die an leichter Demenz erkrankt sind, stehen oftmals die Sorgen in Bezug auf eine Demenzerkrankung und die damit verbundenen kognitiven Verluste und Persönlichkeitsveränderungen im Vordergrund. Häufig finden sich bei diesen PatientInnen depressive Verstimmungen, Angststörungen im Sinne von Erwartungsangst oder Anpassungsstörungen. PatientInnen suchen Entlastung, indem sie den Krankheitsumgang in ihrer Partnerschaft thematisieren, sich mit dem Krankheitsbild und ihren Ressourcen sowie Einschränkungen, Coping-Reaktionen (sozialer Rückzug, Vermeidung, etc.) und Krankheitsverarbeitung auseinandersetzen und sich mit einer für sie sinnvollen Lebensführung befassen. Manche PatientInnen möchten sich mit der eigenen Endlichkeit beschäftigen. Das Befassen mit dem Lebensende führt zu einer grundlegenden Haltung dem eigenen Leben gegenüber. Es verlangt nach einer aktiven Integration der eigenen Endlichkeit ins Leben und kann so zu mehr gelebter Bewusstheit im Hier und Jetzt führen. Eine Komponente von Todesangst kann als Angst, sein Leben nicht (so) gelebt zu haben, gesehen werden. Es geht therapeutisch darum, ein „Ja“ zum gelebten Leben sagen zu können und zu dem, was kommen wird. Die Annahme des Todes bringt ein Lassen-Können der Angst und führt zur Gelassenheit und zu einem glücklicheren Leben. Diesem Prozess stehen jedoch oftmals angstbesetzte Kognitionen und starke negative Emotionen entgegen, die in der Therapie ebenfalls angefragt und bearbeitet werden können. Zudem können auch unerledigte Aufgaben und Konflikte thematisiert werden, um nachträglich dazu eine personale Stellungnahme zu geben und sich mit ihnen auszusöhnen.

Neben diesen Themen setzen sich manche PatientInnen auch mit Fragen der 4. Grundmotivation gezielt auseinander. Sie fragen: „Was soll mit mir werden?“ Dazu gehört oftmals die Frage nach dem Umgang mit Autonomieverlust, nach dem Sich-Einlassen und Vertrauen auf andere (pflegende

Angehörige, geriatrische Institutionen). Lösungsorientierte Themen wie das Vertrauen in Personen (Sachwalterschaft), Umgang mit schwerer Krankheit und dem Sterbeprozess (Patientenverfügung), Auswahl einer möglichen geriatrischen Einrichtung im Falle von Pflegebedarf, falls keine pflegenden Angehörigen zur Verfügung stehen, Regelung der finanziellen Angelegenheiten (Testament, Verkauf von Vermögenswerten etc.) können ebenso, falls vom Patienten thematisiert, Eingang in die therapeutische Arbeit finden. Bei diesen Themen geht es vor allem um die Selbstfürsorge, um ein Gut-auf-sich-Schauen. Im Falle einer späteren schweren kognitiven Einschränkung soll dadurch schon frühzeitig vorgesorgt werden, dass Beziehungsbedürfnisse, Autonomieerfordernisse sowie größtmögliche Selbstbestimmung gewahrt bleiben können. Ein liebevolles Auf-sich-Schauen bedingt ein Hinsehen, – sich auf das, was kommen mag, zu beziehen und vorzubereiten. Dieser Prozess verlangt personale Stellungnahme und personalen Vollzug. Durch ein Aktiv-Werden der sich passiv und ausgeliefert fühlenden Person können Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugungen negative Emotionen eindämmen und Raum für positive Emotionen und Kognitionen schaffen („Wenn ich in diese Einrichtung übersiedle, muss ich mir nicht jeden Tag etwas kochen, das macht es mir viel leichter."). Das Erarbeiten von Beziehungswerten (Freundschaften, nahe Angehörige etc.) und die Aktivierung dieser Werte stehen ebenfalls im Sinne von Ressourcenförderung im Mittelpunkt. Erkrankte mit gutem Grundvertrauen bzw. Urvertrauen wird der zukünftige Prozess, sich auf andere Menschen mehr einzulassen, leichter fallen als PatientInnen, die Schwierigkeiten mit Vertrauen und Beziehungen haben.

Ressourcenorientierung in der Therapie

Ein wesentlicher Schwerpunkt wird auf Entlastung und Ressourcenstärkung gelegt, damit ein Leben-Mögen erhalten werden kann bzw. wieder aufgebaut wird. Personale Ressourcen wie zum Beispiel kreative bzw. musische Talente oder Interessen, Naturverbundenheit, Tierliebe, Spiritualität, Glaube, Humor etc. können angefragt, thematisiert und zur Stärkung der Person in den therapeutischen Prozess miteinbezogen werden. Des Weiteren kann das Thema Selbstwertstärkung (3. GM) Raum in der Therapie finden.

Bei leichter bis mittlerer Demenz kann gut mit Biographiearbeit gearbeitet werden. Diese dient der Rückbesinnung auf eigene Stärken, Ressourcen sowie Werte im Leben und ist als Lebensschau eine Stärkung insbesondere in den ersten drei Grundmotivationen („Auch in der Vergangenheit war es mir möglich zu können, zu mögen und dürfen."). Ausgehend von den erarbeiteten Inhalten kann eine Verbindung zur vierten Grundmotivation geknüpft werden („Wie soll mein Lebensweg weitergehen? Was will ich für meine Zukunft?"). Durch Biographiearbeit werden die Einmaligkeit und das besonders Wertvolle an der Person erarbeitet. Es findet eine Rückbesinnung auf Lebensfragen, auf eingesetzte Strategien im Umgang mit Herausforderungen statt, Beziehungen werden nachgespürt und angefragt, Ressourcen der Vergangenheit sowie Potentiale für die Zukunft werden verdeutlicht und es kann ein roter Faden durch das Leben gezogen werden, anhand dessen die Person in Bildern und Situationen gut spürbar wird. Den PatientInnen wird dadurch oftmals mehr bewusst, was sie im Leben schon bewirkt haben und auf welche Stärken und Bewältigungsstrategien (z.B. Humor …) sie zurückgreifen können.

Therapeutische Arbeit bei mittlerer bis schwerer Demenz

Bei mittlerer Alzheimer-Demenz weisen die kognitiven Fähigkeiten (Gedächtnis, Reflexionsfähigkeit) und im späteren Verlauf auch die körperlichen Funktionen (Sprache, Gangbild, Inkontinenz etc.) Beeinträchtigungen auf. Auf Grund der zunehmenden Schwierigkeiten, auf Gedächtnisinhalte aus dem Kurz- und Langzeitgedächtnis zuzugreifen, empfiehlt es sich überwiegend im Hier und Jetzt zu arbeiten. Häufig können emotional stark besetzte Erlebnisse und Eindrücke aus der Vergangenheit auch in späteren Krankheitsstadien gut abrufbar bleiben (Name des verstorbenen Partners, Gewalterfahrung durch Vater, Erinnerung an Haustier etc.). Sie können sich oftmals aktualisieren und werden von den PatientInnen wiederholt berichtet, wenn auch manchmal in ganz anderem Kontext. Bei positiven Erlebnissen sind eine gemeinsame Nachschau und ein Nachwirken-Lassen der Eindrücke sinnvoll, um PatientInnen in ihrer Person und Einmaligkeit besser zu begreifen und zu würdigen. Bei negativ besetzten Erinnerungen ist oftmals eine Agitiertheit (Körperspannung, Rufen, Schreien) als Ausdruck der erlebten Emotionen zu beobachten. In diesem Fall ist das für die PatientInnen spürbare In-Beziehung-Sein primär. Es kann hilfreich sein, die Hand zu halten und dadurch den PatientInnen ein körperlich erfahrbares Für-sie-Dasein zu vermitteln. Sie finden durch diese Intervention Schutz, Halt (1. GM) und Beziehung (2. GM) und können trotzdem sie selbst (3. GM) sein. Das Händehalten lässt sie taktil spüren, dass sie in ihrem Leid gesehen werden und nicht alleine sind. Diese einfache Intervention führt oft zur Beruhigung in der Situation. Wenn die kognitiven Ressourcen noch nicht zu sehr beeinträchtigt sind, kann auch versucht werden, die Person verbal mehr im Hier und Jetzt zu verankern, um sie weg von der Traumatisierung zu führen. Bei Überflutung von negativen Emotionen kann es auch zu einer Negativsymptomatik kommen und PatientInnen versinken in ihrem Leid in fast Stupor ähnlichen oder dysthymen Zustandsbildern. Eine sanfte Aktivierung, Arbeit im Hier und Jetzt sowie eine verständnisvolle therapeutische Haltung sind oftmals hilfreich. Manchmal gelingt es den PatientInnen ein Lächeln zu entfachen oder ihr leises Weinen weicht einer aufmerksamen Haltung, die ein gutes Dasein in der Therapie ermöglicht.

Bei schwerer Demenz ist die Möglichkeit von Persönlichkeitsveränderungen (Bestehlungswahn etc.) gegeben. Verhalten scheint irrational, nicht mehr nachvollziehbar. Dennoch wird bei näherer Betrachtung oftmals ein appellativer Aspekt dieser Veränderung sichtbar. Es ist zu fragen, was die Person durch ihr abweichendes Verhalten mitteilen möchte, was sichtbar gemacht werden soll. Durch psychotherapeutische Begleitung scheinen Erkrankte mit Persönlichkeitsveränderungen oftmals zufriedener und ausgeglichener, mehr in sich ruhend.

Bei PatientInnen, die verbal nicht mehr gut zugänglich sind, kann Validation (nach Naomi Feil, 2000) eingesetzt

werden, wobei die therapeutische Begegnung in dieser Lebensphase sich bei dieser Methode sehr auf das Nonverbale konzentriert. Es geht darum, Menschen mit ihrer Individualität, ihren Besonderheiten, Vorlieben und spezifischen Lebensgeschichten in den Vordergrund zu stellen und sie anzunehmen, wie sie sind.

Angehörigenarbeit

Neben der Arbeit mit PatientInnen ist die Beratung und Begleitung von Angehörigen eine wichtige Intervention. Sie sind durch den Verlust der Kompetenzen und durch die Wesensänderungen der Betroffenen dem Krankheitsbild mit seiner Symptomatik und allen einhergehenden Belastungen ausgesetzt. Dies kann zu Stressreaktionen (Depression, Burn-out etc.) führen, die auf die Erkrankten übertragen werden können. Ein solches Verhalten ist allerdings kontraproduktiv und sollte vermieden werden, um die dementielle Symptomatik auf Grund von erlebten Stressfaktoren nicht weiter zu fördern. In diesem Zusammenhang kann Psychoedukation als sekundäre und tertiäre Prävention angesehen werden.

Zur Entlastung von Angehörigen sollte nach Bonelli (2005) eine zeitgerechte Delegation der Betreuung, der Besuch von Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, Freizeitplanung sowie Sozialkontakte, die Inanspruchnahme von sozialen Beihilfen, Achtsamkeit in Bezug auf die eigene Gesundheit und die psychotherapeutische Begleitung von pflegenden Angehörigen angestrebt werden.

REFLEXION

Im gesellschaftspolitischen Kontext wäre eine bessere Informationspolitik und Aufklärung der Bevölkerung notwendig, um mehr Bewusstheit für Demenzerkrankung, Risikofaktoren und Umgang mit Erkrankten in der Bevölkerung zu schaffen. Ältere Menschen sollten vermehrt Unterstützung darin finden, sich für die Verbesserung bzw. den Erhalt ihres psychischen Wohlbefindens und ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit zu engagieren, wobei eine jährliche Gedächtnisvorsorgeuntersuchung, geistige Aktivität (kognitives Training etc.) sowie körperliches Training wichtige Präventionsmaßnahmen darstellen. Eine Notwendigkeit besteht zudem in einer verbesserten psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung älterer und einkommensschwacher Menschen.

In Bezug auf Demenz und zukünftigen Erkenntnisgewinn werden die multidisziplinären Forschungsergebnisse von Neurowissenschaften, der klinischen Psychologie und der Biomedizin von großem Interesse sein. Die Forschung beschäftigt sich mit Möglichkeiten der Hemmung von Amyloidbildung, der Aß-induzierten Neurotoxizität und der Tau-Ablagerung (Mangialasche, Solomon, Winblad, Mecocci & Kivipelto 2010 zit. nach Hausner & Frölich 2012, 296), wobei auf zelluläre Funktionssysteme und Substanzen mit mehrfachen Wirkmechanismen besonderes Augenmerk gelegt wird (Hausner & Frölich 2012).

Es bleibt zu hoffen, dass sich zahlreiche offene Forschungsfragen in den nächsten Jahrzehnten beantworten lassen und eine wirkungsvolle Behandlung der Demenz gefunden wird. Eine psychotherapeutische Begleitung kann dem Erkrankten die Möglichkeit bieten, eine lebensbejahende Haltung und Einstellung zu erlangen und die Lebensqualität nachhaltig zu verbessern.

Literatur

Bonelli R M (2005) Psychotherapeutischer Umgang mit dem gerontologischen Patienten. Psychotherapie, 10. Jahrgang, Bd. 10, Heft 2, 217–222

Feil N (2000) Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, (6. Auflage). München: Ernst Reinhardt Verlag

Gatterer G (2012) Gerontopsychiatrische Erkrankungen. In: Heim B (Hg) Altenpflege konkret – Gesundheits- und Krankheitslehre, (4. Auflage, 451–508). München: Elsevier GmbH

Gunzelmann T (2008) Ist Altern messbar? In: Oswald W D & Gatterer G (Hg) Gerontopsychologie – Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns, (2. Auflage, 59–77). Wien: Springer Verlag

Hausner L & Frölich L (2012) Medikamentöse Intervention bei Demenz. In: Wahl H W, Tesch-Römer C & Ziegelmann J (Hg) Angewandte Gerontologie – Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen, (2. Auflage, 291–297). Stuttgart: W. Kohlhammer

Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. Wien: Facultas

Oswald W D & Engel S (2006) Prävention. In: Oswald W D, Lehr U, Sieber C, & Kornhuber J (Hg) Gerontologie, (3. Auflage, 149–153). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Richter E (2014) Die Altersdepression: Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit und Behandlungsansätze (kognitive und existenzanalytisch psychotherapeutische) von Krankheit und Symptomatik. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Wien: Sigmund Freud Privatuniversität

Sattler C, Wendelstein B & Schröder J (2012) Prävention dementieller Erkrankungen im Alter. In: Wahl H W, Tesch-Römer C & Ziegelmann J (Hg) Angewandte Gerontologie – Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen, (2. Auflage, 182–187). Stuttgart: W. Kohlhammer

Steinberg et al. (2011). online Zugriff am 30.06.2014 unter: www.dementiatoday.com/characteristics-of-„resilient-cognitive-aging"-identified-in-study/

Weih M & Wiltfang J (2006) Grundlagen. In: Oswald W D, Lehr U, Sieber C, & Kornhuber J (Hg) Gerontologie, (3. Auflage, 132–138). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Wiltfang J et al. (2006) Früherkennung und Diagnostik. In: Oswald W D, Lehr U, Sieber C, & Kornhuber J (Hg) Gerontologie, (3. Auflage, 138–148). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer

Anschrift der Verfasserin:

Mag. Eva Richter, MSc.

Graf Starhemberggasse 15/6

1040 Wien

email: samfy2002@hotmail.com

EXISTENZANALYSE IN PENSIONISTEN- UND PFLEGEHEIMEN

Was die Existenzanalyse dem Pflegepersonal und den Bewohnerinnen und Bewohnern in Alters- und Pflegeheimen bieten kann

László Kovács

Existenzanalytische BeraterInnen und TherapeutInnen sind schon seit geraumer Zeit in Pensionisten- und Pflegeheimen tätig. In erster Linie sind sie in beraterischem oder therapeutischem Kontakt mit den BewohnerInnen. Die Existenzanalyse könnte in diesem Bereich in der Prävention weitere wichtige Anleitungen für das Pflegepersonal geben um durch Kenntnis der existenzanalytischen Theorie und vor allem durch Selbsterfahrung die eigenen Bedürfnisse besser wahrzunehmen. Dieser Lernprozess könnte das Pflegepersonal dazu befähigen, als „existenzanalytische MultiplikatorInnen" tätig zu werden und dadurch den BewohnerInnen ein wertfühlendes, möglichst selbstgestaltetes und menschenwürdiges Leben zu ermöglichen. Nach Präzisierung des Konzeptes und nach Evaluierungen könnte – wenn sinnvoll – ein existenzanalytisches Pflegekonzept entstehen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Pflegekonzept, Prävention, existenzanalytische Pflegeinduktion, Grundmotivationen, Pflegepersonal, BewohnerInnen

EXISTENTIAL ANALYSIS IN RETIREMENT AND NURSING HOMES
How Existential Analysis can serve the nursing staff and the inhabitants of retirement and nursing homes

Existential-analytic counsellors and therapists have been working in retirement and nursing homes for a long time now. In the first place they offer counselling and therapy to the inhabitants. Regarding prevention in this area, Existential Analysis could further offer the nursing staff very important guiding so that – by applying existential analytic theory and especially self-reflection – they learn to pay attention to their own needs. This learning process could empower the nursing staff to act as "existential analytic multipliers" and by that enable the inhabitants to live a life that is true to their own principles, and is as self-defined and humane as possible. After further specifying the concept and evaluating it, this could be the basis for the development of an existential analytic nursing concept.

