

KONGRESS-NACHLESE

Existenzanalyse in der Praxis

Suizid

Depression

Persönlichkeitsstörungen

Psychosomatik

Pflege und Begleitung von
Menschen in Grenzsituationen

ORIGINALARBEIT

**Suizid in der abendländischen
Geistesgeschichte**

INHALT

Editorial	3
Impressum	50

ORIGINALARBEIT

Das Problem des Suizids in der abendländischen Geistesgeschichte (<i>E.J. Bauer</i>)	4
--	---

VORTRÄGE

Der Zugang zum Menschen in suizidalen Krisen (<i>M. Probst</i>)	16
Mein ganzes Leben war nur Leiden (<i>B. Jöbstl</i>)	21
Existenzanalytische Therapie bei einem Patienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung (<i>Ch. Probst</i>)	28
Therapie eines Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (<i>Ch. Probst</i>)	32
Impressionen und Erfahrungen zur Arbeit mit narzißtischen Störungen (<i>C. Klun</i>)	35
Wenn einem das Hören vergeht (<i>H.-M. Rothe</i>)	41
Im Angesicht des Todes das Leben bergen (<i>E. Andritsch</i>)	46
HIV lebenslänglich - Körper und Seele in Not (<i>G. Kessler</i>)	48
Begegnung mit bewusstlosen Menschen (<i>H. Holzer</i>)	51
Ich pflege als die, die ich bin (<i>M. L. Schneeweis</i>)	53

BUCHBESPRECHUNGEN	56
REZENSIONSBÜCHER	57
ABSCHLUSSARBEITEN	58
DIPLOMARBEITEN	60
DISSERTATIONEN	61
PUBLIKATIONEN	62
HINWEIS AUF NEUERSCHEINUNGEN	62
GLE-KONGRESS SALZBURG 2002	63

BEILAGE: GLE-Info

KONTAKTADRESSEN	2
ENTWICKLUNG DER GLE-WIEN 1985-2002	3
WEITERBILDUNGEN DER GLE-AKADEMIE	5
MITTEILUNGEN	8
TERMINE	9

Bankverbindungen der GLE

Österreich:	Konto Nr.: 040-33884, Erste Österr. Spar-Casse-Bank
Deutschland:	Konto Nr.: 902-127810, Stadtparkasse München Konto Nr.: 7000006, Spar- und Kreditbank Nürnberg
Schweiz:	Konto Nr. 80-5522-5, Schweiz. Kreditanstalt, 6301 Zug
Andere Länder:	Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung oder mittels AX, DC, VISA, EC/MC

Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos. Jahresabonnement für Nichtmitglieder:
Neue Preise für 2002: • 25,-/ sfr 38,- Einzelpreis: • 9,- / sfr 14,-

Unsere e-mail Adresse: gle@existenzanalyse.org
Homepage <http://www.existenzanalyse.org>

Wissenschaftlicher BEIRAT

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

EDITORIAL

HINWEISE

Themen-Redaktion
Dr. Silvia Längle
Claudia Klun

GLE-KONGRESS 2002

SALZBURG

Mein Selbst - Dein Problem
Narzissmus in Interaktion
und Therapie
Seite 63

ENTWICKLUNG DER GLE

1985 bis 2002

Beilage Seite 3

EXISTENZANLYSE

2 Ausgaben pro Jahr mit
verändertem Erscheinungsbild
Siehe Editorial

HINWEIS AUF NEUE WEITERBILDUNGS- CURRICULA

Beilage Seite 5

Vorschau aufs nächste Heft:
Narzissmus

Themen-Redaktion
Dr. Silvia Längle
Claudia Klun

Themen der nächsten Hefte:

Kindertherapie
Therapeutische Beziehung

**Redaktionsschluß für die
Nummer 2+3/2002:
30.8.2002**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen !

Wir bleiben weiterhin im Fluß – nicht nur im Fluß der Zeit, sondern auch der eigenen Wandlungen.

Es entstand ganz aus sich heraus, daß unsere Hefte immer dicker wurden, die Fülle der Artikel drängte dazu. Für einen Herausgeber ist es eine wunderbare Sache, wenn so viele Autoren gute Beiträge bringen; für den „Finanzchef“ wird es schwierig, weil sein Rahmen gesprengt wird und die Arbeit... naja - sie macht Freude und wird auch immer mehr.

So haben wir uns also entschlossen, den Tatsachen gerecht zu werden und von den drei geplanten 50-60 seitigen Heften auf zwei Ausgaben jährlich zu gehen, wobei wir natürlich die Gesamtseitenzahl beibehalten werden. Also die 150-180 Seiten im Jahr werden bleiben, es soll Ihnen ja auch der Lesestoff nicht so schnell ausgehen. Um Sie auch beizeiten auf Aktuelles hinweisen zu können, werden wir den Terminteil drei mal jährlich verlegen, das heißt auch im Sommer eine Vorschau auf das Arbeitsjahr geben.

Das Äußere möchten wir noch hochwertiger gestalten und in Zukunft die Zeitung nicht nur heften, sondern mit einem beschrifteten Rücken versehen.

Inhaltlich haben wir diesmal zwei Schwerpunkte.


Zum einen einen Blick in die abendländische Geistesgeschichte bezüglich ihrer Haltungen dem Suizid gegenüber.

Zum anderen haben wir überarbeitete Vorträge vom Kongreß 2000 zur Praxis der Existenzanalyse aufgenommen. Zu verschiedenen Problem- und Störbereichen zeigen die Artikel Spezifika eines existenzanalytischen Vorgehens bzw. einer phänomenologischen Haltung auf.

Gleichzeitig spiegeln die meisten Beiträge den klinischen Arbeitsschwerpunkt des Grazer Instituts für Existenzanalyse wieder, dem die Autoren Christian Probst, Michaela Probst, Barbara Jöbstl, Elisabeth Andritsch und Herta Holzer angehören.

Diese Ausgabe bietet also einen Blick in die Therapiewerkstatt unter besonderer Berücksichtigung der Arbeit mit Persönlichkeitsstörungen. Dort liegt derzeit ein Forschungsschwerpunkt der GLE, der auch vom neu erscheinenden Tagungsbericht „Hysterie“ und von der kommenden Tagung zum Narzissmus berührt wird.

Wir wünschen nun allen einen wohligen, sonnigen Frühling und freuen uns auf ein Wiedersehen in Salzburg.



Silvia Längle
im Namen der Redaktion

Das Problem des Suizids in der Perspektive der abendländischen Geistesgeschichte

Emmanuel J. Bauer

Suizid ist heute nicht weniger als in alten Zeiten ein zugleich aktuelles und prekäres Thema. Trotz aller Enttabuisierung und Entkriminalisierung ist die Auseinandersetzung mit dem vom Menschen selbst aktiv herbeigeführten Ende des Lebens mit großer Unsicherheit behaftet. Abgesehen von der nicht wegzurationalisierenden oder –liberalisierenden existentiellen Schmerzlichkeit und Abgründigkeit liegt der Grund dafür auch im fehlenden persönlichen Standpunkt dieser genuin menschlichen Realität gegenüber. Was bedeutet Suizid menschlich-existentiell, sozial und ethisch gesehen? Ist der Mensch als kontingentes Wesen berechtigt zu solch einem Schritt? Diese und viele andere Fragen stellen sich. Der folgende Artikel setzt sich nicht zum Ziel, diese Fragen umfassend zu beantworten. Er will Wissen und Orientierung auf der Suche nach einer Antwort vermitteln, indem er zeigt, wie in der abendländischen Philosophie und Theologie von der Antike bis in die Gegenwart (u.a. bei Platon, Aristoteles, der Stoa, Thomas v. Aquin, Montaigne, Hume, Kant, Feuerbach, Ringel, Améry, Katechismus der Kath. Kirche) das Phänomen des Suizids gedeutet worden ist. Dabei tritt eine große Ambivalenz zwischen Befürwortung und Ablehnung, aber auch ein sehr redliches und verantwortliches Ringen um eine menschenwürdige Beurteilung dieser Frage zu Tage. Erhellend und bedeutsam ist es nicht zuletzt zu spüren, welche entscheidende Rolle das jeweilige Wirklichkeitsverständnis und Menschenbild für den Inhalt der Stellungnahme spielt.

Schlüsselwörter: Suizid, Freiheit zum Tod, Selbstmord, Recht auf eigenen Tod

Suicide today is a topic no less acute and precarious than in former times. In spite of being no more taboo nor criminalized, the discussion about a self-induced end to human life is still characterized by great insecurity. There is not only the existential pain and abysmal experience which cannot be rationalised or liberalised but also a lack of personal position in the face of this genuinely human reality. What does suicide mean humanly, existentially, socially and ethically? Does man as a contingent being have the right to such a step? This and numerous other questions arise. The following does not intend to answer them exhaustively. It is to provide knowledge and orientation in the search for an answer by showing how in occidental philosophy and theology from the antiquity up to the present (e.g. Plato, Aristotle, the Stoa, Thomas Aquinas, Montaigne, Hume, Kant, Feuerbach, Ringel, Améry and the catechism of the Catholic Church) the phenomenon of suicide has been understood. This will show a great ambivalence between justification and condemnation, but also a sincere and responsible struggle for a judgment of this question that does justice to man. It is enlightening as well as significant to see the decisive role that the understanding of reality and the concept of man have played for the content of the respective positions.

Keywords: suicide, freedom to death, right of own death

Die Aktualität des Themas liegt auf der Hand. Nicht nur die erschreckend hohen Zahlen von Selbsttötungen sind ein Beleg dafür, sondern auch die konkreten Erfahrungen vieler Menschen, die in irgendeiner Form von diesem Problem tangiert sind – sei es als direkt Betroffene, die gegen ihre Suizidalität ankämpfen, sei es als Angehörige eines Menschen, der durch eigenes Tun aus dem Leben schied, sei es

als Psychotherapeuten, die im Sinne der sekundären oder tertiären Suizidprävention mit diesem Problem befasst sind, sei es als Sozialarbeiter, Lehrer, Pastoraltheologen, Soziologen, Philosophen oder Politiker, die primäre Suizidprävention leisten. In den westlich orientierten Ländern gewann dieses Thema in den letzten Jahrzehnten zudem in einer etwas gewandelten Form neue Brisanz, nämlich in Ge-

stalt der öffentlich diskutierten Frage der Euthanasie, genauerhin der aktiven Sterbehilfe.¹ In dieser Abhandlung wollen wir allerdings auf diese spezielle Dimension der Suizidproblematik nicht eigens eingehen, sondern das Augenmerk auf das grundsätzliche Problem des Suizids legen.