KEYWORDS: nursing concept, prevention, existential analytic nursing induction, basic motivations, nursing staff, inhabitants

DIE DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG

Die demographische Entwicklung in unserer Gesellschaft zeigt uns deutlich, dass wir uns in den nächsten Jahren viel intensiver mit dem Thema „Ältere Menschen und ihre Lebenswelt" bzw. „Pflegepersonal, ihre Arbeitsbedingungen und Bedürfnisse" auseinandersetzen müssen.

Diese Entwicklung bringt auch mit sich, dass der Bedarf an neuen Pflegeheimplätzen und an zusätzlichem Pflegepersonal immer größer wird, was gleichzeitig bedeutet, dass der Bedarf an Beratung und Therapie in Pflegeeinrichtungen wachsen wird.

In 20 Jahren wird jede(r) 9. über 75 Jahre alt sein

Nach den Ergebnissen der neuesten Prognose der STATISTIK AUSTRIA wird die Bevölkerung Österreichs auch in Zukunft weiterhin stark wachsen, und zwar bis 2030 auf 9 Mio. und danach auf 9,5 Mio. bis zum Jahr 2075. Die Altersstruktur verschiebt sich deutlich hin zu den älteren Menschen. Stehen derzeit 18,7% der Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren, so werden es mittelfristig (2020) rund 19,7% sein, langfristig (ca. ab 2030) sogar mehr als 24%. Die Absolutzahl der über 65-jährigen Menschen steigt bis 2030 von dzt. 1,5 Million auf über 2,1 Million. (Quelle: Statistik Austria – Bevölkerungsprognose erstellt am 18. Oktober 2013)

DER KOSTENFAKTOR

Gerade in der heutigen wirtschaftlich angespannten Zeit ist es sehr schwierig, für einen Bereich zusätzliche Mittel aufzutreiben, der auf den ersten Blick für die Gesellschaft keine Vorteile zu bringen scheint. Tatsache ist, dass die Kosten für den Pflegebereich enorm steigen.

Das WIFO (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung) hat verschiedene Szenarien berechnet, wie sich die Pflegekosten bis 2030 entwickeln werden. Das finanziell niedrigste Szenario geht von einer Kostensteigerung von 66 Prozent aus, das höchste von einer Kostensteigerung von 206 Prozent (Die Presse Online, 2009, 17.03.2009, 10:00).

Trotzdem wird auf verschiedenen Ebenen (politisch, volkswirtschaftlich) immer mehr gefordert, die Kosten für die Pflege zu reduzieren bzw. eine Kostenexplosion zu vermeiden. Eine der wichtigen und realisierbaren Möglichkeiten ist, in die psychotherapeutische Beratung und in Psychotherapie in diesem Bereich zu investieren. Durch Beratung und Psychotherapie könnte sowohl auf der Ebene der zu pflegenden Personen als auch auf der Ebene des Pflegepersonals sehr viel erreicht, die Lebensqualität der BewohnerInnen und die Arbeitsqualität des Pflegepersonals verbessert und Kosten eingespart werden.

Prävention

Genauso wichtig wie die Psychotherapie und Beratung ist, dass auch präventiv und ressourcenorientiert gearbeitet wird. Prävention kann dazu führen, dass die Kosten gesenkt werden, aber auch die Mitarbeiterzufriedenheit und die Lebensqualität der BewohnerInnen gehoben werden.

Schon Aristoteles meinte im Jahr 400 v. Chr.: *„Vorbeugen ist besser als heilen."* Die ökonomische Auswirkung der

Prävention ist eindeutig. Viel gravierender als der ökonomische Bereich ist aber die Bedeutung der Prävention für die Menschen, denen diese zu Gute kommt. Wenn es gelingt, Menschen durch Prävention so manche Krankheiten (sowohl körperliche als auch seelische) zu ersparen und ihnen ein „wertfühlendes, selbstgestaltetes und menschenwürdiges Leben" zu ermöglichen, dann hat Prävention ihre Aufgabe erfüllt.

Ein wichtiger Bereich im Zusammenhang mit Prävention ist die Orientierung an den Ressourcen – Phil Bosmans weist darauf hin:

„In vielen alten Menschen schlummern Schätze. Du mußt sie zu entdecken wissen. Habe Zeit für alte Menschen! Es wird zuviel über sie gesprochen, über ihre Rente, über ihre Wohnung, über ihre kleinen und großen Leiden, aber es wird zu wenig mit ihnen gesprochen. Rede mal mit ihnen. Vor allem höre solchen alten Menschen zu, die noch nicht vom unmenschlichen Lebensstil der Großstadt angefressen sind, Menschen vom freien Land. Du wirst staunen über ihre Lebensweisheit, ihren Humor, ihre Philosophie, ihre Ruhe, ihre Sicherheit, über den Frieden ihres Herzens." (Bosmans 1983, 112)

In diesem Sinne könnten viele Ressourcen, nicht nur jene der alten Menschen, hervorgehoben und in den Mittelpunkt gestellt werden.

DIE PFLEGEBASIS SPIEGELT SICH IN BEGRIFFSBESTIMMUNGEN

Pflegetheorien: *„Pflegetheorien können sich aus rein theoretischen Annahmen entwickeln, oder sie erwachsen aus praktischen Erfahrungen. Alle modernen Pflegetheorien beziehen Inhalte anderer Wissenschaften mit ein, indem sie Erkenntnisse nicht mehr nur aus dem Bereich der Naturwissenschaften, sondern auch aus denjenigen der Human-, Geistes- und Sozialwissenschaften auf die berufliche Pflegesituation übertragen. Je umfassender diese Sichtweise ist, umso größer ist die Chance ihrer Nützlichkeit und Umsetzbarkeit für eine ganzheitliche und individuelle, d. h. menschen- bzw. personengerechte Pflege."* (Juchli 1991, 96) Aus Pflegetheorien entstehen im Weiteren die Pflegekonzepte und Pflegemodelle.

Pflegemodelle: Zwischen 1952 und 1999 wurden ca. 14 relevante Pflegemodelle in verschiedenen Staaten entwickelt. Die ersten entstanden in Amerika, ab 1983 in der Schweiz und vermehrt im weiteren deutschsprachigen Raum, das letzte verbreitete Modell 1999 in Österreich. Die Pflegemodelle richten sich natürlich in erster Linie an die Bewohnerinnen und Bewohner, wobei im pflegerischen Alltag lange Zeit der Körper und dessen Pflege im Mittelpunkt standen und erst mit der Zeit auch Psyche und Geist immer mehr mitberücksichtigt wurden.

Es würde sich auf die Lebens- und Arbeitsqualität beider Gruppen positiv auswirken, wenn auch das Pflegepersonal mit seinen Bedürfnissen in einer Pflegetheorie stärker Berücksichtigung finden würde. Diesen traditionellen Pflegemodellen kann eine *Existenzanalytische Pflegeanleitung (Pflegeinduktion)* als eine Hinführung zur Prävention und zur ressourcenorientierten Pflege mit Hilfe der existenzanalytischen Theorie der Grundmotivationen und der existenzanalytischen Selbsterfahrung entgegen gestellt werden. Anders als bei anderen Pflegetheorien setzt diese beim Pflegepersonal an.

Der Begriff *Pflegeinduktion* wird hier gewählt im Sinne von Pflegeanleitung, Hinführung zur Pflege, Anstoß zur Pflege, im Weiteren im Sinne von Anleitung zur existenzanalytischen Pflege. Wobei der Begriff „Induktion" [aus dem Lateinischen: inducere, „in" = in hinein, und „ducere" = führen, leiten (Herkunftswörterbuch Online, 02.01.2015)] „hineinführen, leiten" bedeutet.

„ICH PFLEGE, UND WER PFLEGT MICH?"

In vielen Gesprächen mit dem Pflegepersonal in verschieden Heimen entstand in mir der Eindruck, dass diese Helfer auch eine „Pflege" brauchen würden bzw. darauf geachtet werden müsste, dass sie vorbeugend die Möglichkeit haben, zu lernen gut mit sich umzugehen, um diese Schwerstarbeit mit ihren vielfältigen Erwartungen und Herausforderungen bewältigen und dabei gesund bleiben zu können.

Es gibt zwar in den letzten Jahren vermehrt einzelne präventive Angebote, die darauf abzielen, die Gesundheit des Pflegepersonals zu erhalten und zu fördern, trotzdem gibt es in dieser Berufsgruppe eine hohe Fluktuation bzw. vermehrt Krankenstände auf Grund der vielfältigen Belastungen.

Existenzanalyse als Begleitprogramm

Pflegeeinrichtungen bedienen sich derzeit eines Pflegemodells, manche mehrerer Pflegemodelle gleichzeitig. Die Einführung eines neuen Pflegemodells ist langwierig und stößt oft auf Widerstand, weil viele Beteiligte müde sind, sich wieder umstellen und in Folge jahrelang Kurse besuchen zu müssen.

Was kann die Existenzanalyse zu einem Pflegemodell beitragen? Die Existenzanalyse könnte ein Begleitprogramm anbieten. Dieses könnte viel leichter als ein neues Pflegemodell in den Heimen adaptiert werden, da es unterstützend wirken und unabhängig sein würde.

EIN MÖGLICHES MODELL: EXISTENZANALYTISCHE PFLEGEINDUKTION

Vorteile einer solchen Anleitung:

- könnte in allen Pflegeeinrichtungen unabhängig vom Pflegemodell angeboten werden,
- hat Chancen auf Offenheit und Aufnahmebereitschaft, da sie unterstützend wirkt,
- würde beim Pflegepersonal präventiv wirken und dadurch auch auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner positiv Einfluss nehmen,
- die Anleitung könnte in kürzerer Zeit erfolgen und Teile/Inhalte sofort nach jedem Seminar zu wirken beginnen (nützlich fürs Personal und in Folge für die Bewohnerinnen und Bewohner),
- wäre wesentlich kostengünstiger als die Einführung eines neuen Pflegemodells,

- könnte jederzeit mit aktuellen Themen ergänzt und im Rahmen der Fortbildung weitergeführt werden,
- würde Möglichkeit für Evaluierungen bieten,
- wenn erwünscht und sinnvoll könnte mit der Zeit auf Grund der Erfahrungen ein Pflegemodell daraus entwickelt werden.

Skizze der Inhaltlichen Ausrichtung

Die zugrunde liegende Theorie ist das Strukturmodell der Existenzanalyse, die Grundmotivationen (Längle 2008).

Mensch: jedes Individuum ist ein dreidimensionales Wesen, wobei diese drei Dimensionen (Körper, Geist, Seele) eine Einheit bilden, miteinander in Beziehung stehen und aufeinander wirken (Ganzheit des Menschen). Der Mensch ist auch eingebunden in die Welt und ihre Bedingungen und Wechselwirkungen (Dynamik). Die Welt fragt ihn an und er antwortet auf seine Weise. (Frankl 1986, 73)

Gesundheit und Krankheit: Im Sinne der WHO: „Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen." (Verfassung der Weltgesundheitsorganisation 1946)

Im Sinne der Grundmotivationen: Wenn der Mensch Bedingungen vorfindet, die ihm das Dasein, das Leben-mögen, das Selbstsein und das Verwirklichen von Sinn und Werten im Leben ermöglichen, dann kann er ein wertfühlendes, selbstgestaltetes und menschenwürdiges Leben führen. (Längle 2011, 33)

Umgebung: Durch die Umgebung (Welt) wird die Person immer wieder angefragt und bezieht sich auf diese Anfragen, indem sie antwortet bzw. mit ihrer Umgebung im Dialog steht.

Pflege: Die existenzanalytische Pflegeanleitung bedeutet, dass die in der Pflege tätigen Personen sowie auch die BewohnerInnen Bedingungen vorfinden, die es ihnen ermöglichen, ein wertfühlendes, mit innerer Zustimmung gestaltetes und menschenwürdiges Leben zu führen.

Vermittlung: Eine solche existenzanalytische Hinführung zur Pflege (auch im Sinne von „Selbstpflege") soll als Basis in Grundzügen die Theorie der Existenzanalyse vermitteln.

Genauso wesentlich, wenn nicht noch wichtiger, ist, all das, was theoretisches Wissen ist, durch bewusstes Wahrnehmen, Spüren und Fühlen in unsere Erfahrungen zu integrieren. Aus diesem Grund ist auch im Rahmen dieser Fortbildung die Selbsterfahrung notwendig.

„Die Erfahrung in der Supervision zeigte, daß die existentiellen Themen mit den Patienten dann gut bearbeitet werden konnten, wenn der Bezug der Themen zum eigenen Leben des Therapeuten geklärt war." (Längle 1996, 2)

Diese Überlegungen sind auch auf das Pflegepersonal übertragbar. Je mehr es sich mit der eigenen Person auseinandersetzt und in guter Beziehung zum eigenen Leben steht, umso mehr kann es im Umgang mit den BewohnerInnen unterstützend wirken.

„In der existenzanalytischen Selbsterfahrung ist die Bewußtmachung bzw. die bewußte Reflexion nicht Ziel, sondern Mittel. Entscheidend für die existentielle Selbsterfahrung ist der Grad der Einwilligung und des Einverständnisses, mit dem wir leben. Es geht also um die Klarheit einer Haltung, die wir im Umgang mit uns selbst und mit der Welt einnehmen" (ebd. 15)

STRUKTUR DER ANLEITUNG ZU EXISTENZANALYTISCHER PFLEGE

Einführungsmodul und Grundmodule haben den Blick auf das Pflegepersonal (vgl. Abb. 1)

Einführungsmodul: 2 Unterrichtseinheiten (UE): Blick auf das Pflegepersonal, Theorie betreffend Entwicklung und Grundlagen der Existenzanalyse, Überblick über die Module, Rückfragen, Rückmeldungen, Anliegen der Gruppe

Die Grundmodule beinhalten sowohl einen theoretischen Teil, wie auch die Selbsterfahrung zu den Themen der Grundmotivationen.

1. Grundmodul: *1. GM Dasein können* (5UE): Raum, Halt, Schutz

Inhalt: Physischer, geistiger, psychischer Raum, sind diese Räume gut für mich, mein Körper, Arbeitsbedingungen, Erholungsphasen, Erholungsräume, Dienstbesprechungen, Gefühle, die gut tun, Gefühle, die belasten …

Halt durch den Körper, Fähigkeiten, Überbelastungen, Selbstsicherheit, kognitive Fähigkeiten (besonders mein Fachwissen), Wahrnehmung, Vorgesetzte, Familie, Weltanschauung, Idealismus …

Angenommen sein, sich sicher fühlen, Anerkennung erleben am Arbeitsplatz, im Privatleben, Unsicherheiten, Ängste …

2. Grundmodul: *2. GM Das Leben mögen* (5UE): Beziehungen, Zeit, Nähe

Inhalt: Aus Beziehungen Kraft schöpfen, Grundeinstellung zum Leben, Einstellung zu sich, zum Umfeld, zu ArbeitskollegInnen, zur Pflegeleitung, zur Heimleitung, zu den BewohnerInnen …

Zeit für mich, für andere, Zeit für Erholung, Auszeiten, Zeit zum Genießen, Arbeitszeit gestalten, Lebenszeit, die vergangen ist und die noch bevorsteht, Zeit für Beziehung, Zeit nehmen für Gefühle …

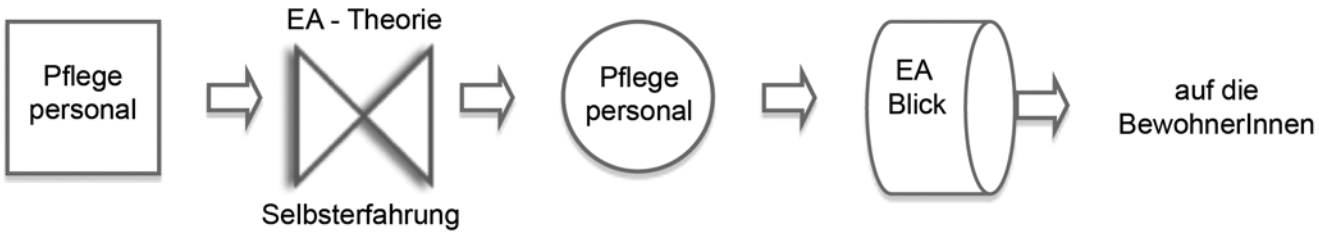


Abb. 1: Anleitungsstruktur

Nähe erleben, genießen, aushalten, Nähe zu viel, zu wenig, sich gut abgrenzen können, Vorgesetzten, BewohnerInnen, Angehörigen, KollegInnen gegenüber, Rückzugsmöglichkeiten …

3. Grundmodul: *3. GM Selbstsein dürfen* (5UE): Beachtung, Gerechtigkeit, Wertschätzung

Inhalt: Ansehen bei anderen und bei mir, gesehen, beachtet und geachtet werden als Person, als MitarbeiterIn, als Fachkraft, Beachtung auch der eigenen Bedürfnisse – Möglichkeit, sich treu zu bleiben …

Recht und Unrecht, Präzisierung der Selbstwahrnehmung, Ungerechtigkeiten im Arbeitsbereich wahrnehmen, bei Bedarf sich für sich selbst und andere einsetzen, Stellung beziehen …

Beurteilung des eigenen Verhaltens, Festigung des Selbstbildes, natürliche Autorität, Wertschätzung der eigenen Person, Wertschätzung von außen im Arbeitsfeld, durch MitarbeiterInnen, die Stationsleitung, Pflegedienstleitung, Heimleitung, aber auch im privaten Bereich …

4. Grundmodul: *4. GM Sinn im Leben* (5UE): Sinn, Tätigkeitsfelder, Zukunft/Wert

Inhalt: Meine Tätigkeitsfelder, Verantwortung, Einstellungs- und Erlebniswerte, schöpferische Werte, meine Verantwortung, Sinn im Leben, im Beruf, das Positive, auch wenn es nur Kleinigkeiten sind, wahrnehmen, Einstellungen weiterentwickeln …

Meine Vernetzungen, das Sinnvolle in meiner Arbeit auch im Zusammenhang mit anderen, mit Familie, eingebunden in die Natur, Änderungswünsche in der jetzigen Situation …

Sich ausrichten, Sinn, der Blick nach vorne, Ziele, Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen, Werte im Beruf und in privaten Bereichen, Ziele, Ideale, die noch offen sind, etwas Bleibendes schaffen, Transzendenz …

In allen Anleitungsmodulen sind weiters die Themen Phänomenologie, Achtsamkeit, Motivation, Konfliktmanagement und vor allem die existenzanalytische Grundhaltung der Wertschätzung als durchgehende Themen vorgesehen.

Aufbauende Module haben ebenfalls die Grundmotivationen zum Inhalt und richten, bereichert durch die bereits erarbeitete Theorie und Selbsterfahrung des Pflegepersonals, den *Blick auf die BewohnerInnen.* Die aufbauenden Module beinhalten sowohl Theorie, wie Themen- und Fallsupervision aus dem pflegerischen Alltag.

Erfahrungswerte

In den letzten Jahren hielt ich immer wieder Vorträge und Seminare im Pflegeheim Wilhelmsburg, in erster Linie im Sinne der Prävention. Diese standen z. B. unter den Themen:

„Psychisch gesund bleiben – wie geht das?"

„Wenn alles zu viel wird – und dann?"

„Lass die Arbeit Arbeit sein! – So kann ich mich abgrenzen!"

„Persönliche Angriffe (Mobbing) – Wie soll ich damit umgehen, was kann ich tun?"

Mitte 2014 startete ich die ersten aufeinander aufbauenden Seminare mit dem Titel: *„Ich pflege, und wer pflegt mich?"* Auf Grund der Selbsterfahrung begrenzte ich die Teilnehmerzahl auf sechs Personen. Die Kleingruppe schafft Nähe, sie bietet genügend Raum und Möglichkeit sich in der Gruppe einbringen zu können und ermöglicht Öffnung.

Schon in den ersten Seminaren zeigte sich, dass es den Teilnehmerinnen gut tat, wenn es einmal (vorerst) in dieser Fortbildung nicht um die BewohnerInnen und ihre Probleme ging, sondern um sie selbst (sie werden gesehen in ihrer Situation).

Durch einen kurzen Film über den Pflegealltag wurde aufgezeigt, was sie alles leisten, leisten müssen und dass das alles Schwerstarbeit ist. Einerseits wurde den Teilnehmern dadurch bewusst, warum sie am Ende eines Arbeitstags ausgelaugt/erschöpft sind. Auf der anderen Seite erlebten sie durch die Rückmeldungen, dass all das gesehen und ihre Arbeit wertgeschätzt wird. *„Wertschätzende Ereignisse lösen Stolz und weitere positive Emotionen aus."* (Hinding, Kastner 2013, 31)

Auch das bewusste Aufzeigen der vielfältigen Erwartungen, die an sie gestellt werden, erlebten sie als entlastend (Anerkennung, Wertschätzung, Beachtung).

Die Gruppenmitglieder konnten sich in diesem Rahmen gut öffnen, so dass die Selbsterfahrung immer wieder als positiv erlebt und als bereichernd rückgemeldet wurde.

Am Ende der Seminare wurde von allen TeilnehmerInnen der Wunsch geäußert, möglichst bald weitere Module besuchen zu können.

Von der Heimleitung bekam ich die Rückmeldung, dass von allen gesundheitsfördernden Veranstaltungen diese am besten angenommen werden.

ABSCHLIESSENDE GEDANKEN

Die Existenzanalyse könnte mit Sicherheit viel dazu beitragen, dass die im Pflegebereich tätigen Personen auf Grund des eigenen Wissens, des eigenen Erlebens und Erfahrens dazu motiviert werden könnten, bewusster und viel intensiver darauf zu achten, dass jede und jeder Bedingungen vorfinden kann, die ein erfülltes, gesundes und sinnvolles Leben ermöglichen. Darüber hinaus könnte das Pflegepersonal auf Grund der eigenen Erfahrungen dazu motiviert werden, bei den Bewohnerinnen und Bewohnern auf die Grundbedingungen ihrer Existenz zu achten und ihnen ein wertfühlendes, menschenwürdiges und sinnvolles Leben zu ermöglichen.

Es wäre sehr schade, wenn die Schätze der Existenzanalyse in diesen immer wichtiger werdenden Bereich des Lebens nicht einfließen würden.

Zum Schluss soll darauf hingewiesen werden, dass die oben angeführten Gedanken nur den Ausgangspunkt einer möglichen existenzanalytischen Pflegeinduktion darstellen. Diese müssten durch Erfahrung ergänzt, weiter ausgearbeitet und anschließend auch evaluiert werden.

Literatur:

Bosmans P (1983) Ja zum Leben. Freiburg: Herder
Frankl V.E (1986) Die Psychotherapie in der Praxis. München: Piper
Herkunftswörterbuch Online (2014) http://de.wiktionary.org/wiki/Induktion
Hinding B, Kastner M (Hrsg) (2013) Produzentenstolz durch Wertschätzung. Lengerich: Pabst Science Publisher

Juchli L (1991) Krankenpflege, Praxis und Theorie der Gesundheitsförderung. Stuttgart: Georg Thieme
Längle A (1996) Kritik, Bedeutung und Stellenwert der Selbsterfahrung in Logotherapie und Existenzanalyse, in: Psychotherapie Forum 4
Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas) S 29–180
Längle A (2011) Erfüllte Existenz. Wien: Facultas
Online Presse, (17.03.2009 10:00) www.diepresse.com
Statistik Austria (2013) http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/027309.html
Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (1946) http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf

Anschrift des Verfassers:
Dipl.Päd. László Kovács, BEd
3150 Wilhelmsburg
laszlo.kovacs@aon.at
www.heuteleben.at

IMPRESSUM

EXISTENZANALYSE – Internationale Fachzeitschrift für existenzanalytische Psychotherapie, Beratung, Coaching, Supervision, Pädagogik.
EXISTENZANALYSE ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.)
ISSN: 1024-7033
ISSN: 2409-7306 (Online-Version)

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:
Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.) www.existenzanalyse.org

Redaktion:
Chefredaktion: Dr. Silvia Längle, *Stellvertretung:* Dr. Astrid Görtz,
Themenheft: Dr. Barbara Gawel; Mag. Christine Koch, Mag. Karin Steinert, Christine Wicki-Distelkamp; Ian Lindner
Kongressbericht: Mag. Markus Angermayr, Franziska Linder, Mag. Susanne Pointner, Mag. Stephanie Häfele-Hausmann; Ian Lindner

Redaktionsadresse:
GLE-International
Eduard Sueß Gasse 10
1150 Wien/Österreich
Tel./Fax: 0043/1/9859566
redaktion@existenzanalyse.net

Layout & Satz: Ruth Veres
Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

Erscheinungsweise und Preise:
Jährlich 2 Hefte (je Heft ca. 70–140 Seiten)
Jahresabonnements: € 30,–; Online-Version € 25,–
Einzelpreis: Frühjahrsausgabe (Einzelheft) € 15,–; Online-Version € 12,50;
Herbstausgabe (Doppelheft Kongressbericht) € 20,–; Online-Version € 17,50
Alle Preise inkl. Versand Europa.
Die Umrechnung der Preise in Schweizer Franken erfolgt tagesaktuell.
Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.

Bezugsbedingungen:
Die Zeitschrift erscheint halbjährlich, im Juli u. Dezember.
Das Abonnement verlängert sich automatisch, sofern es nicht bis 30. November des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wurde.

Abonnement: GLE-International, Eduard Sueß Gasse 10, 1150 Wien
subscription@existenzanalyse.net
www.existenzanalyse.net

Bankverbindung lautend auf GLE-Int.:
Österreich: Erste Bank – BIC:GIBAATWW; IBAN: AT932011100004033884
Deutschland: Evangelische Kreditgenossenschaft eG – BIC: GENODEF1EK1; IBAN: DE15 5206 0410 0005 1858 40
Schweiz: Credit Suisse – BIC: CRESCHZZ63A; IBAN: CH16 0483 5020 3054 1055 6
Andere Länder: Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung oder mittels DC, VISA, EC/MC

Namentlich gekennzeichnete Beiträge erscheinen in Verantwortung der Autoren und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion dar.

© GLE-International/Wien

OFFENLEGUNG NACH § 25 MEDIENGESETZ
Medieninhaber ist zur Gänze die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International, Eduard Sueß Gasse 10, A-1150 Wien. Die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse ist ein gemeinnütziger Verein im Sinne der Bundesabgabenordnung.
Dem Vorstand gehören folgende Personen an:
Präsident: Univ. Prof. DDr. Alfried Längle. Vize-Präsident: Dr. Christoph Kolbe. Schriftführerin: lic.phil. Brigitte Heitger. Stellvertretende Schriftführerin: Dr. Silvia Längle.
Kassier: Dr. Christian Probst. Stellvertr. Kassiererin: Mag. Renate Bukovski, MSc
Grundlegende Richtung: EXISTENZANALYSE ist das wissenschaftliche Organ des Vereins und dient der Veröffentlichung von Forschungen, Grundsatzarbeiten, Kongressinhalten, Diskussionen, fachlichen Briefen („letter to the editor") u.ä. mit dem Ziel, die Inhalte der Existenzanalyse und Logotherapie weiterzuentwickeln und die Anwendungsmöglichkeiten und ihre Bereiche aufzuzeigen und zu reflektieren.

BESONDERHEITEN LOGOTHERAPEUTISCHER BEGLEITUNG UND EXISTENZANALYTISCHER BERATUNG VON BEWOHNERINNEN IM ALTENHEIM[1]

Silvia Teuwsen

Dieser Artikel beschäftigt sich mit Chancen und Grenzen von existenzanalytischer Beratung und logotherapeutischer Begleitung von alten Menschen. Er beleuchtet die Fragen, in wie weit existenzanalytische Beratung im Alter eine geeignete Hilfe oder (noch) sinnvoll ist.

SCHLÜSSELWÖRTER: Alter, Auswirkung des Alters, Grundmotivationen, Altenheim

SPECIAL CHARACTERISTICS OF LOGO THERAPEUTIC COUNSELING AND EXISTENTIAL ANALYTIC CONSULTING OF RESIDENTS IN RETIREMENT HOMES[1]

This article deals with the opportunities and limitations of existential analytic consulting and logo therapeutic counseling of elderly people. It illuminates the question, to what extent existential analytic consulting in old age is appropriate support or (still) serves any purpose.

KEYWORDS: old age, impact of old age, fundamental motivations, retirement home

DAS ALTER – WAS IST DAS?

Um einen Eindruck zu vermitteln, wie die Lebenssituation älterer und alter Menschen aussieht, gebe ich einen kurzen Zahlenüberblick: 60- bis 80-Jährige machten im Jahr 2009 20,8% der Bevölkerung in Deutschland aus, der Prozentsatz der über 80-Jährigen lag bei 5,1%. Da die Lebenserwartung wächst, verschiebt sich die Altersstruktur ständig zugunsten der älteren Menschen. Bereits heute leben in Deutschland mehr 65-Jährige oder ältere Menschen als 15-Jährige und jüngere. Im Jahr 2013 lag der Anteil der über 65-Jährigen in Deutschland bei 21,1%, in Österreich bei 18,4% und in der Schweiz bei 17,7% (Statistisches Bundesamt 2014a; 2014b).

Diese Zahlen sagen jedoch nichts über die Lebenssituation des einzelnen Menschen. Das Alter ist unterschiedlich wahrzunehmen, so unterscheidet man drei Kategorien: 1. Das kalendarische Alter, also das Alter nach Lebensjahren. 2. Das biologische- oder Leistungsalter, welches individuell sehr unterschiedlich sein kann. 3. Das soziale Alter, das den Normierungen der Gesellschaft unterliegt (vgl. Garstenauer 2001, 6).

Maier weist darauf hin, dass sich die heutigen Menschen sehr ausdifferenzieren und die Bezeichnung „Alter“ allein nichts aussagt. Es gibt 70-jährige Studentinnen, 35-jährige Großmütter und 40-jährige Mütter, die zum ersten Mal in den Beruf einsteigen (Maier 1997, 137). Unter den Menschen in der „Lebensphase Alter“, in der Regel nach der Berufsaufgabe, gibt es eine große Bandbreite an Persönlichkeiten, Erfahrungen, Lebenssituationen, sodass sie kaum als Gruppe wahrgenommen werden können. Buske schreibt dazu: „Sicher ist, dass soziologische und durch Ausbildung, Beruf und Interessenlage bedingte Lebensbezüge, dass die recht unterschiedlichen biologischen und psychologischen Ausgangssituationen und hier vor allem Antrieb und Intellekt, dass die jeweilige biographische Entwicklung im Hinblick auf Familienbezüge, Berufserfolge und wirtschaftliche Lage sowie der jeweilige Gesundheitszustand für den alternden Menschen bestimmender sind als das nach Jahren gemessene Lebensalter.“ (Buske 1983, 289)

Wie sehr das Alter keine objektive Größe ist, sieht man auch daran, dass es an die jeweilige Kultur gebunden ist. Nach der WHO gilt in Europa als älter, wer über 65, als alt, wer über 75, als sehr alt, wer über 85 Jahre ist. In Afrika gilt bereits als älter, wer über 50 Jahre alt ist.

AUSWIRKUNGEN DES ALTERS AUF WOHLBEFINDEN UND GESUNDHEIT

Das Alter bringt zahlreiche Einschränkungen mit sich, die sich auch auf eine Beratung auswirken können. Zum Beispiel das häufig zu beobachtende Gedankenkreisen um die Gesundheit bei alten Menschen. Sie fühlen sich eingeschränkt, Lebenslust und Wohlbefinden nehmen ab. So beschrieben im Handbuch für Seelsorge in der Altenpflege: „Nach einem selbstbestimmten Lebensverlauf stellt die Konfrontation mit Krankheit, körperlichen Einschränkungen, Unselbstständigkeit und reduzierter Selbstbestimmung eine der größten Herausforderungen an den älteren Menschen dar.“ (Riedel 2006, 430)

THEMEN DES ALTERS

„Je älter man wird, desto mehr braucht man einen Weißt-du-noch-Freund.“ (Tilla Durieux)

Zu den speziellen Themen des Alters gehören Alleinsein und die Auseinandersetzung mit dem Tod. Das Besondere am Alleinsein im Alter ist, dass Ehepartner, Freunde und Altersgenossen sterben. Gerade in der Auseinandersetzung mit dem Tod bietet die Logotherapie Hilfestellungen. Frankl

[1] Grundlage dieses Beitrags ist die EA-Abschlussarbeit von Silvia Teuwsen: Praxisfeld Altenheim.
Basis of the contribution is Silvia Teuwsens Existential Analysis thesis: Field of practice retirement home.

räumt der Frage nach dem Sinn des Todes viel Platz ein und betont, dass oft der Vorwurf erhoben würde, die Tatsache des Todes würde das Leben sinnlos machen. Er bringt jedoch eine andere Sichtweise ein: „Kann nun der Tod der Sinnhaftigkeit des Lebens wirklich Abbruch tun? Im Gegenteil […] So aber, angesichts des Todes als unübersteigbarer Grenze unserer Zukunft und Begrenzung unserer Möglichkeiten, stehen wir unter dem Zwang, unsere Lebenszeit auszunützen und die einmaligen Gelegenheiten – deren >endliche< Summe das ganze Leben dann darstellt – nicht ungenützt vorübergehen zu lassen." (Frankl 1952, 49f) Angesichts des Todes stellen viele Menschen die Sinnfrage und sind damit außerordentlich offen für den logotherapeutischen Ansatz.