Obwohl seit einigen Jahrzehnten – spätestens seit den bekannten Publikationen Erwin Ringels² und Jean Améry³ – das Thema Suizid enttabuisiert und entkriminalisiert sowie eine Phase der verstärkten wissenschaftlichen Erforschung des Phänomens an sich und der mitursächlichen bzw. begleitenden sozialen Verhältnisse eingeleitet wurde, fällt es noch immer vielen Menschen schwer, sich mit diesem Thema sachlich und unbefangen auseinanderzusetzen. Erst recht löst das konkrete Ereignis eines Suizids bei den in irgendeiner Form damit Konfrontierten neben Betroffenheit, Ohnmacht oder Aggression zumeist das Gefühl einer nicht ganz zu fassenden Unsicherheit aus. Diese existentielle Verunsicherung ist wohl als Symptom dafür zu deuten, dass der eigene Standpunkt zur Möglichkeit des Suizids noch nicht gefunden wurde oder die Einstellung zum Suizid nicht wirklich fest ist.

Den persönlichen Standpunkt zum Suizid zu finden ist fürwahr nicht leicht. Schließlich steht hier das Leben des Menschen in seiner Ganzheit auf dem Spiel. Wer zur Möglichkeit des selbstgewählten Endes der menschlichen Existenz Stellung nimmt, kommt nicht umhin, auch nach dem Ursprung und Ziel, nach dem Woher und Wohin des menschlichen Lebens zu fragen. Aber auch die Frage nach dem Warum, nach dem Sinn des Lebens, nach dem inneren Grund dafür, dass ein Mensch Ja sagt zu seinem Leben und den Willen aufbringt, das eigene Leben zu tragen, heischt nach Antwort. Im Bewusstsein der Tatsache, dass der Mensch als kontingentes Lebewesen nicht absoluter Herr seines Lebens ist und als soziales Wesen konstitutiv im dialogischen Austausch mit seiner Mit- und Umwelt steht, wird man außerdem unausweichlich mit dem Problem der sittlichen Legitimität des Suizids konfrontiert. Und schließlich stellt sich über die Frage der Moral hinaus auch noch die dritte der berühmten Kantischen Fragen, die Frage „Was darf ich hoffen?“.

Eine nicht unerhebliche Quelle der Orientierung und Hilfe bei dieser Suche eröffnet sich dem, der den Blick in die Geistesgeschichte wagt und sich vor Augen führt, wie die großen Philosophen und Theologen der Vergangenheit das Phänomen des Suizids gedeutet und beurteilt haben. Man erkennt einerseits die Komplexität des Problems und die Zeitbedingtheit der Antworten. Andererseits ziehen sich gewisse Argumente wie ein roter Faden durch die Ge-

schichte. Auf jeden Fall schärft es unser Bewusstsein für die vielfältigen Dimensionen des Problems und hilft uns, feinfühlicher, aber auch ein wenig nüchterner mit dieser Thematik umzugehen, da wir sehen können, dass Suizid nicht ein ausschließliches Problem unserer Wohlstandsgesellschaft ist, sondern die menschliche Gesellschaft immer schon als Phänomen begleitet und in ihrer Verantwortung füreinander herausgefordert hat. Man kann vielleicht einzig sagen, dass der Suizid in den westlichen Industrie- und Wohlstandsländern in den letzten Jahrzehnten als Problem stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit getreten ist.

Das Faktum des Suizids ist ein Problem, das jede und jeden von uns in die Verantwortung ruft. Es stellt Gesellschaft und Kultur, Wissenschaft und Religion vor die Aufgabe, adäquat darauf zu reagieren: sei es durch Intervention oder durch Prävention, sei es auf medizinischer oder auf therapeutischer Ebene, sei es durch die Entfaltung einer lebensfördernden Gesellschaftspolitik oder durch die Erschließung neuer individueller Sinnpotentiale. Ein Beitrag dazu ist zweifelsohne die Erhebung und Erörterung der philosophisch-theologischen und ethischen Gesichtspunkte, die die Stellungnahme des Menschen zum Suizid mehr oder minder bewusst mitbestimmen.

1. Suizid als ganzmenschliches existentielles Problem

Suizid ist ein vielschichtiges Problem, so vielschichtig wie der Mensch selbst und seine Existenz. Eine monokausale Betrachtungsweise wäre völlig unzureichend. Um dem Phänomen gerecht zu werden, sind unterschiedliche Perspektiven und Zugänge notwendig. Die Suizidologie, deren Ziel es ist, das Phänomen Suizid umfassend zu erforschen, therapeutische und medizinische Interventionsmöglichkeiten im Fall von Suizidalität aufzuzeigen und dem Vollzug des Suizids präventiv zu begegnen, muss daher möglichst alle diesbezüglich relevanten human- und geisteswissenschaftlichen Disziplinen einbeziehen: Medizin (Neurologie und Psychiatrie), Psychologie, Epidemiologie, Biologie, Soziologie, Krisenintervention, Sozialpädagogik, aber auch Philosophie (philosophische Anthropologie, Ethik) und Theologie.

Suizid betrifft den Menschen als Ganzen. Um daher einem Suizidenten gerecht werden zu können, gilt es ihn als „ganzen“ Menschen zu sehen, d.h. in der biologisch-somatischen und psychischen Dimension seiner Existenz ebenso wie in den sozialen bzw. soziokulturellen, philosophischen und religiösen Konstituenten seines Menschseins. Es wäre daher ein ebenso fataler Reduktionismus, Selbsttötung un-

¹ Vgl. dazu Robert Spaemann / Thomas Fuchs: Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Freiburg im Breisgau / Wien [u.a.]: Herder 1997. (Herder-Taschenbuch 4571); Ulrich Eibach: Sterbehilfe - Tötung aus Mitleid? Euthanasie und „lebensunwertes“ Leben. Zweite, vollst. neu bearb. und erw. Aufl.. Wuppertal: Brockhaus 1998; Udo Benzenhöfer: Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. München: Beck 1999. (Beck'sche Reihe 1328); Sabine Huber: Kritik der moralischen Vernunft. Peter Singers Thesen zur Euthanasie als Beispiel präferenz-utilitaristischen Philosophierens. Frankfurt am Main / Wien [u.a.]: Lang 1999. (Europäische Hochschulschriften XX, 592); Helga Kuhse / Peter Singer: Individuen, Menschen, Personen (dt.: Individuals, humans, persons). Fragen des Lebens und Sterbens. Übers. von Hermann Vetter. Sankt Augustin: Academia-Verl. 1999. (Beiträge zur Angewandten Ethik 5); Jean-Pierre Wils: Sterben. Zur Ethik der Euthanasie. Paderborn / Wien [u.a.]: Schöningh 1999. Zur Diskussion über Sterbehilfe und Euthanasie im späten 19. und frühen 20. Jahrhundert vgl. Ursula Baumann: Vom Recht auf den eigenen Tod. Weimar 2001, 305-322.

² Erwin Ringel: Der Selbstmord – Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern; mit Tabellen. Wien / Düsseldorf: Maudrich 1953.

³ Jean Améry: Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod. Stuttgart: Klett 1976.

zu einem bloß medizinisch-psychiatrischen Gesichtspunkt zu betrachten wie ihn ausschließlich als Frage der Ethik und Moral abzuhandeln.

Man kann sogar soweit gehen und sagen: Suizid betrifft den Menschen als Menschen. Seinem Leben selbst bewusst ein Ende zu setzen ist ein genuin menschlicher Akt. Subjekt der Handlung ist der Mensch als freies, vernünftiges, selbstbewusstes, einmaliges, verantwortliches, über die innere und äußere Gestalt seines Lebens verfügendes Wesen, also der Mensch mit seinen spezifisch menschlichen Fähigkeiten, auch wenn diese zum Zeitpunkt der Entscheidung zum Suizid durch die typischen präsuizidalen Bewusstseinsfaktoren vielfach blockiert, überlagert und damit wesentlich eingeschränkt sind. Das genuin Menschliche wird auch daraus erkennbar, dass es wohl kaum einen Akt gibt, der die menschliche Existenz in allen ihren Grundfesten tiefer erschüttert als der Suizid. Die wahrhaft essentiellen Fragen wie die nach dem Sinn des Lebens, nach den religiösen und gesellschaftlichen Werten, nach der Tragfähigkeit menschlicher Gemeinschaft, nach der Endlichkeit des Daseins und nach dem Übel in dieser Welt stellen sich in unerbittlicher Radikalität. In der Frage des Suizids konzentrieren sich alle philosophischen Fragen des Menschen wie in einem Brennpunkt. Diesen Zusammenhang drückt **Albert Camus** mit dem berühmten Wort aus: „Es gibt nur ein wirklich ernstes philosophisches Problem: den Selbstmord. Die Entscheidung, ob das Leben sich lohne oder nicht, beantwortet die Grundfrage der Philosophie. Alles andere ... kommt erst später.“⁴

Es wäre daher auch wissenschaftlich naiv zu meinen, man könnte das Problem des Suizids absolut voraussetzungslos und wertneutral verstehen. Wenn der Suizid tatsächlich bis in die innersten Tiefen menschlicher Existenz hineinreicht, dann leuchtet ein, dass jeder Deutung und Beurteilung des Suizids ein bestimmtes Menschenbild zu Grunde liegen muss, auch dann, wenn dieses nicht explizit gehoben und artikuliert wird. Das gilt sowohl für die Haltung des einzelnen Menschen gegenüber dem Suizid als auch für dessen gesellschaftliche Bewertung.

Aus diesen einleitenden Gedanken wird klar, dass das Phänomen des Suizids in seiner ganzen existentiellen Tragweite nicht verstehen kann, wer den deutenden Zugang der philosophischen und theologischen Anthropologie ausklammert. **Romano Guardini** beginnt seine Schrift *Vom Sinn der Schwermut* (1928) mit den Worten: „Die Schwermut ist etwas zu Schmerzliches, und sie reicht zu tief in die Wurzeln unseres menschlichen Daseins hinab, als dass wir sie den Psychiatern überlassen dürften.“ (Mainz 1987, 7) Was Guardini über die Schwermut sagt, gilt in nicht geringerem Maß vom Suizid. Suizid ist etwas zu Schmerzliches und etwas, das zu sehr an die tiefsten Wurzeln menschlicher Existenz rührt, das bis an jenen Punkt heranreicht, wo es unmissverständlich um Sein oder Nichtsein, um Sinn oder Unsinn menschlichen Lebens geht, als dass man ihn nur als medizinisch-psychiatrisches oder soziales Problem

behandeln dürfte. Nicht dass diese Disziplinen unsauber arbeiten würden oder diese Faktoren nicht konstitutiv für die Genese der suizidalen Handlung wären, aber es würde Wesentliches für das Verständnis des Ganzen fehlen, vernachlässigte man die philosophisch-theologische Dimension.

2. Terminologische Einblicke

Die Sprachphilosophie hat bewusst gemacht, dass menschliches Denken und Verstehen auf Sprache angewiesen ist, sich in Sprache vollzieht und in ihr ausdrückt. Auf die sprachlichen Ausdrücke zu achten, gibt daher Einblick in das Verständnis einer Sache. Wann mit welchem Terminus oder mit welcher Redewendung die gemeinte Handlung des Suizids bezeichnet wird, macht die Denkweise einer Zeit offenbar. Jeder Ausdruck transportiert eine gewisse Voreinstellung und ganz bestimmte inhaltliche Implikationen. Sie zu bergen, beantwortet oft auch die Frage, warum zu einer bestimmten Zeit gerade dieser oder jener Ausdruck vornehmlich verwendet wurde.