Schöpferische, Erlebnis- und Einstellungswerte kommen noch einmal ganz genau in den Blick, wenn Menschen sich fragen, was sie im Hinblick auf eine vielleicht nur noch kurze Lebensspanne mit ihrer Zeit anfangen wollen. Ein wichtiges Thema des Alters ist außerdem die Rückschau: Was ist gelungen, was misslungen? Dabei treten die wichtigen Stunden, die ereignisreichen Jahre in den Vordergrund, gleichmäßig verbrachte Tage verblassen. Erinnerungen vermitteln dabei häufig ein falsches Bild des tatsächlichen, objektiven Zeitablaufs. Wichtige Erlebnisse der Kindheit überlagern oftmals viele Jahrzehnte des späteren Lebens (vgl. Buske 1983, 289–307). Im logotherapeutischen Verständnis kann es so interpretiert werden, dass sich gerade im Alter das Wesentliche zeigt. Scheinbar Objektives, naturwissenschaftlich Nachweisbares tritt hinter dem zurück, was dem jeweiligen Menschen eigen ist. In der Rückschau und Bewertung seines Lebens wird der Mensch wesentlich.

IST PSYCHOTHERAPIE IM ALTER NOCH SINNVOLL?

„Das Alter ist für mich kein Kerker, sondern ein Balkon, von dem man zugleich weiter und genauer sieht." (Marie Luise Kaschnitz)

Dass Psychotherapie auch im Alter sinnvoll ist, wurde lange Zeit bestritten. Sigmund Freud hat eine Altersbegrenzung seiner KlientInnen für die Psychoanalyse von 50 Jahren festgesetzt. Auf Grund dieser Einschätzung wurden und werden alte Menschen vorwiegend psychopharmakologisch behandelt, eine Psychoanalyse wird gar nicht in Betracht gezogen (vgl. Battergay 1997, 52).

Eine merkwürdige Diskrepanz besteht darin, dass Freud eine Therapie für Menschen ab 50 Jahren ablehnte, selbst aber bis zu seinem Tod im 83. Lebensjahr seine Patienten psychoanalytisch behandelte.

In den letzten Jahren werden jedoch immer mehr Stimmen laut, dass Psychotherapie auch im Alter noch sinnvoll ist, solange die geistigen Möglichkeiten dies zulassen (vgl. Dušek-Hess 2005, 4). Einen weiteren wichtigen Aspekt zu Psychotherapie im Alter nennt Garstenauer: „Ich glaube aber, dass das Ziel einer Therapie im höheren Lebensalter ein anderes ist, als bei jüngeren Menschen. Während es hier hauptsächlich um einen persönlichkeitsverändernden Prozess geht, stehen bei alten Menschen eher Themen wie Abschiednehmen, Umgang mit irreversiblen körperlichen Beschwerden, Konfrontation mit Leid und Tod im Mittelpunkt." (Garstenauer 2001, 5)

BESONDERE CHANCEN DER EXISTENZANALYTISCHEN BERATUNG VON SENIORINNEN IM ALTENHEIM MIT BLICK AUF DIE 4. GRUNDMOTIVATION

„Die größte Kulturleistung eines Volkes sind die zufriedenen Alten." (aus Japan)

Ich möchte anknüpfen an die These von Garstenauer, dass das Ziel einer Therapie im höheren Lebensalter ein anderes ist als das bei jungen Menschen. Es ist davon auszugehen, dass sich ein alter Mensch nicht mehr grundlegend wandeln wird. Seine Eigenheiten, seine Persönlichkeit, seine eventuellen psychischen Störungen sind schon sehr lange vorhanden. Nicht nur der Mensch ist alt, sondern auch seine Krankheiten.

Pfeiffer beschreibt im Folgenden seine Arbeitsweise, die meines Erachtens genau auf die Bedürfnisse alter Menschen passt: „In meiner Haltung und Bereitschaft da zu sein, zuzuhören und mich einzubringen (vgl. Wertschätzung, Einfühlung, Echtheit), mache ich deutlich: Ich bin entschlossen, zur Ruhe beizutragen, behutsam Nähe anzubieten, dunkle Tiefen zuzulassen, einfache (machbare) Lösungen anzustreben und auf Großartigkeit zu verzichten." (Pfeiffer 2006, 353)

Dieser begrenzte Zugang, der auch in der existenzanalytischen Beratung zu finden ist, stimmt mit der Lebenssituation der alten Menschen überein. Der Anspruch, umwälzende Veränderungen vorzunehmen, würde verstören und ist unrealistisch angesichts vieler Jahre, in denen die Klienten anders gelebt haben.

Begleitung kann auch an ihre Grenzen stoßen: Manchmal ist keine Veränderung mehr möglich, weil die alten Menschen zu stark körperlich oder geistig eingeschränkt sind. Dann kann eine geeignete Maßnahme das „Aushalten" sein.

Sinnorientierte Beratung

Nach Frankl strebt der Mensch nach Sinn (vgl. Frankl 1952, 20 ff): Diesen kann er durch Erlebniswerte, Schöpferische Werte oder Einstellungswerte gewinnen. Der alte Mensch kann in seinen Erlebniswerten eingeschränkt sein, bis dahin, dass sie gar nicht mehr vorhanden sind.

In diesem Sinne äußert sich Buske: „Es gehört deshalb zu den wichtigsten Zielen der Seelsorge, dem alternden Menschen Aufgaben zu erschließen und Erfahrungshorizonte zu vermitteln, die über die Bewältigung seines eigenen Alterns hinausweisen, Aufgaben und Ziele, die außerhalb des Betroffenen liegen. Das wird jedoch bei einem sich verschlechternden Gesundheitszustand oft zunehmend schwieriger." (Buske 1983, 297) Wünschenswert wäre es, wenn die BewohnerInnen eines Heims noch in wirkliche Aufgaben eingebunden wären und nicht nur mit Gedächtnistraining und Singen unterhalten würden. Betz, im Besuchsdienst einer Pflegestation tätig, erzählt: „Wir haben es gut hier – hieß es auf meine Frage nach möglichen Erleichterungen im Alter –, weil wir noch Aufgaben haben, stundenweise Dienst an der Pforte, Aushilfe im Büro bei Postsendungen, Näharbeiten, Besuche übernehmen, einen Gast informieren – Teilhaben am Leben der Jüngeren." Die Autorin berichtet auch von denen, die zu einer solchen aktiven Teilhabe nicht mehr fähig sind und ihre Erlebniswerte auf eine andere Ebene verlagert haben: „Ich bin

überrascht, dass auch die Älteren, die zum Mittun nicht mehr in der Lage sind, vieles aufzuzählen wussten, was ihren Tag heller macht: Kinder spielen zu sehen; die Vögel zu beobachten; Menschen zu treffen, die sich Zeit nehmen für ein kurzes Gespräch; der Besuch des Arztes, der nichts beschönigt, aber doch Mut macht; das Hören vertrauter Musik; das Wiedersehen mit Angehörigen, wenn sie kommen." (Betz 1992, 21 f)

In das Vakuum, nicht mehr im vollen Umfang Handeln zu können, treten die Einstellungswerte. Frankl sagt von ihnen: „Denn wie der Mensch sich zu einem unabänderlichen Schicksal einstellt, darauf kommt es hier an." (Frankl 1952, 34) Wie er das Schicksal trage, es wie ein Kreuz auf sich nähme, sei wichtig. Das Alter – und in dessen Folge der Tod – ist so ein unabänderliches Schicksal, bei dem der Mensch die Aufgabe, aber auch die Chance hat, sich ihm zu stellen.

Schwierig wird die logotherapeutische Begleitung dort, wo die Sprachfähigkeit eingeschränkt ist. Frankl (1952, 192) nennt als geeignete Klientengruppen für Logotherapie „vornehmlich intellektuelle Menschentypen". Wenn die Sinnfrage nicht (mehr) mit Worten zu bearbeiten ist, können nur Teile logotherapeutischer Arbeit angewendet werden, wie zum Beispiel phänomenologisches Schauen.

ZUSAMMENFASSUNG

(Die Logotherapie) „... ist ein Grenzgebiet. Als Grenzgebiet ist sie ein Niemandsland. Und doch – welch ein Land der Verheißung!" (Viktor Frankl)

Die Logotherapie/existenzanalytische Begleitung trifft im Altenheim auf schwierige Bedingungen: Die konventionelle Form des Alters- und Pflegeheims in Deutschland ist oft menschenunwürdig, zumindest aber nicht mehr zeitgemäß: Starre Regeln, Bevormundung der BewohnerInnen, vorgegebener Tagesablauf widersprechen gerade der ausgeprägten Individualität alter Menschen, die im Laufe ihres Lebens ihre Persönlichkeit und Eigenheit entwickelt haben.

Im Rahmen der Möglichkeiten, sprich im Altenheim in seiner momentanen Form, sind jedoch erste Schritte möglich: Mehr Eigenverantwortlichkeit und Übernahme von Aufgaben stärken die noch aktiven BewohnerInnen. Sie erleben sich als wertgeschätzt und finden Sinn in ihren Aufgabenbereichen. Dies entspricht dem allgemeinem wissenschaftlichen Stand und insbesondere dem existenzanalytisch-logotherapeutischen Ansatz.

Eine logotherapeutische Begleitung von nicht mehr mobilen, aktiven BewohnerInnen ist eine große Chance. Mit den Ansätzen der Logotherapie – Einstellungswerte heben; den anderen Menschen wertschätzen; ihm mit der Authentizität des/der BeraterIn begegnen – kann die Lebensqualität steigern.

An die Grenzen der Logotherapie stößt man dort, wo BewohnerInnen sich nicht mehr verbal äußern können. Phänomenologisch kann dann nur noch visuell oder über die Emotion gearbeitet werden. Alle Fragen nach dem genauen wie, weshalb, warum, die im regulären logotherapeutischen Gespräch zum Ziel führen, sind nicht mehr möglich.

Frankl (1952, 193) schreibt, dass die Logotherapie und die Existenzanalyse im Grenzgebiet zwischen Medizin und Philosophie liegen würden, sie bewegten sich an der Grenze zwischen Medizin und Religion.

Auch mir erscheint die Begleitung im Altenheim als ein Wandern zwischen den Grenzen: Zwischen sprachfähigen, aktiven BewohnerInnen, die sich zum Beispiel in der Krise des Einzugs ins Heim zurechtfinden müssen bis hin zu bettlägerigen PatientInnen, die sich verbal nicht mehr äußern können. Hier gilt es die jeweiligen Möglichkeiten der Logotherapie auszuloten und auf dieser Grundlage zu arbeiten. Mit ihr können sich Türen öffnen – auf intellektueller Ebene, wo dies (noch) möglich ist oder auf intuitiv-emotionaler Ebene, wenn dies der einzige Weg zum anderen Menschen ist. Die Logotherapie eröffnet damit Räume, die sonst verborgen blieben. Damit schließe ich mich Frankl an, der seine Arbeit zwischen zwei Reichen ansiedelte: „Sie ist ein Grenzgebiet. Als Grenzgebiet ist sie ein Niemandsland. Und doch – welch ein Land der Verheißung!"

Literaturverzeichnis

Battergay R (1997) Der Einfluss des Alters in der Psychotherapie auf Patient und Therapeut. In: Wenglein E (Hg) Das dritte Lebensalter. Psychodynamik und Psychotherapie bei älteren Menschen, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 49–67

Betz D (1992) Es ist alles ganz eitel – Unterwegs mit dem Prediger Salomonis. In: Scharffenorth G (Hrsgin) Werft Eure Zuversicht nicht weg! Alterserfahrungen im Spiegel der Bibel. Freiburg im Breisgau: Evangelische Verlagsanstalt, 15–23

Buske N (1983) Altenseelsorge. In: Handbuch der Seelsorge. Berlin: Evangelische Verlagsanstalt, 289–307

Dušek-Hess E (2005) Des Lebens Rauf an uns wird niemals enden (H. Hesse)" – Erfahrungen in der Begleitung hochbetagter Menschen. Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

Frankl V (1952) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: Deuticke

Garstenauer C (2001) Psychotherapie im Alter – Möglichkeiten und Grenzen. Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse und Logotherapie.

Maier G (1997) Strukturwandel des Alters. In: Wenglein E (Hg). Das dritte Lebensalter. Psychodynamik und Psychotherapie bei älteren Menschen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 137–164

Pfeiffer M (2006) Seelsorgerliches Gespräch und andere Formen seelsorglicher Kommunikation. In: Fetzer A V.i.S.d.P. Ich will euch tragen. Handbuch für die Seelsorge in der Altenpflege. Hg. Evangelische Landeskirche in Württemberg und das Diakonische Werk der evangelischen Kirche in Württemberg, 343–354

Riedel A (2006) Krankheitsbilder und Krisen im Alter. In: Fetzer A V.i.S.d.P. Ich will euch tragen. Handbuch für die Seelsorge in der Altenpflege. Hg. Evangelische Landeskirche in Württemberg und das Diakonische Werk der evangelischen Kirche in Württemberg, 428–432

Statistisches Bundesamt (2014a) Bevölkerung, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/InfoBevoelkerung.html, 26.11.2014, 9.00 Uhr

Statistisches Bundesamt (2014b) Basistabelle, https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/LaenderRegionen/Internationales/Thema/Tabellen/Basistabelle_Bevoelkerung65.html, 26.11.2014, 9.24 Uhr

Anschrift der Verfasserin:

Silvia Teuwsen

Goldener Reif 14

D – 28259 Bremen

SPIRITUALITÄT IN DER PSYCHOTHERAPIE

Zu einer neuen österreichischen Richtlinie[1]

Michael Utsch

Viele Jahrzehnte wurden religiöse und spirituelle Themen in der Psychotherapie vermieden und ausgeblendet. Die oft mangelnde professionelle Bearbeitung der existenziellen Dimension hat in der Psychotherapie zu dem ausufernden psycho-spirituellen Lebenshilfemarkt mit zum Teil fragwürdigen und gefährlichen Angeboten beigetragen. Es boomen asiatische Bewusstseinsübungen, buddhistische Meditationstechniken sowie esoterische Praktiken. Journalisten berichten befremdet über die große Faszination des Übersinnlichen (Fischler 2013, Kurfer 2014). Mittels schamanischer Trancetechniken sollen beispielsweise in therapeutischen Sitzungen oder Seminaren Informationen aus der unsichtbaren Welt der Ahnen und Geister zugänglich sein und die Heilung erleichtern. Zum Glück enden nur wenige Behandlungsfälle so dramatisch wie die psycholytische Therapie eines Berliner Arztes, der 2009 in einer Gruppentherapie bewusstseinserweiternde Medikamente einsetzte. Aufgrund seiner Fehldosierung starben zwei Klienten nach dem Selbsterfahrungs-Seminar.

RICHTLINIE DES ÖSTERREICHISCHEN GESUNDHEITSMINISTERIUMS

Um zu vermeiden, dass unsachgemäß angewandte spirituelle Methoden Schaden anrichten, ist nun in Österreich eine Richtlinie erlassen worden, die derzeit kontrovers diskutiert wird. Im Juni 2014 hat *Österreichs Gesundheitsministerium esoterische, spirituelle und religiöse Methoden in der Psychotherapie als Verstoß gegen die Berufsethik bewertet* und sie deshalb explizit aus Behandlungen ausgeschlossen. Aufgaben und Grenzen der Psychotherapie als eines eigenständigen, wissenschaftlich überprüfbaren Heilverfahrens wurden in Österreich im Jahr 1991 durch ein Gesetz geregelt. Nach jahrzehntelangem Ringen wurden auch in Deutschland (1999) und der Schweiz (2011) Psychotherapie-Gesetze verabschiedet, die entsprechende Qualitätskriterien im Rahmen einer heilkundlichen Tätigkeit festlegten. Auffällig sind die strengeren Zugangsvoraussetzungen und die deutlich geringere Methodenvielfalt in Deutschland im Vergleich zu den beiden Nachbarländern.

Durch die gesetzlichen Regelungen in den deutschsprachigen Ländern wurde der ausufernde esoterische Psychomarkt zunächst eingedämmt, allerdings zu einem großen Teil in die Heilpraktiker-Szene verschoben. In den letzten Jahren ist jedoch ein neues Interesse an spirituellen Themen in der Psychotherapie festzustellen, was am deutlichsten an der Verbreitung von achtsamkeitsbasierten Behandlungsmethoden sichtbar wird. Obwohl ihre Wirksamkeit zum Teil auch wissenschaftlich belegt ist, wird ihre weltanschauliche Neutralität nach wie vor unterschiedlich eingeschätzt (Bohus 2012).

Die Beschwerdestelle des Wiener Landesverbandes für Psychotherapie hat in den letzten Jahren häufiger darauf hingewiesen, dass sich wissenschaftlich fundierte Psychotherapiemethoden zunehmend mit esoterischen, religiösen und spirituellen Methoden mischen würden. Patientenbeschwerden hätten deutlich zugenommen, die einen subtilen Druck durch Psychotherapeuten beklagten. Sie sollten im Rahmen einer Psychotherapie bestimmten Glaubensinhalten folgen und an entsprechenden Ritualen teilnehmen, auch wenn sie diese innerlich nicht gutheißen würden. Das berufsethische Gremium verwies darauf, dass eine solche Vermischung ein klarer ethischer Verstoß gegen den Berufskodex des Psychotherapeuten darstelle.

Die neue österreichische Richtlinie ist hilfreich, weil sie Heilsversprechungen und das aktive Einbringen esoterischer und spiritueller Rituale in eine Psychotherapie unterbinden will. Sie verweist auf den psychotherapeutischen Berufskodex, der unmissverständlich deutlich macht, dass die persönliche Weltanschauung des Behandelnden nicht aktiv und steuernd in den Behandlungsprozess einfließen darf. Wenn jedoch spirituelle oder religiöse Fragen von Patienten thematisiert werden, sei es Aufgabe der Psychotherapie, die Bedeutung dieser Fragen gemeinsam mit dem Patienten zu verstehen.

NEUE STUDIEN ZUR WIRKSAMKEIT SPIRITUELLER THERAPIEN

Die Klärung und Transparenz der therapeutischen Rolle und Haltung sind ohne Zweifel ein Dreh- und Angelpunkt bei der Bewertung spiritueller Therapien. Die sorgfältig ausgearbeitete Berufsethik des Psychotherapeuten will insbesondere die spezifische therapeutische Beziehung schützen – ein Psychotherapeut kann kein Guru sein! Nimmt man jedoch die aktuellen klinischen Studien aus den USA zur Einbeziehung spiritueller Methoden in die Psychotherapie zur Kenntnis, lässt sich die allzu einfache Unterscheidung in spirituelle und wissenschaftliche Methoden nicht aufrecht erhalten. In den USA beziehen nämlich je nach Untersuchung zwischen 30 und 90 Prozent der befragten Therapeuten spirituelle Interventionen mit ein. Obwohl seit zwei Jahrzehnten zahlreiche Studien dazu durchgeführt wurden, sind die methodischen Mängel zu groß, um differenziert Wirkungsfaktoren belegen zu können. So bemängeln die Autoren eines aktuellen Cochrane-Reviews über spirituelle Interventionen bei Patienten in der Terminalphase, dass selbst in den qualitativ hochwertigsten Studien nicht immer dokumentiert wurde, ob und in welcher Form die Klinikseelsorge in die Behandlung einbezogen wurde.

Spirituelle Interventionen können aber bei bestimmten Störungen durchaus nachweisbare Effekte erzielen. Eine me-

[1] Der Beitrag wurde erstmals publiziert in: Materialdienst der EZW 77/12 (2014), 463–465

thodisch strenge Auswertung von elf Studien kommt zu dem Schluss, dass Psychotherapie unter Einbeziehung von Religiosität bei der Behandlung von Depressionen und Angststörungen mindestens so wirksam ist wie säkulare Formen der gleichen Psychotherapie. Allerdings stehe der Nachweis noch aus, dass sie auch langfristig effektiver ist. Darüber hinaus müssten die Wirkungsbedingungen noch genauer und auf Grundlage von größeren Stichproben erforscht werden.

In einer Meta-Analyse haben amerikanische Forscher 46 durchgeführte Studien zu den Wirkungen religiös adaptierter Behandlungen und spiritueller Therapien verglichen und ausgewertet. Als klinische Fallbeispiele werden dafür eine christliche kognitive Therapie bei einer depressiven Störung, eine buddhistische Selbst-Schema-Therapie bei einer Suchterkrankung, eine christliche Vergebungstherapie und eine muslimische kognitive Therapie bei einer Angststörung dargestellt. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass religiös-spirituelle Psychotherapie nachweislich sowohl psychologische als auch spirituelle Wirkungen zeigen. Allerdings weisen sie darauf hin, dass ein einfaches Hinzufügen religiöser und spiritueller Elemente zu einer etablierten säkularen Psychotherapie keine nachweisbaren reliablen Verbesserungen zeigen würden. Die höchste Wirksamkeit religiöser und spiritueller Interventionen lässt sich bei hoch religiösen und spirituellen Patienten nachweisen (Utsch, Bonelli & Pfeifer 2014, 111ff).

Seit dem letzten Jahr gibt der amerikanische Psychologenverband (APA) die Fachzeitschrift „Spirituality in clinical practice“ heraus, die spirituell geprägte klinische Interventionen wissenschaftlich untersuchen und prüfen. Diese Befunde werden in der Richtlinie aus Österreich nicht berücksichtigt. Eine kultur- und religionssensible Psychotherapie erfordert aber die Weiterentwicklung der Berufsethik, wenn neue Fakten vorliegen.

WEITERER FORSCHUNGSBEDARF

In einigen psychotherapeutischen Richtungen wird dem Bedürfnis nach einer stärkeren Beachtung spiritueller Faktoren Rechnung getragen – etwa durch die Einbeziehung von achtsamkeitsbasierten Verfahren. Donald Meichenbaum, ein Begründer der kognitiv-behavioralen Psychotherapie, plädiert seit einigen Jahren nachdrücklich für die Einbeziehung der Spiritualität in die Psychotherapie. Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung würden ihr Erleben häufig auch spirituell verarbeiten. Deshalb müssten die Zusammenhänge zwischen Traumatisierung, Stress und Spiritualität klarer herausgearbeitet werden. Grundlegend dafür sei die genaue Erfassung der Rolle spiritueller Überzeugungen und Verhaltensweisen im Leben des Patienten.

An der Schnittstelle von Psychotherapie und Spiritualität sind noch viele Fragen ungeklärt (vgl. Utsch 2014). Es ist zu wünschen, dass bei der Weiterentwicklung der Psychotherapie die Gratwanderung zwischen dem Patientenschutz und den Möglichkeiten einer Nutzung empirisch geprüfter Ressourcen der Spiritualität – sofern beim Patienten vorhanden – in der Behandlung gelingt. Dazu sind mehr religionspsychologische Forschung und entsprechende psychotherapeutische Weiterbildungen nötig.

Literatur:

Bohus M (2012) Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie. Der Nervenarzt 83/2012, 1579ff

Fischler J (2013) New Cage: Esoterik 2.0. Wie sie die Köpfe leert und die Kassen füllt. Wien: Molden

Kurfer T (2014) Unter Gurus. Ein Trip in die Welt der Esoterik. Frankfurt: Fischer

Utsch M, Bonelli RM, Pfeifer S (2014) Psychotherapie und Spiritualität – Mit existenziellen Konflikten und Transzendenzfragen professionell umgehen. Berlin: Springer-Verlag

Utsch M (Hg.) (2014) Spirituelle Lebenshilfe. EZW-Text 229, Berlin

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. Michael Utsch, Dipl.-Psych., Psychotherapeut (DGIP)
Referent der Ev. Zentralstelle für Weltanschauungsfragen in Berlin, Honorarprofessor für Religionspsychologie an der Ev. Hochschule „Tabor“ in Marburg, Leiter des DGPPN-Referats „Religiosität und Spiritualität“.
Adresse: EZW, Auguststr. 80, 10117 Berlin
utsch@ezw-berlin.de

GESTALTTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE

Eine Antwort auf Frau Bünemann[1]

Helga Grubitzsch

In dem Symposium „Schulendialog“ kamen in Berlin verschiedene „Schulen“ der humanistischen Psychotherapie ins Gespräch, um Gleichheiten und Unterschiede im Personverständnis auszuloten. Von Frau Bünemann wurde die gestalttherapeutische Sicht vorgestellt. Im Folgenden habe ich meine damalige Antwort festgehalten.

Gestalttherapie fand ich anziehend und anregend, seitdem ich in meinem Psychologiestudium Vorlesungen zur Gestaltpsychologie gehört hatte. Die „Tendenz zur guten Gestalt“ hat mich von Anfang an überzeugt. Was ich an der Gestalttherapie besonders schätze, ist ihre Betonung des bewussten Erlebens (Bewusstheit), der *awareness* im therapeutischen Kontext. Außerdem hat sie den Umgang mit kreativen Medien in der Therapie gefördert, was mich mit meiner poesie- und bibliotherapeutischen Ausbildung sehr anspricht.

Die Gestalttherapie hat mit der Existenzanalyse/Logotherapie und anderen humanistischen Therapien einige allgemeine Berührungspunkte gemeinsam: Beide Verfahren haben die existenzielle Situation des Menschen im Blick und betrachten ihn in seinem Handeln und Erleben als Subjekt. Sie wenden die phänomenologische Methode an. Im Therapieprozess begleiten sie die Patienten mit Empathie und Verstehen und fördern die Entfaltung ihrer Potentiale und Ressourcen. Ihre Ziele unterscheiden sich nur wenig. Auf der einen Seite werden persönliches Wachstum und Entfaltung der Persönlichkeit genannt, auf der anderen Seite kommt die Bejahung des Lebens hinzu.

Gemeinsam ist beiden Ansätzen auch die Vorstellung vom Menschen als Ganzheit, als Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld. An diesem Punkt beginnen aber schon die Differenzen. Frankl bezeichnet die auch von ihm gesehene Ganzheit des Menschen als „unitas multiplex“, als mehrdimensionale Einheit, die er in Körper, Psyche und Geist differenziert. Dabei wird der Person als geistiger Dimension des Menschen die Fähigkeit zugesprochen, den Körper und die Seele zu durchdringen („per-sonare“), sich aber auch dem Psychophysikum entgegenstellen zu können.

Die Person lässt sich nicht festschreiben, sie ist eine dynamische Potentialität, die grundsätzlich da ist, aber nicht immer aktualisiert. Da könnte es eine Parallele zu der Auffassung des Selbst in der Gestalttherapie als des sich im Prozess der Interaktion immer wieder neu Erschaffenden geben. Die Person reicht in die Tiefen des Unbewussten und in das rational nicht fassbare Über-Bewusste. Als das „Freie im Menschen“ (Frankl) ist sie autonom, einmalig und einzigartig. Sie befähigt den Menschen, in jeder Situation eine Wahl zu haben und Entscheidungen zu treffen und damit über sich selbst zu bestimmen. Sie grenzt sich von anderen ab, steht aber zugleich „immer in einem Wechselverhältnis mit dem anderen (...). Personsein bedeutet, das eine sein – angesichts des anderen“ (Längle 2010, 69). Das heißt, die „Person braucht das Gegenüber, um sich zu aktualisieren“ (Kolbe 2005, 4; vgl. Kolbe 2014, 33). Sie ist dialogisch angelegt, „das in mir Sprechende“ (Längle 2010, 70). In der anthropologischen Bestimmung des Menschen als von Anfang an auf andere Bezogenem im Sinne Bubers („Der Mensch wird am Du zum Ich“, Buber 1983, 28) treffen sich Existenzanalyse und Gestalttherapie.

Zwei wesentliche personale Fähigkeiten sind nach Frankl die Selbstdistanzierung und die Selbsttranszendenz. Mit „Selbstdistanzierung“ ist die Fähigkeit gemeint, sich selbst gegenüberzutreten und von sich Abstand zu nehmen – eine wichtige Voraussetzung für die Auseinandersetzung mit sich selbst und anderen. Längle vertieft diesen Ansatz, indem er die Person als „im Ursprung dialogisch, sprechend“ (Längle 2010, 70) betrachtet. „Selbsttranszendenz“ bedeutet, von sich selbst absehen und sich auf etwas oder jemand anderen ausrichten oder sich hingeben zu können. Diese Fähigkeit begründet sich in der von Frankl hervorgehobenen anthropologischen Maxime, dass der Mensch sich im Hinblick auf Werte in der Außenwelt entwirft. In der Verwirklichung von Werten generiert er situativ Sinn für sich und gestaltet sich so im Laufe seiner Lebensgeschichte als Persönlichkeit.

Wenn ich versuche, die Ausführungen zum Selbst mit den Vorstellungen von Person in der Existenzanalyse zu vergleichen, habe ich nicht nur mit der unterschiedlichen Terminologie Schwierigkeiten. Ich kann einfach das „Freie im Menschen“ nicht in dem organismischen „System der ständig neuen Kontakte“ (Perls et al. 1979, 17) erkennen. Auch die Beziehungen zwischen Organismus und Umwelt-Feld erscheinen mir anders als personale Auseinandersetzungen und Stellungnahmen. Wenn es in der existenzanalytischen Theorie darum geht, „das Eigene zur Geltung zu bringen“ (Bünemann 2014, 84), so ist damit gemeint, dass der Mensch aus der ihm als Person eigenen Freiheit und Verantwortung heraus Stellung bezieht und handelt. Das scheint mir etwas anderes zu sein, als „Spannungen des Organismus-Umwelt-Ganzen an der Kontaktgrenze auszutarieren“ (Bünemann 2014, 84).

Wenn ich es richtig verstanden habe, geht es der Gestalttherapie im Sinne ihrer Gründer um ein Konzept der Homöostase, die durch „schöpferische Anpassung“ an immer wieder neue Situationen erreicht werden kann. Die Existenzanalyse betont hingegen die Intentionalität personaler

[1] Nachlese zum Kongress der GLE-International zum Thema „Potentiale der Person. Ressourcenorientierung in Psychotherapie, Beratung, Coaching und Pädagogik“, Berlin 2014.

Prozesse, die vom Eindruck über die Stellungnahme zum Handeln führen. Sie unterscheidet zwischen Bedürfnissen und Strebungen, zuständlichen und intentionalen Gefühlen, zwischen Reagieren und Handeln, personalem und nicht personalem Verhalten. Wo z.B. andere Menschen benutzt werden, ohne dass es zur Begegnung kommt, wo das innere Gespür für das Eigene verloren gegangen ist, wo dysfunktionale Schutzreaktionen greifen, kann die Person nicht zum Ausdruck kommen.

Vielleicht entspricht die Bewegung von der Wahrnehmung zum Kontaktvollzug einem ähnlichen Muster wie die vom Eindruck über die Stellungnahme zum Handeln, aber letztlich sehe ich darin eine flexible Anpassung an die Forderungen des Umwelt-Feldes. Ganz anders Frankl, wenn er betont: Der Mensch ist „der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten – das Leben zu ver-antworten hat" (Frankl 2007, 107). In der Antwort wie sie von Frankl gemeint ist – und nicht Anpassung – steckt immer die Freiheit, sich ver-antwort-lich für etwas entscheiden zu können, einen Wert für sich zu erkennen und sich auf ihn auszurichten. Selbstaktualisierung ist weniger im Fokus der EA als Selbsttranszendenz.

Wie beim Selbst von Goodman beobachtet, erlebt sich auch die Person bei aller Offenheit und Wandelbarkeit als identisch mit sich selbst, als Subjekt, als Ich. Sie erfährt sich als Ich im Vollzug. Hier besteht eine gewisse Übereinstimmung mit der Ich-Funktion des Selbst bei der Gestalttherapie. Bei den anderen beiden Funktionen des Selbst, der Es- und der Persönlichkeitsfunktion, habe ich keine Übereinstimmung gefunden. Persönlichkeit ist nach der EA die im Laufe des Lebens biografisch gestaltete Person, oder mit Längle ausgedrückt: „Die Persönlichkeit ist die biographisch sedimentierte Leistung der Person." (zit. nach Kolbe 2005, 9)

Als wichtigste Methode, um die Person anzusprechen, den Verstehensprozess – auch vor dem Hintergrund der Biographie – zu fördern und ein erfülltes und selbstgestaltetes Leben zu ermöglichen, dient die Personale Existenzanalyse (PEA, vgl. Längle 2000). Sie beruht auf den drei Schritten, in denen die Person sich erlebt und realisiert, als ansprechbar, verstehend und antwortend. Im therapeutischen Setting kommt am Anfang ein weiterer Schritt hinzu, die Deskription, so dass folgender Ablauf entsteht:

PEA 0: Deskription. Sie dient der Beziehungsaufnahme und erfolgt durch die sachliche Beschreibung der Fakten.

PEA 1: Phänomenologische Analyse zur Hebung des Eindrucks und der primären Emotionen.

PEA 2: Innere Stellungnahme. Sie geschieht durch das Verstehen der inneren und äußeren Situation bis hin zu einem tiefen Gefühl der Stimmigkeit. Von da aus kann die kognitive Stellungnahme erfolgen und die Mobilisierung des Willens zum Handeln.

PEA 3: Äußere Stellungnahme – Handeln. Das ist der Schritt, der nach sorgfältiger Prüfung zum Ausdruck führt, zur Antwort auf eine Situation und damit zum Existenzvollzug.