Im Hinblick auf die Terminologie zu unserem Thema zeigt sich, dass die direkten Bezeichnungen wie Selbstmord, Selbstmordversuch, Selbsttötung usw. ganz allgemein eher gemieden werden. Statt dessen verwendet man lieber Umschreibungen wie „Hand an sich legen“, „sich etwas antun“, „ins Wasser gehen“ und Ähnliches. Das ist wohl ein Indiz für die herrschende Scheu vor und Unsicherheit gegenüber diesem Geschehen.

Aufgrund der negativen oder verwirrenden Konnotationen empfiehlt es sich, die Begriffe Selbstmord oder Freitod zu meiden und eher von Suizid oder Selbsttötung zu sprechen. Dies gilt vor allem für die Rede in einem fachwissenschaftlichen Kontext. In der alltäglichen Praxis scheint sich diese Diktion aber nur sehr langsam durchzusetzen. Viele Menschen empfinden den Ausdruck Suizid als zu gekünstelt, blass und fremdartig. Zur Begründung dieser Sprachempfehlung seien die einzelnen Begriffe in ihrer Herkunft und Bedeutung vorgestellt.

Der Ausdruck *Selbstmord* impliziert den religiös wie juristisch negativ besetzten Begriff *Mord* und damit den Inhalt einer Straftat oder einer ethisch verwerflichen Tat. Es wird nicht bedacht, dass hier Opfer und Täter(in) identisch sind. Der Begriff hat die Eigenart, drei Facetten des Lebensendes zugleich zu bezeichnen, nämlich das Sterben, das Töten und das Getötetwerden. Diese innere Widersprüchlichkeit, die kaum Beachtung findet, macht ihn missverständlich. De facto führte der Begriff über Jahrhunderte hinweg dazu, den Suizidenten primär als Täter(in) und nicht als Opfer zu sehen und dementsprechend zu ahnden. Der Ausdruck selbst ist ein Neologismus der Neuzeit. Als Verbum „sich ermorden“ findet er sich erstmals 1514 beim Franziskaner Thomas Murner (1475-1537), einem vehementen Gegner Luthers. Das Substantiv *Selbstmord* wird im deutschen Sprachraum erst im **17. Jh.** üblich, erstmals belegt in zwei Predigten von **Johann C. Dannhauer** aus dem Jahre 1643. Dieser Begriff wird heute als Relikt einer

⁴ Albert Camus: Der Mythos von Sisyphos (dt.: Le mythe de Sisyphe). Ein Versuch über das Absurde [1942]. Deutsch von Hans Georg Brenner. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt 1996, hier 9.

Einstellung zum Suizid angesehen, in der religiöse Vorurteile und gesellschaftliche Tabuisierung vorherrschten.⁵

Freitod (vom latein. mors voluntaria) ist quasi der wertende Gegenbegriff zu Selbstmord, mit dem die Freiheit des Menschen, sein Leben selbst zu beenden, betont wird. Er geht wahrscheinlich auf **Arthur Schopenhauer** und **Friedrich Nietzsche**⁶ zurück und wurde im 20. Jahrhundert v.a. von **Jean Améry** propagiert, der im Suizid eine absolut freie und autarke individuelle Entscheidung sah und daher für das individuelle „Recht auf den eigenen Tod“ plädierte. Abgesehen davon, dass sich der Begriff nicht durchsetzte, erhebt sich die Frage, ob ein Mensch in dieser Situation wirklich als *frei* zu bezeichnen ist und ob er der psychischen Realität des Suizidenten, d.h. seiner Verzweiflung und dem Gefühl der Ausweglosigkeit, der Unfähigkeit zur sachlichen Werterfassung und der Einengung des emotionalen wie intellektuellen Wahrnehmungsvermögens, die den Charakter des Anankastischen gewinnen kann, gerecht wird. Deshalb ist auch dieser Begriff abzulehnen.⁷

Suizid (vom latein. sui caedere bzw. vom neulatein. suicidium) dagegen ist der wertneutrale Begriff, der der gemeinten Sache am nächsten kommt. An sich handelt es sich um die Rückübersetzung des deutschen Begriffs *Selbsttötung*, der im Unterschied zu Selbstmord schon früher verwendet wurde, sich aber nicht durchsetzte. Der Ausdruck *Suizid* tauchte erstmals zu Beginn des 18. Jahrhunderts in Frankreich auf, verbreitete sich von da aus im englischen Sprachgebrauch und wurde allmählich zum wissenschaftlichen *terminus technicus*. Inhaltlich meint *Suizid* eine Handlung, durch die ein Mensch sich selbst absichtlich durch eigenes Tun tötet.

Davon ist klar der *Suizidversuch* als eine gegen sich selbst gerichtete, selbstschädigende Handlung, die keinen tödlichen Ausgang nimmt, abzuheben. Seit N. Kreitman ist es üblich, in diesem Fall von *Parasuizid* zu sprechen.⁸ Der wesentliche Unterschied zum Suizid liegt nicht in der Quantität, im Ausmaß der Autoaggression („missglückter Suizid“), sondern in der Intention, wie Erwin Stengel eindrücklich herausgearbeitet hat.⁹ In der modernen Suizidologie unterscheidet man diesbezüglich zwischen der *parasuizidalen Pause* (Motiv der Zäsur), der *parasuizidalen Geste* (Motiv des Appells) und der *parasuizidalen Handlung* (Motiv der Autoaggression; im engeren Sinn des missglückten Suizids). Welche intentionale Form auch immer ein Suizidversuch hat, er muss als Signal verstanden werden, dass ein Konflikt bzw. eine psychische Not vorliegt, die dieser Mensch nicht zu lösen oder zu tragen

im Stande ist.

Eine spezielle Form des Suizids ist der *Bilanzsuizid*. Damit meint man eine (meist älteren Menschen zugeschriebene) Selbsttötung, der unterstellt wird, dass sie die freie Willenshandlung eines psychisch gesunden Menschen ist, der als Konsequenz aus einer objektiven Lebensbilanz wohlüberlegt seinem Leben ein Ende setzt. Es wird allerdings zu Recht vielfach bezweifelt, ob es ein derart freies letales Resümee in der Realität überhaupt gibt. Vielmehr erscheint der Verdacht angebracht, dass es sich hierbei um ein theoretisches Konstrukt handelt, mit dem die Umgebung jede Mitverantwortung am tragischen Geschehen ablehnt. In Wirklichkeit ist der bilanzierende Aspekt höchstens ein Moment im Ganzen der bei einem Suizid ablaufenden vielschichtigen Psychodynamik.

Vor allem im Hinblick auf die (frühe) Geschichte ist noch auf einen Sonder- oder Grenzfall des Suizids hinzuweisen, den sogenannten *Opfertod*. Er ist eine letal endende selbstschädigende Handlung, die um anderer Menschen, höherer Werte oder religiöser bzw. politischer Überzeugungen oder Ideologien willen in Kauf genommen oder selbst durchgeführt wird. Darunter fällt das religiöse Martyrium oder politisch motivierter Hungertod. Es ist sehr umstritten, ob der Opfertod zu den suizidalen Verhaltensweisen gerechnet werden kann. Neue Aktualität gewinnen heute sog. „Selbstmordattentate“. Sie unter die Kategorie „Opfertod“ einzuordnen fällt schwer, da sie im Unterschied zu jenen essentiell auf den gleichzeitigen vielfachen Mord an anderen Menschen ausgerichtet sind. Als solche sind sie eher als Verbrechen einzustufen.

Der Versuch der terminologischen Entkriminalisierung des Selbstmords durch die Verwendung des Begriffs Suizid wird nicht einhellig angenommen. Der Philosoph **Karl Jaspers** (1883-1969) etwa lehnt sowohl den Begriff *Suizid* als auch den Begriff *Freitod* ab. Denn der Ausdruck „Suizid“ mime eine unwirkliche „Sphäre reiner Objektivität, die den Abgrund verhüllt“¹⁰, der Ausdruck „Freitod“ tauche die Handlung in ein „blasses Rosenrot, das wiederum verhüllt“¹¹. Er will deshalb ganz bewusst den Begriff *Selbstmord* beibehalten wissen, nicht um zu werten, sondern um das auf dem Spiel stehende Verhältnis des Menschen zu sich selbst und die Gewalt, die das Selbst gegen die eigene Person anwendet, zum Ausdruck zu bringen. „Allein das Wort ‘Selbstmord’ fordert unausweichlich, die Furchtbarkeit der Frage zugleich mit der Objektivität des Faktums gegenwärtig zu behalten: ‘Selbst’ drückt die Freiheit aus,

⁵ Vgl. Anna Christ-Friedrich (1998) 24-27.

⁶ Vgl. Friedrich Nietzsche, Also sprach Zarathustra: „Vom freien Tode“, in: Werke in drei Bänden. Hrsg. von Karl Schlechta. Darmstadt: Wiss. Buchges. 1997, hier II, 333-336. „Meinen Tod lobe ich euch, den freien Tod, der mir kommt, weil *ich* will.“ (Ebd. 334) Den reifen Mann beschreibt Nietzsche folgendermaßen: „Frei zum Tode und frei im Tode, ein heiliger Nein-Sager, wenn es nicht Zeit mehr ist zum Ja: also versteht er sich auf Tod und Leben.“ (ebd. 335)

⁷ Zur Kritik am Begriff „Freitod“ vgl. Thomas Haenel: Suizidhandlungen. Neue Aspekte der Suizidologie (mit 16 Tabellen). Geleitw. von W. Pöldinger. Berlin [u.a.]: Springer Verlag 1989, hier 4f.

⁸ Die wissenschaftliche Literatur folgt weitgehend der Definition Kreitmans, der zufolge ein Suizidversuch ein „selbstinitiiertes, gewolltes Verhalten eines Patienten (ist), der sich verletzt oder eine Substanz in einer Menge nimmt, die die therapeutische Dosis übersteigt und von welcher er glaubt, sie sei pharmakologisch wirksam“. Norman Kreitman, Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. In: Nervenarzt 51 (1980) 131-138. Vgl. auch ders. (Ed.), Parasuicide. London [u.a.]: Wiley 1977.

⁹ Vgl. Erwin Stengel, Selbstmord und Selbstmordversuch (dt.: Suicide and attempted suicide, 1964). Stuttgart: Fischer 1969.

¹⁰ Karl Jaspers, Philosophie, Bd 2: Existenzherhellung [1932]. Berlin: Springer-Verl. ⁴1973, 300.

¹¹ Ebd. 301.

die das Dasein dieser Freiheit vernichtet, (...), 'Mord' die Aktivität in der Gewaltsamkeit gegenüber einem in der Selbstbeziehung als unlösbar Entschiedenen¹², während der Begriff „Tod“ hier in unangemessener Weise die Bedeutung eines dem passiven Erlöschen Analoges ins Spiel brächte.

3. Philosophische und theologische Deutung des Suizids

Die philosophischen und theologischen Abhandlungen zum Suizid weisen aufs Ganze gesehen zwei Charakteristika auf:

1. Sowohl die theologischen als auch die philosophischen Deutungen des Suizids sind gekennzeichnet durch eine eigenartige Ambivalenz, die m. E. aus einer großen Unsicherheit resultiert. Die Beurteilungen schwanken im Theologischen zwischen Duldung und rigoroser Ablehnung, im Philosophischen zwischen pathetischer Befürwortung und überzeugter, begründeter Verurteilung. Es stehen sich also, grob gesprochen, zwei große Traditionsstränge gegenüber: Auf der einen Seite die Negation des Rechts auf Selbsttötung und deren Verurteilung als Sünde (in der Theologie) oder als strafwürdiges Vergehen (in der philosophischen Ethik) und auf der anderen Seite die Verteidigung des Rechts auf Selbsttötung als eines grundlegenden Bestandteils der Freiheit des Menschen.

2. Die philosophische und noch mehr die theologische Literatur zum Suizid ist bis herauf in die Gegenwart von einer Distanz zur konkreten existentiellen Realität des Suizidenten geprägt. Man konzentrierte sich mehr auf die ethisch-philosophische Frage der Legitimität der Selbsttötung vor Gott, vor der Gesellschaft und vor sich selbst bzw. der eigenen Natur, anstatt das Phänomen selber unter den verschiedenen humanwissenschaftlichen Gesichtspunkten zu untersuchen. Erst Ende des 19. Jhs. gelang diesbezüglich der Durchbruch, als **Émile Durkheim** mit seiner, bei der empirischen Sozialforschung ansetzenden Studie über den Selbstmord (*Le suicide, Paris 1897*) einen humaneren Zugang zur Suizidproblematik eröffnete. Er verstand den Suizid als „fait social“, als ein weit über eine individuelle Aktion hinausgehendes gesellschaftliches Phänomen.¹³ Vor dem Hintergrund der Integrations- und Anomietheorie unterschied er dabei drei Formen des Suizids je nach dem Grad der sozialen Integration: den egoistischen Suizid, den altruistischen Suizid und den anomistischen Suizid.

3.1. Antike

Die Haltung der heidnischen Antike zum Suizid ist im Vergleich zum christlichen Mittelalter von einer Pluralität der Meinungen geprägt. Grundsätzlich steht man dem Suizid relativ offen und natürlich gegenüber. Sich selbst zu töten fand zum Teil sogar gesellschaftliche Anerkennung, wie die berühmten Beispiele – Lukrez (55 v. Chr.), Cato d.

J. (46 v. Chr.), Brutus (42 v. Chr.), Kleopatra (30 v. Chr.) und Seneca (65 n. Chr.) – beweisen. Von einer wirklichen Freiheit kann aber auch hier nicht die Rede sein. Das Recht oder sogar die Pflicht, sich selbst zu töten, wurde an dessen Bedeutung für die Gesellschaft gemessen. Als Tötungsdelikt im eigentlichen Sinn hat der Suizid nicht gegolten. Auch unter den antiken Denkern und Schulen zeigt sich die Ambivalenz zwischen Ablehnung des Suizids als antisoziale Tat und dessen Bewunderung als Akt der Freiheit des Individuums.

Abgesehen von den **Pythagoreern**, deren kategorische Verwerfung des Suizids auf Pythagoras' Lehre von der Unsterblichkeit der Seele und der Seelenwanderung fußt, finden sich die ersten philosophischen Überlegungen zum Suizid bei **Platon** (428-348). Er lehnt den Suizid grundsätzlich ab und führt dafür zwei Gründe an: **1.** Der Mensch steht, wie Sokrates im *Phaidon* (62b-c) erklärt, in der Verfügungsgewalt Gottes. Es fehlt ihm daher die Berechtigung, den ihm zugewiesenen Platz in dieser Welt zu verlassen und den Zeitpunkt seines Todes, der endgültigen Trennung seines Geistes vom Körper, selbst zu bestimmen. In diesem Sinn ist Suizid ein Unrecht gegen Gott, außer er geschieht aus einer von Gott selbst verfügten Notwendigkeit. **2.** Darüber hinaus erklärt er in den *Nomoi* (873c-d) den Suizid als die verabscheuungswürdigste Form des Mordes, insofern er ihn wie eine Handlung betrachtet, in der jemand seinen allernächsten Freund tötet. Als solcher ist Suizid ein strafwürdiges Verbrechen, insbesondere wenn er aus träger Feigheit gegenüber den Ansprüchen des Lebens geschieht. Solchen Suizidenten muss ein reguläres Begräbnis verweigert werden, d.h. es bedarf einer speziellen Reinigung des Leichnams und eines Einzelgrabs im Grenzgebiet des Stadtstaates, das obendrein völlig anonym ohne Grabschild bleiben muss. Tolerierbar ist für Platon ein Suizid nur dann, wenn dadurch einem Richtspruch der Polis vorgegriffen wird oder das Leben durch die Last eines unentrinnbaren qualvollen Unglücks (Krankheit) oder einer ausweglosen entwürdigenden Schande unerträglich geworden ist. Das erste Argument wird von der christlichen Tradition aufgegriffen und erlangt als apodiktische metaphysisch-religiöse Legitimation der Verwerfung des Suizids große Wirkgeschichte. Die Halbherzigkeit, mit der Platon diese Position vertritt, indem er eine ausführliche Aufzählung der Vorteile des Todes anschließt, wird kaum beachtet. Es dürfte auch kein Zufall sein, dass der Kyniker Antisthenes und der geistige Vater der Kyrenaiker, Aristipp, im genannten Dialog *Phaidon* als (an- bzw. abwesende) Freunde des Sokrates angeführt werden. Beide sind aber dafür bekannt, dass sie radikal für das Recht auf die selbstgewählte Beendigung des Lebens eintraten.

Aristoteles (384-322) greift die platonische Sichtweise auf, generalisiert die Verwerfung des Suizids und macht die Verfügungsmacht der Polis zum maßgeblichen Motiv. Wer sich selbst umbringt, begeht zwar kein Verbrechen gegen sich selbst – der Suizident trägt ja freiwillig die Folgen sei-

¹² Ebd. 301.

¹³ Vgl. Ursula Baumann: Vom Recht auf den eigenen Tod. Weimar 2001, 229-250.

nes Tuns, keiner aber erleidet freiwillig ein Unrecht –, wohl aber gegen die staatliche Gemeinschaft und ihre Interessen. (Vgl. *Nikomachische Ethik*, Buch V, 1138a 4-14) Dabei hat Aristoteles nicht die Nützlichkeit der Person für die Polis im Auge, sondern den staatlichen Herrschaftsanspruch. Sich zu töten aus irgendeinem Kummer oder aufgrund von einem Übel ist – ähnlich wie bei Platon – Ausdruck von Feigheit und bedeutet Flucht.¹⁴ Ausnahmen vom Verbot des Suizids kennt Aristoteles nicht. Die Auffassung, dass die Polis allein das Recht hat, über Leben und Tod ihrer Mitglieder zu entscheiden, wirkt im römischen Recht hinsichtlich dessen Suizidverbots für Sklaven und Soldaten fort.

Dagegen weisen die **Kyniker**, **Kyrenaiker**, **Epikureer** und **Stoiker** den Machtanspruch der Polis zurück und verteidigen die Freiheit und das Selbstbestimmungsrecht des Individuums. „Sich selbst aus den Leben herauszuführen (exiágein heautoús toû biou)“ – wie Antisthenes sagt – ist ein Grundrecht des Menschen. Die Motive, die dafür genannt werden, sind unterschiedlich: Lebenspessimismus (Kyrenaiker, z.B. Hegesias „Peisithánatos“, den man aus Alexandria vertrieb, weil er so viele junge Leute in den Suizid trieb), asketische Vernünftigkeit (Antisthenes, Diogenes), Zerstörung des Lebensgenusses (Epikureer) oder Lebensüberdruß, „taedium vitae“ (Lukrez). Die **Stoa** entfaltet eine beeindruckende systematische Philosophie des Lebens und Sterbens: Leben und Tod an sich sind sittlich neutral, d.h. indifferente gleich-gültige Dinge, sogenannte „adiáphora“. Das, worauf es ankommt, ist das „vernunftgemäße, gute Leben“ (Seneca, Ep. 70),¹⁵ das zugleich ein Leben gemäß der Natur ist. Dieses entscheidet über die innere Qualität des Daseins. Ist ein solches unmöglich, steht dem Menschen als Weg in die Freiheit der „wohlerwogene Lebensausgang“ (eúlogos exagôge) offen, der im Interesse der Mitmenschen und im Einklang mit dem göttlichen Logos der Natur sogar zur Pflicht werden kann. „Malum est in necessitate vivere: sed in necessitate vivere necessitas nulla est.“ (Seneca, Ep. 12, n. 10) Die bekanntesten Vertreter der hellenistischen Schulen lesen sich wie das „Who is Who“ der antiken Suizidenten: Diogenes, Hegesias, Zenon, Kleantes, Sokrates (?), Lukrez, Seneca. Erlaubt im strengen Sinn ist der Freitod aber nur dann, wenn ihm eine eingehende Prüfung der Lebensumstände vorausgeht und die Gründe für oder gegen ein Weiterleben vernünftig erwogen worden sind. Der Suizid erscheint als philosophischer Akt.

Das alte Rom gilt als El-Dorado für Suizidenten (ausgenommen Soldaten und Sklaven). Für den freien Menschen bestand kein gesetzliches oder religiöses Verbot, Suizid zu begehen.¹⁶ Erst im 2. Jh. n. Chr. verschärft sich die römische Gesetzgebung. Parallel mit dem Niedergang des Stoizismus macht sich unter dem Einfluss des **Neuplatonismus** eine Gegenbewegung bemerkbar. Nach **Plotin** (205-270)

ist Suizid abzulehnen, weil er die Seele des Toten verstört und daran hindert, sich vom Körper zu lösen und in die geistig-göttliche Sphäre zurückzukehren. (Vgl. Enneade I, 9)¹⁷ Entscheidend ist vielmehr das philosophische Sterben, das vom Menschen fordert, dem Fleische abzusterben.

3.2. Mittelalter

Folgt man den Zeugnissen (diversen Memoiren und Tagebüchern), erkennt man, dass der gewöhnliche Suizid im Mittelalter in allen Gesellschaftsschichten und von beiden Geschlechtern verübt wird.¹⁸ Es kristallisieren sich aber zwei Typen des Suizids heraus, der direkte, sog. „egoistische“ des einfachen Mannes, der sich tötet, um dem Elend zu entrinnen, und der indirekte, sog. „altruistische“ der Adeligen und Geistlichen, die sich töten lassen, um der Demütigung zu entgehen. Gilt der erste als Akt der Feigheit und Flucht, so der zweite als mutige, ehrenvolle Tat oder als Beweis eines unerschütterlichen Glaubens.