Darüber hinaus verfügt die Existenzanalyse über spezielle Methoden zur personalen Positionsfindung, zur Stärkung des Willens und zur Erfassung von Sinn. Sie verwendet Verfahren zur Förderung der Selbstbegegnung, wie meditative Übungen, Körperreisen oder phänomenologische Dialogübungen (Sesselübung). Ich setze in der Beratung auch gern kreative Medien ein, wie Schreiben, Malen, Geschichten erzählen, Imagination, Stimme und Bewegung. Der persönliche Stil des Beraters oder der Therapeutin darf in der Existenzanalyse zum Ausdruck kommen.

Ich habe den Eindruck, dass die Stärke der Gestalttherapie vor allem im Heben des unmittelbaren Erlebens und der zuständlichen Gefühle liegt. Ich frage mich allerdings, ob sie zwischen primären Emotionen und dem stimmigen, authentischen, im Gewissen verorteten Gespür unterscheidet, und weitergehend: Ob eine personale Stellungnahme, wie sie von der Existenzanalyse gemeint ist, überhaupt in das Konzept der Gestalttherapie passt.

Mir ist durchaus bewusst, dass auch die Gestalttherapie in den Kontakt- und Wachstumszyklen – vor allem in ihrer von Hartmann-Kottek (2008) vorgestellten differenzierten Form – freie und verantwortliche Entscheidungen des Menschen postuliert und stimuliert. Wo allerdings dieser Raum der geistigen Freiheit anthropologisch anzusiedeln und wie er zu beschreiben ist, ob er ständig da ist oder nur in bestimmen Phasen des Kontaktes vorausgesetzt wird, ist mir nicht deutlich geworden. Dass es Gestaltbildung gibt und dass die Gestalttherapie einen wichtigen Beitrag leistet, um sie für die Psychotherapie nutzbar zu machen, ist unbestritten. Da geht es um das Wie der Wahrnehmungs- und Kontaktvorgänge. Wie das Warum zu klären ist oder ob hier die Annahme einer geistigen Potenz im Sinne der Person weiterführend ist, macht möglicherweise eine wichtige „schulenspezifische" Differenz aus.

Literatur

Buber M (1983) Ich und Du. Stuttgart: Reclam

Bünemann D (2014) Potenziale der Person. Ressourcenorientierung in Psychotherapie, Beratung, Coaching und Pädagogik – ein kurzer Abriss aus gestalttherapeutischer Sicht. In: Existenzanalyse 31, Nr. 2/2014, 83–85

Frankl V (2007) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. München: dtv

Hartmann-Kottek L, Stümpfel U (2008) Gestalttherapie. Berlin Heidelberg: Springer

Kolbe Ch (2005) Person und Persönlichkeit. Vom Wert der Differenzierung. Unveröffentlichtes Manuskript eines Vortrags vom 29.04.2005 auf dem Kongress der GLE-International in Wien

Kolbe Ch (2014) Person und Struktur. Menschsein im Spannungsfeld von Freiheit und Gebundenheit. In: Existenzanalyse 31, Nr. 2/2014, 32–40

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

Längle A (2010) Lernskriptum zur Existenzanalyse (Logotherapie): Dritte Grundmotivation. Wien: GLE

Perls F S, Hefferline R F, Goodman P (1979) Gestalt-Therapie – Lebens- und Persönlichkeitsentfaltung. Stuttgart: Klett-Cotta

Anschrift der Verfasserin:

Prof. Dr. Helga Grubitzsch

Delbrückstr. 4

28209 Bremen

www.kaleidoskop-kreativ.de

GAWEL BARBARA
Thomas und die nasse Hose
2014, CreateSpace Independent Publishing Platform, 138 Seiten
ISBN 9781502417787
Das Buch ist als Taschenbuch und als Kindle Edition erhältlich.

„Kaum ein Thema ist immer noch so tabuisiert wie Einnässen" (S. 137), schreibt die Autorin, die selbst Kindertherapeutin und Existenzanalytikerin ist. Und weiter: „In der deutschen Sprache gibt es keine Bezeichnung, die für die Entleerung der Blase besonders salonfähig wäre. Es gibt nur eine Reihe von Verniedlichungen, medizinische Vokabeln, umgangssprachliche und abwertende Bezeichnungen." (S. 137) Mit ihrem Buch möchte Barbara Gawel eine Möglichkeit schaffen, um aus dieser Sprachlosigkeit herauszufinden. Und das gelingt ihr auf einfühlsame und gleichzeitig spannende Weise.

Es geht um Thomas, der sieben Jahre alt ist und schon fast alle Buchstaben schreiben kann – nur das mit dem Klo gehen funktioniert noch nicht so ganz. Manchmal kommt sein Lulu so schnell, dass er es gar nicht mehr aufhalten kann. Dann schimpft seine Mama, weil sie wieder alles waschen muss.

Aus der Sicht des Buben wird beschrieben, wie schwierig die Situation für ihn ist. Er schämt sich dafür, dass sein Bett in der Früh oft nass ist. Und auch in der Schule bleiben seine Hosen nicht immer trocken. Die Eltern von Thomas erkennen, dass sie mit der Situation nicht mehr alleine zurechtkommen und vereinbaren einen Termin beim Kinderarzt. Dieser stellt fest, dass Thomas körperlich ganz gesund ist und empfiehlt einen Termin bei einer Kinderpsychotherapeutin. Trotz seiner Angst vor dieser neuen Situation, findet Thomas schnell Vertrauen zu Agnes, seiner Kindertherapeutin. Bald erzählt er auch seinem besten Freund von den Besuchen bei seiner Therapeutin – ein erster Schritt, um aus dem Tabu herauszukommen.

Mit der Zeit traut sich Thomas genauer auf seinen Körper zu achten. Er wird zum „Lulu-Entdecker". Das ist nicht nur spannend für ihn, sondern auch für die Leserinnen, die ihn auf seinem mutigen Weg begleiten. Thomas erforscht den Zusammenhang zwischen seinem Trinken und seinem Bedürfnis aufs Klo zu gehen, er achtet aber auch auf das Lulu bei Kaninchen und untersucht, wie so ein Klo überhaupt funktioniert. Als er erfährt, dass sein Lulu zu etwas nutze ist und es Bakterien gibt, die es sogar gerne fressen, macht es ihm nach einiger Zeit richtig Spaß, aufs Klo zu gehen. Nach ungefähr einem dreiviertel Jahr endet die Therapie erfolgreich mit einem Abschiedsfest, bei dem Thomas gemeinsam mit Agnes sein selbst komponiertes Lulu-Lied singt.

Thomas ist ein „ganz normales" Kind, geht in die Schule, hat Freunde, hat Eltern, die sich um ihn sorgen. Das ist eine der Stärken des Buches, dass Einnässen nicht nur als eine Randerscheinung in schwierigen Familien (Gewalt, Scheidung etc.) dargestellt wird, sondern innerhalb eines ganz durchschnittlichen Familiensystems.

Das Buch ist kein Fachbuch, das erklärt, wie existenzanalytische Kindertherapie in so einem Fall vorgeht, aber durch die Augen von Thomas bekommt man einen interessanten Einblick in die therapeutische Arbeit. Das Buch lädt ein zum gemeinsamen Lesen und Hinschauen, damit Sprache gefunden werden kann für etwas, über das allzu oft schamvoll geschwiegen wird.

Karin Steinert

PUBLIKATIONSHINWEIS

Existenzanalytische Psychotherapie aus Sicht von KlientInnen: Eine qualitative Studie

Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Universität Wien

MADELEINE PROCHASKA

Die Perspektive von Klienten findet in der Psychotherapieforschung immer noch wenig Berücksichtigung und ein Paradigmenwechsel, nach welchem Klienten als proaktive Handelnde und als Hauptquelle des Veränderungsprozesses angesehen werden, hält nur langsam Einzug (Bohart & Greaves Wade, 2013; Bohart & Tallman, 1999).

In der vorliegenden Studie wurden 14 Klienten existenzanalytischer Psychotherapie in problemzentrierten Interviews (Witzel, 2009) nach ihrer Entscheidung zur Therapeutenwahl, ihrer Einschätzung der therapeutischen Beziehung und ihrem Erleben von positiven und negativen Veränderungen durch die Psychotherapie, sowie nach therapieexternen Veränderungsfaktoren, der Beschreibung und Bewertung des Veränderungsprozesses und ihrer Globalbewertung der Therapie befragt. Die Auswertung erfolgte mittels strukturierender Inhaltsanalyse (Mayring, 2008).

In Bezug auf die Therapeutenwahl zeigt sich, dass das Kriterium der Empfehlung stärkeres Gewicht hat als das Vorwissen der Klienten über Existenzanalyse. Die Ergebnisse zur therapeutischen Beziehung und therapeutischen Veränderungen stellen ein positives Indiz in Hinblick auf die psychotherapeutische Qualitätssicherung dar: Die Klienten beschreiben vielfältige positive Eigenschaften und Fähigkeiten ihrer Therapeuten in Bezug auf Expertise, Gesprächstechnik und Umgang mit dem Klienten, wobei vor allem Werte humanistischer Psychotherapie (z.B. Empathie, Akzeptanz) betont werden, die ihrem Wirken nach den existenziellen Grundmotivationen (Längle, 2008) zugeordnet wurden. Zahlreiche Indikatoren für die Veränderung der therapeutischen Beziehung über die Zeit werden genannt, wobei eine sofortige Verbindung und Sympathie zum Therapeuten sowie wachsendes Vertrauen charakteristisch sind. Die Klienten führen 201 positive Veränderungen auf die Therapie zurück, die sechs interagierenden Veränderungsbereichen zugeordnet wurden: Emotionale Veränderungen, Einsichten, Veränderungen in sozialen Beziehungen, symptomatische Veränderungen, Empowerment und Skills. Alle Klienten beschreiben Veränderungen im Bereich Skills, was ein Indiz für einen spezifischen Schwerpunkt der Existenzanalyse darstellt.

Zahlreiche externe Veränderungsfaktoren (z.B. Antidepressiva, soziale Unterstützung, Lebensereignisse), die mit

der Therapie interagieren, wurden genannt und sollten in der Ergebnisforschung zugunsten einer validen Ergebnisinterpretation auch zukünftig Berücksichtigung finden. Der Veränderungsprozess wird meist als schrittweise und langsam von den Klienten beschrieben, die positiven Veränderungen werden vom Großteil der Klienten als nachhaltig erlebt. Als hilfreich im Prozess werden neben der therapeutischen Beziehung systematische Gespräche, die zu Selbstreflexion führen, spezifische Übungen und die Transformation des in der Therapie Gelernten in den Alltag empfunden. Veränderungen werden Klienten in der Therapie selbst, durch Außenstehende und durch eigene Gefühle bewusst. Gründe für Nicht-Änderung in einem gewünschten Bereich werden vor allem in der therapeutischen Beziehung, im Klienten selbst, in Bezug auf das Therapieziel und Rahmenbedingungen der Therapie (z.B. Frequenz der Therapiestunden) genannt.

Die Globalbewertungen der Psychotherapie fallen insgesamt sehr positiv aus. Negative Therapiebeziehungserfahrungen und Auswirkungen der Therapie werden jedoch vereinzelt beschrieben und die Klienten selbst nennen Aspekte des Qualitätsmonitoring als ideale Eigenschaft eines Therapeuten. Daher sollten Feedbackinstrumente zum prozessualen Qualitätsmonitoring der therapeutischen Beziehung und der Therapieergebnisse standardmäßig in der Praxis und in weiterführenden Forschungsarbeiten Anwendung finden.

ABSCHLUSSARBEITEN

Die Phänomenologische Forschung

Phänomenologische Analyse eines Klienteninterviews

Lotte Gengler

Phänomenologie als Methode angewandt bedarf wesentlich der Haltung der Therapeutin. Offen, unvoreingenommen, respektvoll und wertschätzend sich gegenüber dem, was sich zeigt, zu öffnen und die Bereitschaft zu haben, diese Fähigkeiten zu üben.

Im qualitativen Forschungsprozess kommt es darauf an, immer wieder die eigenen Vorannahmen und Voreinstellungen zurückzustellen, diese wahrzunehmen und in der Gruppe kritisch zu hinterfragen.

Die hier angewandte, phänomenologische Forschungsmethode basiert auf der Abfolge von acht Schritten: Deskription mit Epoché, Beschreibung der Ausdrucksweise, Heben des Eindrucks, phänomenologische Wahrnehmung (zweite Epoché) , Wesensschau / Eidetische Reduktion, kritische Überprüfung, Integration, Grundlage für weiteres Handeln (vgl. Silvia Längle 2012/13).

In der vorliegenden Arbeit wurde die phänomenologische Forschungsmethode in einer Fallstudie auf ein Interview mit einem Suchtklienten angewandt. Das Interview wurde am Anfang des stationären Aufenthaltes geführt. Ein Interview des selben Klienten am Ende des stationären Aufenthaltes war Thema einer anderen Abschlussarbeit. In der hier vorliegenden Arbeit erfolgt weiters eine Zusammenschau der Ergebnisse aus beiden Interviews.

Die Zusammenführung des Ergebnisses mit der Theorie der Existenzanalyse (Personale Existenzanalyse, vier Grundmotivationen) und die kritische Reflexion der Forschung in der Gruppe waren Ziel und Aufgabe der Forschungsaufgabe.

Schlüsselwörter: Phänomenologie, Phänomenologische Forschung, Qualitative Forschung, Grundmotivationen, Existenzanalyse, Sucht, Person

---

Die Bedeutung von „Wahrnehmen“ und „Wahrgenommen-Werden“ in der Therapie der Depression

Am Beispiel einer musiktherapeutisch-existenzanalytischen Gruppe für depressive Patienten in der Psychiatrie

Andrea Herzog

In einer musiktherapeutischen und existenzanalytischen Gruppe für ausschließlich depressive Patienten auf einer psychiatrischen Abteilung bekamen die Aspekte Wahrnehmen (1. GM) und Wahrgenommen-Werden einen wichtigeren Stellenwert als zunächst angenommen. Der wahrnehmende Blick auf sich selbst ist für viele Depressive etwas Neues und muss erst erarbeitet werden, bevor an einem differenzierten Fühlen von sich selbst gearbeitet werden kann (2.GM). Basale Wahrnehmungsübungen traten daher in den Vordergrund. Die diagnosespezifische Zusammensetzung der Gruppe holt die Patienten aus ihrem Rückzug und fördert durch die Kombination von Musik- und Psychotherapie die emotionale Schwingungsfähigkeit und den offenen Austausch über depressives Verhalten und mögliche Veränderungen.

Schlüsselwörter: Wahrnehmen, Wahrgenommen-Werden, Depression, Musiktherapie, Wahrnehmungsübungen, Achtsamkeit

---

Die Phänomenologische Forschungsmethode

Eine Fallstudie im Prä-/Postvergleich

Birgit Hinteregger, Elisabeth Netzer

Die Phänomenologie ist in der Existenzanalyse zentral als Haltung und Methode, da sie sich im Besonderen durch eine Offenheit und Hingewandtheit für das was sich zeigt, für das Wesen, für die Person, auszeichnet.

In der vorliegenden Arbeit zur qualitativen Forschung und Forschungsmethodik haben wir diese phänomenologische Methode auf ein Interview mit einer Suchtpatientin, bestehend aus Prä- und Postvergleich, sowie auf ein Interview mit einer Person aus der Normalpopulation angewandt.

Die Zusammenführung der Ergebnisse mit der Theorie der Existenzanalyse (PEA, Grundmotivationen), die kritische Reflexion des Forschungsprozesses, der Vergleich von Prä- und Postinterview, der Vergleich der beiden Fälle miteinander, sowie der existenzanalytischen Therapie mit Suchtpatienten sind Inhalt dieser Forschungsarbeit.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Grundmotivationen, PEA, Person, Phänomenologie, Qualitative Forschungsmethode, Sucht

Die Tagesstrukturierende Morgengruppe

Vorstellung und existenzanalytische Fundierung eines innovativen sozialpsychiatrischen Gruppenkonzeptes

Christof Tobias Jahn

Ein Gruppenkonzept, das in der ambulanten psychiatrischen Arbeit aus dem Bedarf heraus entstanden ist, soll auf seine Wirksamkeit und deren mögliche existenzielle Fundierung hin überprüft werden. Nach der Vorstellung der Konzeption, soll ein erster Blick auf den aktuellen, eher biologisch orientierten Stand der Forschung zum Thema Sport und depressive Symptomatik gelegt werden. Danach wird eine Patientenbefragung zur subjektiv empfundenen Wirksamkeit sowie deren Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Im letzten Schritt erfolgt schließlich ein Transfer der beobachteten Phänomene in das Strukturmodell der Existenzanalyse nach Alfried Längle.