Bestimmend für die Haltung zum Suizid wird ab nun im Abendland **die jüdisch-christliche Tradition**. Auch wenn das biblische Ethos noch keine eindeutige Verurteilung des Suizids kennt, ihn vielfach als tragisches Schicksal oder altruistisches Selbstopfer deutet – man rufe sich einige Beispiele für Suizid oder suizidale Haltung in Erinnerung: König Abimelech [Ri 9,54], Simson [Ri 16,30], Saul [1 Sam 31,4f], Simri [1 Kg 16,18], Judas (Mt 27,5) bzw. Tobit (Tob 3,6), Sara (Tob 3,13), Elija (1 Kg 19,4) und Jona (Jon 4,2ff) –, verurteilen Judentum und Christentum den Suizid letztlich doch scharf. Unter Berufung auf das fünfte Gebot wird der Suizid zunehmend klarer als Selbst-Mord qualifiziert. Eine entscheidende Rolle in diesem Meinungsbildungsprozess spielt v.a. der große Kirchenlehrer Aurelius Augustinus.

Augustinus (354-430) ist der erste, der den Suizid explizit und generell als Mord behandelt und verurteilt. Der Hintergrund ist die Auseinandersetzung mit dem donatistischen Märtyrerunwesen, die dem Motto folgen „Die wahre Kirche ist nur eine Kirche von Märtyrern!“, sowie die konkrete Frage, ob eine vergewaltigte Frau sich selbst töten darf, d.h. das sogenannte Lucretia-Motiv. Während einige Kirchenväter (Chrysostomus, Eusebius, Ambrosius) Frauen, die in Zeiten der Christenverfolgung Hand an sich legten, noch seligsprachen, bekennt sich Augustinus – natürlich in bewusster Abgrenzung gegen die Donatisten – zur prinzipiellen und absoluten Gültigkeit des fünften Gebots. Seiner Ansicht nach gibt es keine Autorität, die die Christen in irgendeiner Lage mit dem Recht auf den Freitod (ius voluntariae necis) ausstatte. (vgl. De civ. I, 20) Aufgrund des biblischen Befundes (siehe oben!) kann er aber nicht umhin, dann doch eine Ausnahme gelten zu lassen, nämlich die Selbsttötung auf göttlichen Befehl, die als „fromme

¹⁴ „Zu sterben, um der Armut oder einer Liebe oder irgendeinem Schmerz zu entgehen, zeigt nicht Tapferkeit, sondern eher Feigheit. Denn es ist weichlich, das Widerwärtige zu fliehen, und wer da den Tod aushält, tut es nicht, weil es edel ist, sondern nur, um einem Übel zu entgehen.“ Aristoteles: *Nikomachische Ethik*, Buch III, 1116a 12-15; zitiert nach der Ausgabe: München: dtv 41981

¹⁵ Seneca wird zitiert nach: Lucius Annaeus Seneca: *Philosophische Schriften*. Lateinisch und deutsch. Hrsg. von M. Rosenbach. Darmstadt: Wiss. Buchges. 1995.

¹⁶ Vgl. Georges Minois: *Geschichte des Selbstmords*. Düsseldorf: Artemis & Winkler 1996, 76ff.

¹⁷ Plotins *Schriften*, Bd. 1-6. Übers. von Richard Harder. Neubearbeitung mit griech. Lesetext und Anmerkungen fortgeführt von Rudolf Beutler und Willy Theiler. Hamburg: Meiner-Verl. 1962.

¹⁸ Vgl. G. Minois 19ff.

Folgsamkeit“ kein Unrecht sein kann.

Auch ein Blick in die **Lehramtlichen Aussagen** veranschaulicht diese Entwicklung. Wurde noch im Jahre 314 n. Chr. auf dem Konzil von Ancyra eine junge schwangere Frau, die sich das Leben nahm, weil der Vater des Kindes ihre Schwester heiratete, von der Kirche nicht verurteilt, sondern allein der Vater gerügt, trat offensichtlich durch Augustinus ein Gesinnungswandel ein. Unter seinem Einfluss erklärt das Konzil von Arles (452) den Suizid zum Verbrechen und zum „*furor diabolicus*“. Das Konzil von Braga (563) beschließt, allen Suizidenten das Begräbnis zu verweigern, eine Bestimmung, die auf der Synode von Orléans (533) vorbereitet und auf der Synode von Nîmes (1284) bestätigt wurde. Dieser Praxis der kanonischen Bestrafung des Suizids geht eine uralte profane Tradition der gesellschaftlichen Ächtung des Suizids voraus: Seit man das Phänomen Suizid kennt, weiß man auch um Praktiken der Verstümmelung und Folter der Leichen der Suizidenten sowie der Verweigerung des Begräbnisses auf den kummunalen Plätzen. Zu ihnen gesellt sich im Mittelalter die Strafe der Konfiszierung der Güter.¹⁹

Die großen Theologen des Mittelalters – Petrus Abaelard, Duns Scotus, Alexander von Hales, Bonaventura usw. – stimmen in der generellen Verurteilung des Suizids überein. So auch **Thomas von Aquin** († 1274), dessen systematische Widerlegung des Rechts auf den Freitod für die katholische Position bis herauf zum *Katechismus der Katholischen Kirche*²⁰ bestimmend blieb, wie sie auch immer wieder negativer Bezugspunkt für die Befürworter des Suizids war. Nach Auffassung des Thomas – dargelegt in der *Summa theologiae II/2*, q. 64, a. 5 – ist der Suizid aus drei Gründen schlechthin illegitim: **1.** weil er gegen die natürliche Neigung zur Selbsterhaltung und die Pflicht zur Selbstliebe verstößt, **2.** weil er ein Unrecht gegen die Gemeinschaft ist, der jeder Mensch als Teil angehört, **3.** weil er das absolute Verfügungsrecht Gottes, der allein Herr über Leben und Tod ist, missachtet. Das Leben ist ein Geschenk und dem Menschen zur verantwortlichen Gestaltung in der Spanne zwischen Geburt und Tod übergeben. Allein darauf bezieht sich die Freiheit, nicht aber auf die Verfügung über Sein oder Nichtsein. Man kann leicht erkennen, dass Thomas in seinen Ausführungen auf die beiden platonischen und das aristotelische Argument zurückgreift.

3.3. Neuzeit

Die neuzeitliche Auseinandersetzung mit dem Suizid bleibt auf weite Strecken und selbst noch in der Kritik von dieser Trilogie aus einem naturrechtlichen, einem sozial-ethischen und einem theologischen Argument abhängig.

Die Auseinandersetzung mit den Konzeptionen, die den Suizid schlechthin als unmoralischen Akt verwerfen, wird auf neuzeitlichem Boden von **Michel de Montaigne** (1533-

1592) eröffnet. Der richtige Umgang mit dem Tod besteht nicht darin, ihn zu verdrängen. Wir müssen vielmehr lernen, so heißt es in dem Essay *Philosophieren heißt sterben lernen* (1580),²¹ dem Tod mutig entgegentreten, ihn möglichst oft vor Augen zu haben und ihm seine Fremdartigkeit nehmen. Damit nehmen wir dem Tod seinen Stachel und gewinnen Gelassenheit. Er kann nun kommen, wann er will. „Die Vorbereitung zum Tode ist die Vorbereitung zur Freyheit. Wer sterben gelernt hat, hat ein Sklave zu sein verlernet. ... Die Kunst zu sterben befreyet uns von aller Unterwürfigkeit und allem Zwange.“²² Wer gelernt hat, den Tod zu durchleben und als tägliche Möglichkeit der Existenz anzunehmen, gewinnt die Freiheit des Lebens, jene vollkommene Freiheit, die „der Gewaltthätigkeit und Ungerechtigkeit“ (vgl. ebd. 124) dieses Lebens trotzt. Er lässt sich von der Ungewissheit des Todes nicht in Angst und Schrecken versetzen. Existenzanalytisch gewendet heißt das: Nur wer durch das „Tor des Todes“ gegangen ist, gelangt zur Freiheit eines gelassenen Daseins, das die Angst in den Existenzvollzug integrieren kann. Der Tod rückt bei Montaigne als Akt in den Blick, durch den wir endgültig alle Fesseln der Knechtschaft, die dieses Leben für uns bereit hält, abwerfen. Er sichert unsere Freiheit gegen jeglichen Zugriff von außen. Suizid erscheint unter diesen Voraussetzungen als Akt, in dem der Mensch das Höchstmaß an Freiheit erlangt, als schöner Tod. Diese Sicht ist allerdings nur dem möglich, der den Tod als „Anfang eines anderen Lebens“ (Ebd. 125), als „Theil des eigenen Wesens“ (vgl. ebd. 127) und als etwas begreift, das einfach auch zum Leben gehört.²³ Dazu gesellt sich die stoische Einstellung, dass das Leben an und für sich weder etwas Gutes noch etwas Böses ist. Es ist „Raum des Guten und Bösen“ (Ebd. 128), d.h. es liegt an uns, wie wir mit dem Leben umgehen, das uns gewährt wird.

Eine fundierte Infragestellung der thomanischen Argumentation kommt von seiten des später (1615) zur Anglikanischen Kirche übergetretenen Kaplans **John Donne** (1572/3-1631) in dem berühmten Buch *Biathanatos* (verf. 1608, erschienen 1646). Wie schon der Untertitel „*Eine Erklärung des Paradoxons oder der These, dass der Selbstmord seiner Natur nach nicht so unbedingt Sünde ist, als dass er niemals auch etwas anderes sein könnte sagt*“, versucht er nachzuweisen, dass Suizid weder dem Naturgesetz, noch dem Vernunftgesetz bzw. der Gemeinschaft, noch dem Gesetz Gottes widerspricht. Donne ist überzeugt, dass es überhaupt kein alle Menschen umfassendes Naturgesetz gibt. Ansonsten könnten sich nicht so viele Menschen umbringen. Die These der Verletzung des sozialen Vernunftgebots verliert ihre Stichhaltigkeit, wenn man sich die vielen Auswanderer vor Augen führt, von denen auch niemand behauptet, sie begängen ein Verbrechen. Und was das Gesetz Gottes betrifft, so wissen wir alle, dass das fünfte Ge-

¹⁹ Vgl. Gerd Mischler: Von der Freiheit, das Leben zu lassen. Kulturgeschichte des Suizids. Hamburg / Wien: Europa-Verl. 2000; und A. Alvarez: Der grausame Gott. Eine Studie über den Selbstmord. Hamburg: Hoffmann & Campe 1974, hier bes. 57-87.

²⁰ *Ecclesia catholica: Katechismus der Katholischen Kirche*. München [u.a.]: Veritas 1993.

²¹ Michel de Montaigne: *Essais* (= Versuche) nebst des Verfassers Leben. Nach der Ausg. von Pierre Coste ins Dt. übers. von Johann Daniel Tietz. Red. d. Neuausg.: Winfried Stephan. Zürich: Diogenes-Verl. 1992, Bd. I, 103-135.

²² Ebd. 115.

²³ „Euer Tod ist mit in der Ordnung der Natur begriffen, und ein Stück von dem Leben der Welt.“ Ebd. 126.

bot auch im Namen des (oft von der Kirche selbst gebilligten) Krieges verletzt wird. Donne fordert seinerseits für die Beurteilung des Suizids die Orientierung am *Gewissen* und dem Suizidenten gegenüber die Haltung der verstehenden christlichen Güte.

Während **Arnold Geulinx** (1625-1669) im Namen der Allursächlichkeit des göttlichen Willens leugnet, dass es überhaupt so etwas wie einen autonomen Willen zum Tod bzw. eine Selbstvernichtung durch eigene Aktion gibt, verabsolutiert **Baruch de Spinoza** (1632-1677) das Prinzip der Selbsterhaltung so sehr, dass es ihm völlig unmöglich erscheint, dass der Mensch aus sich heraus danach streben könnte, nicht mehr da zu sein. Seiner Ansicht nach kann Selbsttötung nur die Tat einer absoluten Unfreiheit sein.²⁴ Der freie Mensch denkt denn auch an nichts weniger als an den Tod. Die Weisheit entspringt nicht – wie bei Montaigne – dem „memento mori“, dem Meditieren über den Tod, sondern dem Nachsinnen über das Leben.²⁵ Ähnlich wie Spinoza erhebt auch **Thomas Hobbes** (1588-1679) die Selbsterhaltung in den Rang eines *summum bonum* des Menschen. Es ist daher oberste Vorschrift des Einzelnen wie der Gesellschaft, alles zu tun, um die Selbsterhaltung jetzt und in Zukunft zu sichern. Unter dieser Voraussetzung muss Suizid ein Unding sein, bei dem der Mensch sowohl seiner Natur zuwiderhandelt als auch gegen das Gebot der Vernunft verstößt, Handlungen zu unterlassen, die die Selbsterhaltung gefährden. Während also Geulinx, Spinoza und Hobbes in der Beurteilung des Suizids von ihrem metaphysischen Wirklichkeitsverständnis her ganz neue und eigene Wege gehen, orientieren sich die **Aufklärer** in ihrer Verteidigung des Rechts auf Suizid wieder mehr kritisch an der thomanischen Argumentationsfigur.

Bahnbrechende Bedeutung in der neuzeitlichen Suizid-Diskussion kommt dem englischen Empiristen **David Hume** (1711-1776) zu.²⁶ Die von ihm in seiner posthum veröffentlichten Schrift *Of Suicide* (verf. 1755, publ. 1777 [anonym] bzw. 1783)²⁷ unternommene philosophische Begründung der individuellen Freiheit zum Tode ist nicht nur geprägt von einem deistischen Weltbild, sondern auch von den Argumenten der Stoa. Ursache für die Ablehnung des Suizids ist nach Hume letztlich nur die natürliche Angst vor dem Tod, gepaart mit den Drohungen des Aberglaubens. Demgegenüber gilt es mittels der Philosophie die Freiheit zurückzuerobern. Ein Verbrechen kann ein Suizid nämlich nur dann sein, wenn dabei die Pflicht gegenüber Gott, dem Nächsten oder sich selbst verletzt wird. Indem er zeigt, dass dies nicht der Fall ist, widerlegt er die Argumente des Thomas.

I. Unter der deistischen Voraussetzung, dass Gott die Geschehnisse der Welt nicht direkt leitet, sondern mittels der

allgemeinen und unveränderlichen Naturgesetze, können weder selbstvernichtende noch selbsterhaltende Akte des Menschen als Verstoß gegen den Willen Gottes ausgelegt werden. In beiden Fällen wird nur mit Kräften operiert, mit denen Gott seine Geschöpfe ausgestattet hat. Es wäre also unsinnig, darin einen Eingriff in die Vorsehung Gottes zu sehen, wenn dieser ihn dazu indirekt ermächtigt hat. Ist es als Vorsehung zu betrachten, wenn man durch eine böse Krankheit oder durch die Hand eines Feindes stirbt, dann genau so, wenn man sich ins eigene Schwert stürzt. „Wenn die Furcht vor Schmerz die Oberhand über meine Liebe zum Leben gewinnt, wenn eine absichtliche Handlung die Wirkungen blinder Ursachen vorwegnimmt, so geschieht das nur infolge jener Mächte und Prinzipien, die er [= der höchste Schöpfer] seinen Geschöpfen eingepflanzt hat.“ (*Über Selbstmord* [PhB 341], 95) Es wäre eine Anmaßung zu glauben, der Mensch könne durch irgendeine Tat die Weltordnung stören. Im Grund sind alle irdischen Ereignisse Handlungen des Allmächtigen selber. Hume kehrt das theologische Argument des Aquinaten förmlich um, indem er den Suizid aus der Natur herleitet, die ihrerseits die einzige Form der Anwesenheit und Wirkmächtigkeit Gottes in dieser Welt ist.

2. Der Mensch kann wohl das soziale Gefüge stören, dennoch ist ein Suizid keine Verletzung der Pflicht gegenüber unserem Nächsten und der Gesellschaft. Die soziale Verpflichtung, den Anderen Gutes zu tun, erreicht spätestens dort ihre Grenze, wo das eigene Leben zur Qual wird. Wo jemand die Nützlichkeit für die Gesellschaft zur Gänze verloren hat, ist ein Suizid sogar lobenswert.

3. Hinsichtlich der Pflicht gegen sich selber wird niemand bezweifeln, dass die Selbstvernichtung legitim im eigenen Interesse geschieht, wenn das Leben durch Alter, Krankheit oder Unglück zur unerträglichen Last geworden ist. Die natürliche Angst vor dem Tod sorgt dafür, dass wirklich nur ernsthafte Gründe einen Menschen zu diesem Schritt bewegen. Zumindest könne man sicher sein, „dass jedermann, der ohne ersichtlichen Grund dazu griff, von einer derart unheilbaren Verkehrtheit oder Dürsterkeit des Gemüts gequält wurde, dass sie alle Freuden vergiftete und ihn ebenso elend machte, als wenn er mit dem schwersten Missgeschick beladen gewesen wäre.“ (*Über Selbstmord* [PhB 341], 98) Auch das Hereinbrechen solch einer Art psychischer Erkrankung versteht Hume als eine Folge einer langen Kette von Ursachen, sodass auch ein derartiger Suizid im Sinne der allgemeinen Vorsehung Gottes zu begreifen ist.

Das *Problem* an Humes Ansatz liegt darin, dass er den Menschen und seine Handlungen zur Gänze einebnet in die

²⁴ „Niemand, sage ich, verschmäht seine Nahrung oder nimmt sich das Leben infolge der Notwendigkeit seiner Natur (ex necessitate suae naturae), sondern durch den Zwang äußerer Ursachen.“ Baruch de Spinoza, *Ethik* IV, 20, Sch.

²⁵ Vgl. ebd. IV, 67.

²⁶ Vgl. dazu u.a. Friedhelm Decher: *Die Signatur der Freiheit. Die Ethik des Selbstmords in der abendländischen Philosophie*. Lüneburg: zu Klampen 1999; und Ursula Baumann: *Vom Recht auf den eigenen Tod*. Weimar 2001, hier 127-133.

²⁷ David Hume: *Über Selbstmord*. In: Ders., *Die Naturgeschichte der Religion* (dt.: *The natural history of religion*). Übers. und hrsg. von Lothar Kreimendahl. *Über Aberglaube und Schwärmerei. Über die Unsterblichkeit der Seele. Über Selbstmord*. 2., durchges. Aufl. mit erg. Bibliographie. Hamburg: Meiner 2000, 89-99. (Philosophische Bibliothek 341)

Natur und ihre allgemeine Gesetzmäßigkeit. Die genuin menschliche Freiheit, die dem Menschen als vernunftbegabte, selbstbewusste Person eignet und diesen zur freien Gestaltung des Lebens im Rahmen natürlicher Möglichkeiten (aber nicht Determination) befähigt, hat in seinem Konzept keinen Raum. Demzufolge kommt auch die Frage der ethischen Verantwortung für das eigene Tun nicht in den Blick.

Zu einer radikalen Neubewertung des Suizids im Namen der sittlichen Autonomie des Individuums kommt es durch **Immanuel Kant** (1724-1904).²⁸ Nach Kant ist es gerade die Autonomie der reinen praktischen Vernunft als Prinzip der Sittlichkeit, die die uneingeschränkte Verwerfung des Suizids fordert, und nicht die Annahme einer wie immer gearteten heteronomen Instanz. Die Selbstgesetzlichkeit der Freiheit für eine Selbsttötung auszunützen, ist ein Selbstwiderspruch der sittlichen Persönlichkeit. Sein metaphysisches Argument lautet also: „Das Subjekt der Sittlichkeit in seiner eigenen Person“ zu vernichten bedeutet nichts anderes, „als die Sittlichkeit selbst ihrer Existenz nach“ (*Metaphysik der Sitten*, A 73), d.h. das Fundament aller autonomen Freiheit und damit aller sittlichen Verbindlichkeit, zu zerstören. Im Suizid degradiert sich der Mensch, der doch Zweck an sich selbst ist, zum bloßen Mittel für einen Zweck. In der Vernichtung des „homo phänomenon“ löscht er die phänomenale Basis des „homo noumenon“, d.h. seines Personseins, aus.

Suizid ist für Kant eindeutig *Selbst-Mord*, weil er ein Verbrechen ist. Er verstößt gegen die erste Pflicht des Menschen gegen sich selbst, gegen die Pflicht der Selbsterhaltung, die „keine Ausnahme zum Vorteil der Neigung“ (*Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, BA 53) duldet. Die bindende Kraft dieser „Pflicht gegen sich selbst“ kann auch nicht durch das „Prinzip der Selbstliebe“, die den Suizid nahelegen könnte (im Falle unerträglicher physischer oder psychischer Qualen), neutralisiert werden, insofern das Selbst als Subjekt der Sittlichkeit im kategorischen Imperativ konstituiert ist. Niemand aber kann ernsthaft behaupten, dass ein Suizident vernünftigerweise wollen kann, dass seine Maxime des Handelns zu einem allgemeinen Naturgesetz werden soll. (*Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, BA 52)

Kants Beurteilung des Suizids ist bis in die Gegenwart herauf die moralphilosophisch relevanteste und provokativste Infragestellung des individuellen Rechts auf Suizid geworden. Und das vermutlich v.a. gerade deshalb, weil er – ohne Zuhilfenahme theologischer Argumente – ausdrücklich beansprucht, sie gerade auf dem Prinzip der sittlichen Autonomie des Menschen zu begründen.