Schlüsselwörter: Sport, Depression, Tagesstruktur, Morgentief, Existenzielle Grundmotivationen

---

Existentielle Verlustverarbeitung

Abschlussarbeit für eine existenzanalytisch-logotherapeutisch basierte Beratung und Begleitung angesichts von akuten Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen

Ines Kloke

Worin liegt der Unterschied zwischen Trauer und Verlustverarbeitung? Ist Trauer ein Normalfall des menschlichen Lebens? Ist sie stets mit dem Tod assoziiert? Ist sie ein Ritual mit Sicherheit gebender und Gemeinsamkeit stiftender Bedeutung in einer räumlich und zeitlich definierten Gemeinschaft? Hat sie eine inadäquate Ausprägung, wenn sie länger dauert als unsere Gesellschaft heute erwartet? Wird sie dann schnell zur Krankheit oder Krise, zur Belastungs- oder Anpassungsstörung? Ist Trauern ein Prozess der Objektdestruktion und Objektrestauration, die Begleiterscheinung eines Schema- bzw. Kontext-Zerfalls und/oder der Moment im Leben, der zur Neuorientierung und Wert-Bergung drängt? In der Literatur wird Trauern umfänglich sowohl als psychischer als auch als sozialer Prozess beschrieben und in der vorliegenden Arbeit entsprechend reflektiert. Im logotherapeutisch-existenzanalytischen Verständnis ist sie dennoch selten Thema eines isolierten Diskurses, was daran liegt, dass sie hier lediglich als ein, zweifellos wichtiger, Bestandteil des über sie hinaus gehenden existentiellen Verarbeitungsprozesses von Verlusten gesehen werden muss. Dieser ist deshalb so komplex, weil Verlust Leiden bedeutet und Leiden nichts weniger ist als die Infragestellung der Grundlagen menschlicher Existenz. Die personale Fähigkeit zum Da-Sein am Abgrund des Seins (an dem z.B. kein Trauern möglich ist), zur Beziehungserhaltung im Verlustempfinden (zu dem neben der schmerzhaften Trauer auch z.B. Selbstmitleid, Wut und Schuldgefühle gehören), zur Wert-Bergung im Identitätsverlust und zur Neu-Strukturierung sind von Mensch zu Mensch ebenso unterschiedlich wie die Vielfalt der Verlustthemen.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Logotherapie, existentielle Verlustverarbeitung, Trauern, Kontextverlust

Dem Glück achtsam begegnen

Oder wie glücksfähig können wir uns selbst machen?

Barbara Koller

Nach einer Abgrenzung der Begrifflichkeit „Glück empfinden“ vs. „Glück haben“, werden die Voraussetzungen für Glücksfähigkeit eingehend beleuchtet. Die aus der Glücksforschung gewonnen Erkenntnisse untermauern die Herangehensweise an das Thema. Weiters wird den verschiedenen Aspekte der hirnphysiologischen Gegebenheiten und auch Auswirkungen auf das Glücksempfinden Aufmerksamkeit geschenkt.

In dem Text gehe ich der Frage nach, wieviel unserer Glücksfähigkeit von Geburt an von unseren Genen bestimmt ist und ob wir Einfluss auf unser Glücksempfinden haben? Sollte dies der Falls sein, ist es dann möglich dieses zu trainieren? Der Mittelteil der Arbeit widmet sich – basierend auf existenzanalytischen und logotherapeutischen Überlegungen – der Wahrnehmung dessen, was ist (=unabänderbare Bedingungen) und dem Zulassen von Glücksempfinden. Außerdem wird anhand von praktischen Übungen dargestellt, wie Achtsamkeit in Bezug auf das Gegebene und in Bezug auf Gefühle im therapeutischen Setting implementiert werden kann.

Am Ende der Arbeit werden die wichtigsten „Glückskiller und Glücksbringer“ zusammenfassend dargestellt. Abschließend werden Fragen aufgeworfen, um das Thema noch einmal für den Einzelnen ganz persönlich zu öffnen.

Schlüsselwörter: Glück, Existenzanalyse, Achtsamkeit, Hirnforschung, Wahrnehmung, Gefühle

---

Prä- Post-Evaluationsstudie stationärer psychosomatischer PatientInnen mittels Existenzskala

Martin Lair

Auf einer psychosomatischen Klinikabteilung wurden personal-existentielle und symptomatische Veränderungen bei dreißig Patientinnen nach ihrer stationären Behandlung untersucht. Die Patientenstichprobe wies verschiedene psychosomatische Störungen auf (vor Allem Essstörungen und depressive Störungen) und bekam keine spezifisch existenzanalytische Psychotherapiebehandlung. Die Patienten wurden zu Beginn (Prä) und am Ende (Post) der Therapie mit der Existenzskala (ESK) und dem Brief Symptom Inventory (BSI) evaluiert. Alle Skalenausprägungen der ESK zeigten einen Anstieg zwischen Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt, allerdings eine statistisch signifikante Veränderung konnte nur auf den Skalen Selbsttranszendenz (Effektstärke von 0.41) und P-Wert (Effektstärke von 0.46) nachgewiesen werden. Im Gesamtschwere-Index GSI des BSI konnte eine signifikante Verbesserung zwischen Prä und Post gezeigt werden (Effektstärke von 0.72).

Schlüsselwörter: Prä-Post-Evalutionstudie, Behandlungserfolg, stationäre psychosomatische PatientInnen, Existenzskala, Brief Symptom Inventory

Würde – eine Annäherung an den Begriff

Iris Mähr

Die Würde des Menschen gilt gemeinhin als unantastbar. Diese Bedeutung soll in der folgenden Arbeit anthropologisch gestützt werden.

Würde haben, durch die Tatsache des Menschseins, heißt Wert aus sich heraus haben. Die Würde ist nicht an individuelle Eigenschaften und Fähigkeiten des Menschen gekoppelt, sie gilt für alle Menschen gleichermaßen.

Im praktischen Leben spricht man gerne von Würde des Alterns, des Sterbenden, des Kranken, des Kindes oder des Entrechteten.

Es wird auch der Frage nachgegangen, wie man die eigene Würde erleben und die Würde im anderen Menschen respektieren kann.

Schlüsselwörter: Würde, Menschsein, Eigenwert, Respekt

Frankls Arbeitslosigkeits-Neurose

Psychotherapeutische Unterstützung von Arbeitslosen.

Ilse Mahringer

Der Sinnverlust und die damit verbundenen psychischen Folgeprobleme sind in der Logotherapie und Existenzanalyse seit V.E. Frankls Analysen zur Arbeitslosigkeitsneurose bekannt. In diesen Spuren wird in dieser Bakkalaureats-Arbeit die Situation am Arbeitsmarkt im Vergleich zur neueren psychologischen und psychotherapeutischen Literatur dargestellt. Die Ergebnisse werden durch qualitative Analysen bekräftigt.

Schlüsselwörter: Arbeitslosigkeitsneurose, Depression, Suchterkrankungen, critical life events

---

Die Person im Licht der psychischen und existentiellen Dynamik

Britta Mallinger

Emotionalität hat eine existentielle Dimension. Ihre Aufgabe, Bedeutung und ihre Verarbeitung auf psychodynamischer und personaler Ebene ist das Thema dieser Arbeit. Entlang der existentiellen Grundmotivationen werden die psychodynamischen Schutzreaktionen im Unterschied zur personalen Verarbeitung beschrieben. Abschließend wird ein ganzheitliches Bild über den Zusammenhang von Person,Gefühl und Existenz gegeben.

Schlüsselwörter: Person, Emotionalität, Erleben, Schutzreaktionen, existentielle Grundmotivationen

---

Grundbeziehung – Grundwert – Ja zum Leben

Gabriele Maurer

Diese Arbeit führt in die Existenzanalyse als Psychotherapierichtung ein und stellt ihre Struktur in Form der vier personal-existentiellen Grundbedingungen der Existenz dar. Frankl postulierte die Existenzanalyse und Logotherapie als phänomenologische und personenzentrierte Psychotherapierichtung, welche dem Menschen zu einem sinnvollen und erfüllenden Leben in Freiheit, Verantwortung und Entschiedenheit verhelfen soll, wobei die Basis dafür die Dialogfähigkeit des Menschen mit sich und der Welt bildet. In der neueren Existenzanalyse nach Längle werden zu Frankls sinnzentriertem Ansatz die ersten drei Grundmotivationen hinzugefügt um auf diese Weise zu einem sinnvollen, erfüllten Leben gelangen zu können.

Ferner wird in der vorliegenden Arbeit insbesondere auf die Zweite Grundmotivation und ganz zentral auf die Entwicklung der entsprechenden Psychopathologie verwiesen und somit auf das existenzanalytische Verständnis der Depression und deren Behandlung eingegangen.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Dialog, Grundmotivationen, Beziehung, Depression

---

Wie gestalte ich Begegnung zu mir und anderen

Grundlagen einer Erziehung zum Sinn – Logotherapie / Existenzanalyse in der pädagogischen Praxis

Susanne Proske

Begegnung und Beziehung sind das Fundament im Erziehungsprozess.

In der Erziehung zwischen Kind und Erwachsenen auf Augenhöhe, ist die Begegnung das Wesentliche in diesem Prozess. Das Kind wird in seiner Personalität wahrgenommen, erkannt und erfährt einen Gestaltungsraum. Insofern sind die Personen, die in diesem Prozess mitwirken, in einer permanenten Wechselwirkung.

Dies ist eine Fortbildungsvorbereitung für 2 Tage, die Raum für die persönliche Erfahrbarkeit schafft und den Austausch über die dialogische Haltung im Erziehungsprozess ermöglicht.

Schlüsselwörter: Begegnung, Beziehung, Erziehung

Zusammenfassung der existenzanalytischen Theorie zur Hysterie illustriert an Fallbeispielen

Kurt Reinbacher

„Wie kann ich zeigen, wer ich bin? Ich möchte gesehen werden“. In diesen Worten des Patienten Karl drückt sich das ganze Leiden des Hysterikers aus.

Längle beschreibt die Hysterie im Lexikon als eine „Störung des personalen Umgangs mit sich und der Welt“ (Längle 2002, 26). Das existentielle Grundthema der Hysterie ist das Finden des Eigenen und seiner Grenzen. Anhand zweier Fallbeispiele (Maria und Karl) wird die existenzanalytische Theorie zur Hysterie vorgestellt.

Ausgehend von der Phänomenologie und dem histrionischen Erscheinungsbild werden Linien des hysterischen Bildes gezeichnet.

Breiter ausgeführt werden anschließend die Ätiologie und Psychopathologie der Hysterie.

In der Diagnostik und klinischen Einteilung sind die Störungen unter den dissoziativen und Konversionsstörungen zu-

sammengefasst. In Abgrenzung dazu werden auch die Symptome der histrionischen Persönlichkeitsstörung dargelegt.

Den Abschluss bildet eine ausführliche Darstellung des existenzanalytischen Therapieansatzes. Insbesondere im prozesshaften Vorgehen mit der Personalen Existenzanalyse ereignete sich in den Patienten, entgegen der zentrifugalen Dynamik, ein Verweilen, zur Ruhe kommen, sich verstehen und das Auffinden der je eigenen Stellungnahme.

Schlüsselwörter: Hysterie, Personale Existenzanalyse, Persönlichkeitsstörung, Phänomenologie, dissoziative Störung, Konversionsstörung

---

Das Herz hat seine Gründe, die der Verstand nicht kennt

Psychokardiologie aus existenzanalytischer Sicht

Sabine Schüller

Viele Jahrhunderte lang war der Glaube verbreitet, dass das Herz der Sitz der Seele sei. Das Wort „Herz" verwenden wir oft für das Wort „Gefühl". Das „Herz auf dem richtigen Fleck" ist ein Synonym für einen guten, warmen Charakter.

Im Herzen spiegelt sich auch, was wir empfinden. Bei Aufregung oder Angst sagen wir gerne „das Herz schlug mir bis zum Hals". Wir spüren Herzstechen, wenn uns jemand verletzt.

Herzsymptome haben aber oft ganz konkrete körperliche Ursachen, die medizinisch abgeklärt werden müssen. Doch nicht immer lassen sich die Beschwerden auf körperliche Ursachen zurückführen, auch psychische Faktoren spielen eine Rolle. In der Medizin hat sich mit der Psychokardiologie eine Spezialdisziplin entwickelt, die sich mit diesem Aspekt beschäftigt.

Mit meiner Abschlussarbeit zur Psychotherapieausbildung möchte ich den wechselseitigen Zusammenhang zwischen psychosozialen Faktoren und Erkrankungen im Herz-Kreislaufsystem aus medizinischer und existenzanalytischer Sicht darstellen. Die zitierten Studien sind nur eine kleine Auswahl der inzwischen äußerst zahlreich vorhandenen. Zum besseren Verständnis der Symptomatologie der Kardiologie werden die normale Herz-Kreislauffunktion und häufigsten pathologischen Erscheinungen kurz beschrieben.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit widmet sich der Ausführung der Bedeutung der Psychotherapie am Beispiel der Einstellungs- und Blickwinkelveränderung nach einem Herzinfarkt und der Rolle des Hausarztes.

Auf die geschlechtsspezifische Personenbeschreibung wird verzichtet, die männliche Ausdrucksform gilt für beide Geschlechter.

Schlüsselwörter: Psychosomatik, Medizin

Trauma und die Folgen

Ruth Tesselaar

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema Traumatisierung und ihren Folgen, bzw. dem Erleben von Gewalt und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Persönlichkeit eines Menschen

Für die therapeutische Arbeit sind ein grundlegendes Basiswissen zu diesem Thema und Kenntnisse in Bezug auf die spezifischen physiologischen Prozesse und Zusammenhänge von großer Bedeutung. Weiters wird auf die Mitbeeinflussung der Bindungserfahrung im Umgang mit einem Trauma eingegangen.

Aus existenzanalytischer Sicht wird das Spezifische der schweren Traumatisierung im Erleben von Entsetzen und der damit verbundenen Abgründigkeit gesehen. Die mit dem Traumaerleben verbundene psychodynamische Überforderung und die Auswirkungen auf die Struktur- und Prozessebene werden näher beschrieben.

Der letzte Abschnitt dieser Arbeit ist einer Fallbeschreibung gewidmet.

Schlüsselwörter: Gewalt, Trauma, Bindung, Psychodynamik, Existenzanalyse

---

Unser Herz – eine Laune der Natur?

Personale Beziehungen als Voraussetzung für Nächstenliebe

Nicole Thoma

In dieser Arbeit wird das Thema Nächstenliebe im Hinblick auf ihre Begrenzung und die Befähigung für sie reflektiert. Dafür werden zunächst unterschiedliche Konzepte von Liebe und ihre Bestärkung anhand von Literatur beschrieben und existenzanalytisch beleuchtet. Grundlegend für diese Konzepte erweist sich die Bibel, die Ausgangspunkt für unser heutiges Verständnis von Nächstenliebe ist. Der Fokus soll darauf liegen, die personalen Kräfte zu mobilisieren.

Schlüsselwörter: Liebe, Person, personale Aktivität, personale Kräfte, Bibel

---

Kinder alkoholbelasteter Bezugspersonen

Helga Vogt-Moser

Im ersten Teil der Arbeit werden die spezifischen Lebensbedingungen von Kindern aus alkoholbelasteten Familiensystemen dargestellt und mögliche Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung thematisiert. Im zweiten Teil werden die vier Grundmotivationen nach Alfried Längle beschrieben und es wird erörtert, was Kinder brauchen, um sich gesund entwickeln zu können. Abschließend werden auf der Basis der vier Grundmotivationen therapeutische Interventionen für Kinder aus suchtbelasteten Familien vorgestellt.

Schlüsselwörter: Kinder, Familien, Existenzanalyse, Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen

---

‚Das Ich im Wir'

Die Bedeutung der 3. Grundmotivation in der Paarbeziehung

Judith Zand

In meiner psychotherapeutischen Arbeit habe ich immer wieder mit Paaren zu tun. Dabei ist mir aufgefallen, dass von Therapiebeginn an, eine starke Dynamik im Raum spürbar ist. Es war und ist für mich eine Herausforderung hinter diese Dynamik zu schauen und letztendlich zwei Menschen vor

mir sitzen zu haben, die unterschiedliche Lebensgeschichten mit verschiedenen Erfahrungen erleben. Ich frage mich, was zeigt der/die einzelne von sich und wie wirkt sich das auf deren Paarbeziehung aus?

Es interessiert mich das „Ich", was im „Wir" entweder verborgen sein mag oder einen großen Raum der Partnerschaft ausfüllt. Die 3. Grundmotivation, die sich mit der Person beschäftigt, stellt für meine Gedanken eine wichtige Basis dar.

Die vorliegende Arbeit soll einen Überblick über die Veränderungen, die Paarbeziehungen mit sich bringen können, geben.

Es werden sowohl der Beginn einer Beziehung, also der Weg zueinander im Kennenlernen, als auch Schwierigkeiten, die durch eine Partnerschaft bzw. im Laufe der Zeit einer Beziehung entstehen können, beleuchtet.