Während die Deutschen Idealisten (Fichte, Schelling, Hegel) im Gefolge Kants den Suizid ziemlich rigoros verurteilen, kommt es bei Schopenhauer und Feuerbach insofern zu einer nicht unwesentlichen Wende im Umgang mit

der Problematik, als die anthropologische Deutung klar den Vorrang vor der moralphilosophischen Wertung gewinnt. Nach **Arthur Schopenhauer** (1788-1860) ist es lächerlich, Suizid unter Strafe zu stellen. Denn welche Strafe sollte den abschrecken, der den Tod sucht? Man könne höchstens den Suizidversuch unter Strafe stellen. Allerdings bestrafe man auch hier nicht so sehr den Selbstmord als solchen, als vielmehr die Ungeschicklichkeit, durch die die Tat misslingt. Trotzdem betrachtet er den Suizid als untaugliches Mittel, um vom Willen zum Leben loszukommen. Der Suizid zerstöre nämlich nur eine einzelne Erscheinung des Lebenswillens, den Leib, aber nicht den Kern dieser Erscheinung, den Urwillen als solchen, der das außerräumliche und außerzeitliche metaphysische Prinzip aller Dinge darstellt. So gesehen ist der Suizid als willentliche Selbstvernichtung der krasseste Ausdruck des Widerspruchs des „Willens zum Leben“ mit sich selbst. Statt Verneinung des Willens zu sein, ist er noch im Tode seine Bejahung. Noch klarer formuliert **Ludwig Feuerbach** (1804-1872) diesen Gedanken in seiner Schrift *Der Eudaimonismus* (1867-1869).²⁹ Wohl ist der Selbstmord der auffallendste und radikalste Widerspruch mit dem Glückseligkeitstrieb, doch bei genauerem Hinsehen zeigt sich, dass „dieser Kampf zwischen Leben und Tod nur ein Kampf des Glückseligkeitstriebes mit sich selbst – des den Tod als den ärgsten Menschenfeind verabscheuenden Glückseligkeitstriebes mit dem gleichwohl den Tod als den letzten Freund umarmenden Glückseligkeitstriebes“ (ebd. 235) ist. D.h. der Suizid entspringt im Letzten nicht einer Lebensverneinung, sondern vielmehr der Sehnsucht nach glücklichem Leben. Schließlich sucht der Selbstmörder „nicht den Tod, weil er ein Übel, sondern weil er das Ende seines Übels und Unglücks ist“ (ebd. 235).

Den Durchbruch zu einer nicht-wertenden, primär humanwissenschaftlichen Betrachtung des Suizids vollzog **Erwin Ringel** († 1994). Ringel vertrat in seinem 1953 erschienenen Buch *Der Selbstmord* (1953)³⁰ die These, dass der Suizid Endpunkt einer krankhaften Entwicklung ist. Die suizidale Handlung als eine Krankheit bzw. als Symptom einer Krankheit zu begreifen, war ein entscheidender Schritt, den Suizid zu enttabuisieren und sich ihm auf der Basis humanwissenschaftlicher Methoden anzunähern. „Es ist von entscheidender Bedeutung, dass der Selbstmord als das gesehen wird, was er wirklich ist: als eine *Krankheit* und *nicht* als eine *Lösung* oder gar als ein *Ideal*“ (Der Selbstmord, 231).

Diese Krankheit resultiert allerdings nicht allein aus der Erbmasse, sondern aus einer Vielzahl von persönlichen lebensgeschichtlichen und sozialen Faktoren. „Zum Selbstmörder wird man nicht *geboren*, sondern man *entwickelt* sich zu ihm.“³¹ Es sind drei Faktoren, die in diese Richtung prädisponierend wirken:

1. eine grundsätzlich entmutigende Lebenseinstellung,

²⁸ Vgl. Immanuel Kant: Werke in sechs Bänden. Hrsg. von Wilhelm Weischedel. Darmstadt: Wiss. Buchges. 1998.

²⁹ Vgl. Ludwig Feuerbach: Zur Ethik: Der Eudaimonismus (1867-1869). In: Ders., Sämtliche Werke. Neu hrsg. von Wilhelm Bolin und Friedrich Jodl. Band X: Schriften zur Ethik und nachgelassene Aphorismen. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog 1960.

³⁰ Vgl. Erwin Ringel: Der Selbstmord – Abschluß einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern; mit Tabellen. Wien / Düsseldorf: Maudrich 1953. (Wiener Beiträge zur Neurologie und Psychiatrie 3)

³¹ Erwin Ringel: Ein Beitrag zur Frage der ererbten Selbstmordneigung. In: Wiener ZS für Nervenheilkunde 5, 26-40.

2. die Fixierung in stereotypen Wahrnehmungs- und Verhaltensmustern, die die pathogene Konstellation verfestigt und
3. eine neurotische Übertragungshaltung (man erwartet dann von jedem von vornherein das Nichtverstandenwerden).

Endstadium dieser sich zunehmend ausprägenden Disposition zum Selbstmord ist das zentrale Symptom der „Ich-Verunsicherung“, das sich in einem Geflecht von psychischen Störungen äußert, das Ringel das „präsuizidale Syndrom“ nennt. Dieses ist durch drei Stadien gekennzeichnet ist:

1. durch einen regressiven Prozess der zunehmenden Einengung (des Reaktionsverhaltens, der menschlichen Beziehungen, negative Weltsicht, ...),
2. durch zunehmende Autoaggression (infolge von Konflikanfälligkeit und immer neuen Enttäuschungen, erhöhter Verletzlichkeit, mangelnder Wertobjektivierung) und
3. durch die Flucht in eine suizidale Phantasiewelt (als Reaktion auf die Unerträglichkeit des realen Lebens).

Gegen Ringels Einschätzung des Suizids als Krankheit wehrt sich vehement der Wiener Literat und Philosoph **Jean Améry** alias Hanns Maier (1912-1978) in seinem zwischen einer parasuizidalen Handlung und dem endgültigen Suizid verfassten Buch *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod* (Stuttgart 1979).³² Der Freitod sei ein absolut freier Akt des Menschen, den dieser setzt, wenn er sich in seiner Dignität und Humanität gescheitert sehe. Entscheidend sei der Moment des Absprungs. In ihm erlebt der Suizident die höchste Dichte, in der das Dasein je erfahrbar sei. Suizidalität ist daher keine Krankheit, von der man geheilt werden müsste, sondern ein „Privileg des Humanen“ (ebd. 43), wie ja auch der Tod ganz allgemein kein natürliches Phänomen ist. Améry wehrt sich daher entschieden gegen jede Fremdbestimmung des Menschen im Hinblick auf seinen Tod. Der Suizid müsse endlich anerkannt werden als das, was er ist: „ein freier Tod eben und eine hochindividuelle Sache, die zwar niemals ohne gesellschaftliche Bezüge vollzogen wird, mit der aber letztlich der Mensch mit sich allein ist“ (ebd. 85). Weder Religion noch Gesellschaft haben das Recht, sich in dieser Frage einzumischen. Der Mensch gehört allein sich selbst!

Es wird deutlich, dass Améry mit den Konsequenzen, die er aus der Autonomie des Menschen zieht, in schärfstem Kontrast zu Kant steht. Die Freiheit des Suizidenten wird dargestellt als hehres Allmachtsgefühl, in diesem Augenblick göttlicher Macht und Herrlichkeit keine Chance zu geben. Améry kann für sein Werk wohl beanspruchen, das Problem des Suizids aus der Innenperspektive des Betroffenen abzuhandeln, andererseits muss aber bezweifelt werden, ob der Suizid aus dieser hier unterstellten bewussten Rationalität vollzogen und als Moment absoluter Freiheit erlebt wird, ganz zu schweigen davon, dass menschliche Freiheit nie so absolut sein kann, wie Améry sie sich wünscht. Suizid bedeutet jedenfalls nur Freiheit von etwas,

aber nicht Freiheit zu etwas. Denn mit diesem Akt ist jeder Freiheit in Zukunft das Fundament entzogen.

3.4. Aktuelle kirchliche Sicht

Nicht nur das Mittelalter war in seiner Stellungnahme gegenüber dem Suizid wesentlich von der christlichen Weltanschauung bestimmt. Wie wir sahen, orientierte sich auch das Denken der Neuzeit – positiv anlehnend oder negativ ablehnend – an der kirchlichen Position, insbesondere an der systematischen Widerlegung des Suizids durch Thomas von Aquin. Aber auch die rechtliche Ächtung der Suizidenten war wesentlich von der Haltung der katholischen Kirche beeinflusst. Wir haben alle noch die diesbezüglichen strengen Begräbnisvorschriften in Erinnerung. Das neue Kirchenrecht, der CIC von 1983, kennt die bis dato geltende Bestimmung (can. 1240 § 1 n. 3) nicht mehr, nach der Menschen, die sich selbst aus bewusster Entscheidung töteten, vom kirchlichen Begräbnis ausgeschlossen waren, es sei denn man konnte beim Suizidenten Anzeichen von Reue feststellen (can. 2350 § 2). Dagegen gibt es in den Bestimmungen hinsichtlich der Weihehindernisse keine Änderung. Auch nach dem neuen CIC wird der Suizidversuch sowohl unter den Hindernissen für den Empfang einer Weihe (can. 1041 n. 5) als auch unter denen für die reguläre Ausübung empfangener Weihen (can. 1044 § 1 n.3) angeführt.

Die theologische Grundlage für diese kanonistischen Bestimmungen ist die grundsätzliche Ablehnung des Suizids als Verstoß gegen das fünfte Gebot. Der *Katechismus der Katholischen Kirche* (=KKK) sagt in der Zusammenfassung zu diesem Punkt: „Der Selbstmord ist ein schwerer Verstoß gegen die Gerechtigkeit, die Hoffnung und die Liebe. Er wird durch das fünfte Gebot untersagt.“ (KKK n. 2325)

Die theologische Begründung für die Ablehnung des Suizids wird in einem eigenen kurzen Kapitel zu diesem Thema vorgelegt, das bezeichnenderweise die wertende Überschrift „Der Selbstmord“ und nicht die neutralere „Der Suizid“ trägt. Inhaltlich orientiert man sich fast ausschließlich an *Thomas von Aquin*: Der Suizid ist abzulehnen, da Gott der Herr des Lebens, der Mensch aber nur Verwalter seines Lebens ist, das ihm von Gott anvertraut wurde, dem gegenüber er es auch zu verantworten habe (n. 2280). Außerdem widerspreche die Selbsttötung der natürlichen Anlage zur Selbsterhaltung und zur Selbstliebe und verstoße obendrein gegen die Nächstenliebe und Solidarität mit den Mitmenschen (n. 2281). Die hier angeführte Begründung deckt sich exakt mit den drei Einwänden des Thomas, nämlich dem theologisch-metaphysischen, dem naturrechtlichen und dem sozial-ethischen Argument. Der KKK betont ferner noch extra, dass die Statuierung eines Exempels mit dem eigenen Suizid besonders verwerflich sei und die freiwillige Beihilfe zum Suizid gegen das Sittengesetz verstoße (n. 2282). Außerdem wird noch zugestanden, dass die Verantwortlichkeit des Suizidenten durch „schwere psychische Störungen, Angst oder schwere

³² Vgl. Jean Améry: *Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod* (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta 1994. (Cotta's Bibliothek der Moderne 21)

Furcht vor einem Schicksalsschlag, vor Qual oder Folterung“ maßgeblich vermindert sein kann (n. 2282). Schließlich folgt noch der Hinweis, dass die Kirche die Hoffnung auf das Heil solcher Menschen nicht aufgibt, da Gottes Erbarmen und Weisheit unendlich groß ist (n. 2283).