Anhand der existenzanalytischen 3. Grundmotivation soll das Wesentliche einer Paarbeziehung herausgearbeitet werden und verdeutlichen, dass ein „Wir" ohne ein „Ich" nur schwer existieren kann. Das soll zeigen, dass wenn der Mensch weiß, wer er ist, was er will und Stellung dazu bezieht, es zu einer gemeinsamen Stellungnahme in einer Partnerschaft kommen kann.

Der Schluss gibt einen kurzen Einblick in die existenzanalytische Paartherapie. Im Rahmen eines Fallbeispiels wird eine existenzanalytische Methodik angewandt.

Schlüsselwörter: Paartherapie, 3. Grundmotivation, Partnerschaft

MASTERARBEIT

Wirkung von Rhythmus und Klang auf die personalen Strukturen der Existenz

Eine empirische Studie zum subjektiven Erleben von strukturierten Musikimprovisationen

Ulrike Ziering

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen Rhythmus und Klang und deren Wirkung auf das persönliche Erleben.

Im theoretischen Teil werden die Grundelemente der Musik mit den personalen Grundmotivationen in Beziehung gesetzt und wichtige Aspekte der Psychosen- und Traumatherapie im Zusammenhang mit dem therapeutischen Einsatz von Musik besprochen.

Im Forschungsteil werden die Ergebnisse einer Studie, durchgeführt mit KlientInnen einer sozialpsychiatrischen Einrichtung und einer Kontrollgruppe psychisch Gesunder, dargestellt.

Anhand zweier musiktherapeutischer Spielmodelle kann gezeigt werden, wie sich strukturierte Rhythmus- und Klangimprovisationen – unabhängig von der aktuellen Stimmung – positiv auf das Erleben von Grundvertrauen und Grundwert auswirken und wie vor allem über die Beschäftigung mit Rhythmus Zugang zur eigenen Lebendigkeit geschaffen werden kann.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, personale GM, Rhythmus, Klang, Musikerleben, psychische Erkrankung

NEUERSCHEINUNG

Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie unterscheidet sich in theoretischen und methodischen Gegebenheiten von der Psychotherapie mit Erwachsenen.

Neben vertieftem Wissen zur Entwicklungspsychologie und -pathologie, speziellen diagnostischen Methoden und Kommunikationskompetenzen mit verschiedenen Altersstufen als auch Bezugspersonen, verlangt es zusätzlich spezielle Kriterien, um die jungen KlientInnen gut vertreten zu können: Es verlangt Mut, um sich für sie einzusetzen. Es braucht ein Wissen über ihre aktuellen Heldinnen und Helden. Kreativität, Selbst- und Fremdkritikfähigkeit und Flexibilität sind nötig wie auch das Geschick, schwierige komplexe Beziehungs- und Interaktionsmuster zu erkennen und den »roten Faden« nicht zu verlieren.

Dieses Buch gibt jedoch keine »Kochanweisungen und -vorschriften« aus. Die AutorInnen stellen vielmehr eine Basis zur Verfügung, die situationsbezogen erweiterbar und ausgestaltbar ist – immer im Vertrauen darauf, dass es gut werden kann!

Taschenbuch, 244 Seiten
Verkaufspreis: EUR 29,–

Kontakt:
Roman Biberich
elpida@elpida.co.at
www.elpida.co.at

HINWEISE FÜR AUTOREN

EXISTENZANALYSE veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsartikel, Projektberichte und Falldarstellungen mit Bezug zur Forschung, Anthropologie und Praxis der Existenzanalyse. Die Zeitschrift nimmt im Forum/Diskussionsteil auch Erfahrungsberichte und Fallberichte zur Anwendung der Existenzanalyse auf, weiters Forschungsimpulse, Diskussionsbeiträge zu publizierten Artikeln und Berichte aus der Redaktion.

Manuskripte sind generell per e-mail an die Redaktion (redaktion@existenzanalyse.net) zu senden. Es können Arbeiten in Deutsch oder Englisch eingereicht werden.
Voraussetzung für die Einreichung eines Manuskripts an die Redaktion ist, dass die Arbeit noch nicht publiziert oder an anderer Stelle zur Publikation eingereicht wurde.
Alle Manuskripte gehen in ein redaktionelles Gutachten.
Wissenschaftliche Arbeiten unterliegen einem peer-review-Verfahren, wobei zwei unabhängige anonyme Gutachten eingeholt werden (Review Verfahren durch den wiss. Beirat). Das Ergebnis wird dem Autor/der Autorin mitgeteilt, ob und gegebenenfalls mit welchen Änderungen die Arbeit akzeptiert wird.
Mit der Annahme und Veröffentlichung des Manuskripts geht das ausschließliche Copyright an die GLE-International als Herausgeber über.
Es liegt in der Verantwortung der Autoren die Einwilligung für die Reproduktion von Abbildungen aus anderen Publikationen einzuholen.

Formale Gestaltung der Manuskripte
Manuskripte sollen von Anfang bis zum Ende auf ein und demselben System (Microsoft Word) erfasst werden (1,5-zeilig, Schriftgröße 12, breiter Rand, ohne spezifische Formatierungen und bereits korrekturgelesen).

Am Anfang jedes Artikels stehen der ***Titel*** des Artikels, der ***Name*** des Verfassers/der Verfasserin, ein kurzes *Abstract* (5–10 Zeilen) und *3–5* ***Schlüsselwörter*** (wenn möglich auch auf englisch), die stichwortartig auf den Inhalt der Arbeit verweisen sollen.

Innerhalb des Artikels soll es im Sinne der Übersichtlichkeit ***Zwischenüberschriften*** geben.

Für ***Literaturhinweise*** *im Text* sollen in Klammern Autor und Erscheinungsjahr des Titels, auf den verwiesen wird, und bei Zitaten die Seitenzahl durch Beistrich getrennt, angegeben werden. Mehrere Verweise werden durch Strichpunkte getrennt.
z.B. (Müller 1998, 56) oder (Müller 1998, 1999; Müller & Meier 1980)

Für das ***Literaturverzeichnis*** (alphabetisch) am Ende des Artikels sind die bibliographischen Angaben wie folgt zu gestalten:
Autor (Jahr) Buchtitel. Verlagsort: Verleger
Autor (Jahr) Beitragsartikel. In: Herausgebername (Hg) Buchtitel. Verlagsort: Verleger, Seitenangabe
Autor (Jahr) Titel des Artikels. Name der Zeitschrift, Band, Seitenangabe von–bis.
Den Autor bitte jeweils mit Nachnamen und abgekürztem Vornamen angeben.
z.B.:
Maier A (1998) Psychotherapie. Wien: Deuticke
Müller B (1998) Existenzanalyse. In: Maier A (Hg) Psychotherapie. Wien: Deuticke, 50–54
Schmid C (1999) Therapiemethoden. Existenzanalyse 13, 1, 4–12

Gibt es von einem Autor zwei unterschiedliche Publikationen aus demselben Jahr, so sind diese durch „a", „b" etc. voneinander zu unterscheiden.
z.B.:
Maier A (1998a) Psychotherapie. Wien: Deuticke
Maier A (1998b) Psychologie. Wien: Deuticke

Angaben zum Autor (am Ende des Manuskripts):
Akademischer Grad, Vor- und Zuname, Anschrift, email.
(Nicht für die Veröffentlichung gedacht, sondern für die Redaktion sollen Telefonnummer und Faxnummer des Autors angegeben werden.)
z.B.:
Anschrift der Verfasserin:
Dr.phil. Susanne Müller
Beispielstraße 25/5
A - 1090 Wien
email: mueller@existenzanalyse.org

Jede ***Tabelle*** oder ***Illustration*** mit Legenden auf einem eigenen Blatt mit Hinweis, an welcher Stelle im Text die Darstellung eingefügt werden soll. Abbildungen müssen qualitativ zur Reproduktion geeignet sein (z.B. als jpg mit mindestens 300 dpi). Abbildungen werden im Druck schwarzweiß wiedergegeben, graphische Abbildungen sollen so gestaltet sein, dass ein schwarz-weiß-Druck die Aussage wiedergeben kann, im elektronischen Archiv der Zeitschrift sind sie auch in Farbe. Abbildungen können nur in Absprache mit der Redaktion veröffentlicht werden.

Die einzelnen Seiten sind durchzunummerieren, aber (zum Zweck der Anonymität der Begutachtung) bitte nicht mit Kurztiteln (Running heads) zu versehen.

Artikellänge: 1 Seite in der EXISTENZANALYSE ohne größere Überschriften (also ziemlich voll) hat 3.300 Zeichen (inkl. Leerzeichen). Ein wissenschaftlicher Artikel mit ca. 8–10 Seiten hat ca. 25.000 – 33.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen).
Ein Forumsbeitrag mit ca. 3–5 Seiten hat ca. 10.000 – 16.500 Zeichen

Umbruchkorrekturen sind vom Autor vorzunehmen und auf beim Satz entstandene Fehler zu beschränken.

Der Autor (die Autorin) erhält ein pdf des Beitrags und 3 Hefte als ***Belegexemplare*** kostenlos. Reduktion auf Heft-Preis für Autor für weitere Exemplare: -30%

Urheberrechte
Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung erwirbt die GLE-International vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren, sowie das Recht der Übersetzung in andere Sprachen. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Waren- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Eigentümer und Copyright-Inhaber: © GLE-International/Wien

Redaktionsanschrift
Redaktion der Zeitschrift EXISTENZANALYSE
GLE-International
(z.Hd. Dr. Silvia Längle)
Eduard Sueß Gasse 10
1150 Wien / Österreich
Tel u Fax: 0043/1/9859566
Mail: redaktion@existenzanalyse.net
Homepage: www.existenzanalyse.net

WEITERBILDUNGSTERMINE NEUSTART

Paarberatung und Paartherapie
Leitung: Mag.a Susanne Pointner, Marc Sattler
Innsbruck: ab 29.04. bis 01.05.2016, 23.9–25.9.2016, Frühjahr und Herbst 2017
Anmeldung und Info:
susanne.pointner@existenzanalyse.org

Psychosomatik
Leitung: Mag.a Renate Bukovski MSc, Dr.in Lilo Tutsch, Dr. Walter Neubauer
Vöcklabruck, OÖ: ab Jänner 2017
Anmeldung und Info: r.bukovski@gmx.at

Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie
Leitung: Mag.a Andrea Kunert
Wien: ab 27.–28.11.2015
Anmeldung und Info: andrea.kunert@gmx.at

Supervision: Block A-Fallsupervision
Leitung: Dr.in Liselotte Tutsch, Dr. Anton Nindl
Wien: 11.–13.12.2015, 11.–13.03.2016
Salzburg: 10.–12.06.2016, 07.–09.10.2016
Anmeldung und Info:
anton.nindl@existenzanalyse.org

Traumatherapie
Leitung: Dr.in Liselotte Tutsch, Dr.in Luise Reddemann, Mag.a Renate Bukovski MSc
Salzburg: 15.–17.04.2016, 01.–03.07.2016, 02.–04.09.2016, 22.–25.10.2016, 27.–29.01.2017
Anmeldung und Info: r.bukovski@gmx.at

Schweiz:

14. Werkstatt der GES

GRENZEN DER BELASTBARKEIT. WAS GEHT WENN NICHTS MEHR GEHT?

21. November 2015
im Zentrum Blumenberg in Bern, 9 Uhr bis 17.15 Uhr, Kosten 70 sfr

Programm folgt. Infos und Kontakt:
corinne.lindt@gmail.com

AUDITORIUM NETZWERK

Salzburg 2015

SUCHT

Wege aus dem Verfallen-Sein

Live-Mitschnitte der Vorträge von:

Michael Musalek – Das Mögliche und das Schöne als Antwort
Alfried Längle – Die Zustimmung in der Süchtigkeit Ein existenzanalytischer Zugang
Reinhold Fartacek – Sucht und Suizidalität
Emmanuel J. Bauer – Verzweiflung im Selbst – Zu den tiefenexistentialen Ursachen der Sucht
Anton Nindl – Sucht: Im milden Glanz der Täuschung an den Abgrund
Jana Bozuk – Ich schaffe nichts außer Arbeit!
Zdenka Davet – Aber hungern will ich nicht!
Wibke Voigt – Sucht – Schutz und Trutzburg
Thomas Mell – Neurobiologie der Sucht am Beispiel der Alkoholabhängigkeit

Aus den Symposia:

Alfried Längle / Gerhard Schiesser – Backgammon und Poker inside
Christoph Jenner – Spiritualität als Ressource zur Bewältigung von Suchtkrankheiten
Ingo Zirks – Wenn alles überstanden ist, ist es noch nicht vorbei!
Astrid Görtz / Silvia Längle – Erfolgskontrolle von Suchttherapie im stationären Bereich Forschungsmethoden im Vergleich
Helene Drexler – Existenzanalytische Therapie von Essstörungen
Svetlana Marodian – Emotional dependency out of personal infantilism (englisch)

auf CD und DVD bestellbar bei:

Auditorium Netzwerk
Tel.: 0049/7631/170743, Fax 170745
audionetz@aol.com
www.auditorium-netzwerk.de

Vorankündigung
2015

GLE Deutschland
Gesellschaft für Logotherapie
und Existenzanalyse

Angefragt

Bedingungen existenzieller Kommunikation

Hannover | Samstag, 19.09.15

Fachtagung für Beratung, Psychotherapie, Coaching und Pädagogik
mit Workshops und Vorträgen zum Thema

www.gle-d.de | www.existenzanalyse.com

Renate **BUKOVSKI** • Helmut **DORRA** • Brigitte **HEITGER-GIGER**
Christoph **KOLBE** • Alfried **LÄNGLE** • Stephan **MARKS**
Udo **RAUCHFLEISCH** • Maike **RÖNNAU-BÖSE**
Heidi **SCHÄR SALL** • Reinhold **MESSNER** (angefragt)

Grenze

Ende und Wende

Behandlung und Begleitung von Grenzerfahrungen im Dasein

GLE INTERNATIONAL

Vorankündigung:

INTERNATIONALER KONGRESS
Freiburg i. Br. / 6.–8. Mai 2016

VERANSTALTER
Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
Eduard Sueßgasse 10, 1150 Wien
Tel. und Fax: +43 (0)1 985 95 66

Programm: www.existenzanalyse.org oder anfordern unter: gle@existenzanalyse.org

NEUE AUSBILDUNGSKURSE 2015–2016

ÖSTERREICH

Infos für alle Ausbildungen in Österreich:
Sekretariat der GLE-Ö:
Tel./Fax: 0043 (0) 1/89 74 339
sekretariat@existenzanalyse.at

Salzburg, 19./20.6.2015
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Dr. Anton Nindl

Wien, 12./13.12.2015
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Dr.in Helene Drexler

Graz, WS 2015/16
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Dr. Christian Probst

Innsbruck, 15./16.1.2016
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Mag.a Renate Bukovski, MSc

Innsbruck, 15./16.1.2016
Lebens- und Sozialberatung
Leitung: Mag.a Renate Bukovski, MSc

Vöcklabruck, Juni 2016
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Mag.a Renate Bukovski, MSc und
Mag.a Ursula Reischer

Vöcklabruck, Juni 2016
Lebens- und Sozialberatung
Leitung: Mag.a Renate Bukovski, MSc und
Mag.a Ursula Reischer

Wien, 21./22.10.2016
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Mag.a Susanne Pointner

Lochau, 11.–13.11.2016
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Dr. Christoph Kolbe

Lochau, 11.–13.11.2016
Lebens- und Sozialberatung
Leitung: Dr. Christoph Kolbe

Wien, Herbst 2016
Lebens- und Sozialberatung
Leitung: Mag.a Karin Steinert

DEUTSCHLAND

Hannover, Juli 2015
Grundausbildung in Existenzanalyse u. Logotherapie
Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Info: Norddeutsches Institut der Akademie für Existenzanalyse & Logotherapie
Tel.: 0049/(0)511/517 90 00
akademie.hannover@existenzanalyse.com

Dresden, Herbst 2015
Grundausbildung in Existenzanalyse u. Logotherapie
Leitung: Dipl. Psych. Ingo Zirks
Info: Dipl. Psych. Ingo Zirks
Tel.: 0049/(0)30/28869232
i.zirks@existenzanalyse.com

Hamburg/Hannover, Herbst 2016
Fachspezifikum Existenzanalyse (Klin. Teil)
Leitung: Helmut Dorra, Dr. Christoph Kolbe
Info: Hamburger Institut der Akademie für Existenzanalyse & Logotherapie
Tel.: 0049/(0)4106/612044
akademie.hamburg@existenzanalyse.com

SCHWEIZ

Bern, September 2015
Grundausbildung in Existenzanalyse u. Logotherapie
Leitung: lic.phil. Brigitte Heitger und Dr.med. Erika Luginbühl
Info: GES–Gesellschaft f. Existenzanalyse Schweiz
Tel.: 0041/(0)31/332 42 05
brigitte.heitger@existenzanalyse.org

Weitere Ausbildungen in:
Tschechien, Rumänien, Polen, Russland, Kanada, Chile, Argentinien, Mexiko.

GLE
INTERNATIONAL