Kritisch betrachtet fällt auf, dass der KKK im Grunde auf den Argumentationsstand des 13. Jh. zurückgreift. Man ignoriert sowohl Kants Argumentation im Namen der Autonomie als auch die Ergebnisse der humanwissenschaftlichen Untersuchungen des Suizids. Zudem werden die berechtigten Einwände gegen die thomanischen Argumente nicht beachtet.

Schon seit langem gelten das naturrechtliche und das sozial-ethische Argument als nicht stichhältig, auch wenn im Einzelfall partiell eine Verletzung der Selbst- und/oder Nächstenliebe vorliegen mag. Sie sind zum einen zu sehr fixiert auf das Leben als physisches Gut und vernachlässigen die Bedeutung von dessen psychischer Qualität. Die Neigung zum Suizid kann im Einzelfall auch „natürlich“ sein. Sie liegt vielleicht außerhalb der Norm, ist aber dennoch weder anerzogen noch selbstverschuldet, sondern aufgrund der Anlage von Natur aus da. Wenn ein Mensch aus Neigung sich selbst tötet, weil er für sich ein Gut darin erkennt, dann erscheint der Suizid nur dann als Verstoß gegen die natürliche Selbstliebe, wenn man – wie Thomas – das *ius naturale* als *lex divina creatoris* auslegt und Selbstliebe aus der Perspektive des Schöpfers versteht. Zum anderen wurzeln die sittlichen Verpflichtungen des Einzelnen gegenüber der Gemeinschaft in den sittlichen Ansprüchen der Person selbst.

Auch das theologische Argument hat nicht diese Beweiskraft, die ihm zugeschrieben wird. Dass Gott als Schöpfer der Herr des Lebens ist, ist zu akzeptieren. Es gilt aber auch als unbestritten, dass in der Selbstverfügungsmacht, die Gott dem Menschen überträgt, wenn er ihm das Leben schenkt, auch die Möglichkeit der Selbsttötung mit eingeschlossen ist. Sonst wäre es ein sehr halbherziges Geschenk. Es liegt daher alles an der sittlichen Entscheidung des Menschen, unter welchen Umständen er von dieser Möglichkeit Gebrauch machen darf. Diese hat sich an der Frage zu orientieren, ob das im Suizid angestrebte Gut wirklich ein sittlich höheres Gut darstellt als das faktische Leben. Da zwischen allgemeinem Schöpferwillen und menschlicher Freiheit nur ein analoges (nicht univokes) Verhältnis herrscht, können wir aus ersterem keine eindeutigen Gebote ableiten. Was aber das Faktum, dass wir das Leben als Gabe von Gott haben, bewirken kann, ist Folgendes:

1. Es wird die Motivation des gläubigen Menschen erhöhen, auch dann zum Leben Ja zu sagen, wenn es zur scheinbar unerträglichen Last geworden ist.

2. Es wird vielleicht auch die Hoffnung wecken, dass das Leben tiefere, geheimnisvolle Werte in sich birgt, die sich einer bloß rationalen menschlichen Beurteilung entziehen.

3. Die entscheidende Wirkung der Souveränität Gottes liegt in der massiven Betonung der Verantwortlichkeit des

Menschen. Der Mensch hat legitimerweise auch in der Frage des Suizids die Freiheit der Entscheidung, aber die Tatsache, dass er das Leben von Gott empfangen hat, stellt ihn vor den hohen Anspruch, mit größter Verantwortung über dieses Leben zu verfügen.

4. Versuch eines (existenzanalytischen) Resumees

Die reiche Tradition anthropologisch-existentialer Auseinandersetzung mit der Realität und der Legitimität des selbstbestimmten Endes des Lebens bestätigt unsere These, dass es ein gefährlicher Reduktionismus wäre, Suizid ausschließlich als psychiatrisches Problem zu sehen, etwa als Endpunkt einer unentrinnbaren krankhaften Entwicklung, auf die man bestenfalls medikamentös Einfluss nehmen kann. Wir müssen auch die vielen geistig-religiösen Komponenten mitbedenken, die über lange Sicht die Prädisponierung für suizidale Konfliktlösungsstrategien schaffen oder im Extremfall mitentscheidend dafür sind, dass ein Mensch die Kraft hat, sein Leben anzunehmen, in der konkreten Situation noch Sinn zu entdecken oder um ein menschenwürdiges Leben noch zu kämpfen und der andere nicht. Gerade in dieser Dimension des Phänomens Suizid liegt meines Erachtens ein riesiges Potential für die – auch bei der Psychotherapie angesiedelte – primäre und sekundäre Suizidprävention.

Andererseits wird deutlich, dass der Therapeut oder auch Institutionen wie die Kirche oder soziale Vereine „Anwalt des Lebens“ sein dürfen und sollen, dass sie dabei aber angehalten sind, Zurückhaltung zu üben im Urteil über die individuell zumutbare Grenze des Erträglichen und offen zu sein für die human- und sozialwissenschaftliche Perspektive, in der erst die schwerwiegenden neurologischen und psychosozialen Ursachen einer Suizidhandlung in den Blick kommen. Für einen Psychotherapeuten ist das wohl selbstverständlich.

Schon etwas schwieriger erweist sich die Frage, welche Haltung gegenüber der grundsätzlichen Freiheit auf den selbstgewählten Tod angemessen ist. Wir wissen alle, dass an psychiatrischen Kliniken und Kriseninterventionsstationen es das oberste Gebot ist, einen Suizid mit allen Mitteln, ich betone, mit *allen* Mitteln zu verhindern.

Die Existenzanalyse geht davon aus, dass der Mensch Person ist. Diese ist aber ganz wesentlich dadurch bestimmt, dass sie das Freie im Menschen ist. Der Mensch kommt in den personalen Existenzvollzug dadurch, dass er dialogisch offen ist für den Anspruch der Welt, dass er Stellung nimmt und in Entschiedenheit frei handelt. Das Personale der menschlichen Existenz kommt in unserem Zusammenhang in zwei Richtungen zum Tragen: Der Mensch ist frei auch noch gegenüber schier unerträglichem Leid und gnadenlosem Schicksal. Er kann einen tiefen Sinn darin sehen und finden, trotzdem Ja zum Leben zu sagen und sich als Person darin zu einer Vollendung zu bringen. Der Mensch ist aber auch frei, sich zu entscheiden, aus diesem Leben zu gehen, weil das Leben sich abgewandt hat und sich ihm nur noch in seiner grausamsten Brutalität zeigt. Er hat die Freiheit, den Tod zu wählen, weil er darin neues, besseres Leben erhofft. Gerade unter diesem Aspekt erscheint der Suizid als ein genuin *menschlicher* Akt. **Karl Jaspers** betont, dass nur der Mensch vor der Möglichkeit

steht, den Tod nicht nur als existentielle Grenzsituation zu sehen, die passiv auf ihn zukommt, sondern ihn auch frei und aktiv zu wählen. „Er (= der Mensch) kann nicht nur mit dem Bewusstsein sein Leben wagen, sondern er kann entscheiden, ob er leben will oder nicht. Der Tod rückt in die Sphäre seiner Freiheit.“³³ Diese Freiheit zu respektieren gebietet uns die Achtung vor der Person und ihrer letzten Selbstgehörigkeit. Das gilt im Hinblick auf die alltägliche Gestaltung des Lebens, die bestimmt sein kann von einem kräftigen oder sehr zaghaften Ja zum Leben, ebenso wie im Hinblick auf die letzte Entscheidung für oder gegen dieses Leben. Das heißt natürlich nicht, den Versuch zu unterlassen, diesem Menschen mit aller Kraft des Herzens und der therapeutischen Kunst zu helfen, im eigenen Leben doch noch etwas Lebenswertes zu entdecken.

Literatur zum Thema:

- Aebischer-Crettol, Eberhard: Seelsorge und Suizid. Seelsorge mit Hinterbliebenen, die von einem Suizid betroffen wurden. Bern: Lang 2000. (Europäische Hochschulschriften, Reihe 23: Theologie, Bd. 683) (580 S.)
- Alvarez, Alfred: Der grausame Gott – eine Studie über den Selbstmord. (dt.: The savage god). Übertragen von Maria Dessauer (1. Aufl.). Hamburg: Hoffmann und Campe 1999. (EA: 1974)
- Améry, Jean: Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod (1. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta 1994. (155 S.; Pp.) (Cotta's Bibliothek der Moderne 21) (EA: Stuttgart: Klett 1976)
- Baumann, Ursula: Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Weimar: Verl. Hermann Böhlaus Nachf. 2001. (VIII, 407 S.; Ln.; EUR 39.90)
- Biet, Peter: Suizidalität als Problem christlicher Ethik. Regensburg: Roderer 1990. (Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens 14) (250 S.)
- Bronisch, Thomas: Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention: München: Beck 1996. (Beck'sche Reihe 2006: Wissen) (135 S.; Pp., ca. EUR 7.40) (EA: 1995)
- Christ-Friedrich, Anna: Der verzweifelte Versuch zu verändern. Suizidales Handeln als Problem der Seelsorge. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1998.
- Decher, Friedhelm: Die Signatur der Freiheit. Die Ethik des Selbstmords in der abendländischen Philosophie. Lüneburg: zu Klampen 1999. (204 S.)
- Durkheim, Emile: Der Selbstmord (dt.: Le suicide). Mit e. Einl. von Klaus Dörner u. e. Nachw. von René König. Hrsg. v. Heinz Maus. Neuwied [u.a.]: Luchterhand 1973. (XXVII, 519 S.; Ln.) (Soziologische Texte 32); auch als TB: Frankfurt am Main: Suhrkamp 1983. (484 S.) (stw 431)
- Holderegger, Adrian: Suizid und Suizidgefährdung. Humanwissenschaftliche Ergebnisse, anthropologische Grundlagen (Studien zur theologischen Ethik 5). Fribourg-Freiburg/Brsg. 1979.
- Kreitman, Norman: Die Epidemiologie von Suizid und Parasuizid. In: Nervenarzt 51 (1980) 131-138.
- Kreitman, Norman (Ed.): Parasuicide. London [u.a.]: Wiley 1977.
- Jörns, Klaus-Peter: Nicht leben und nicht sterben können. Suizidgefährdung - Suche nach dem Leben: Wien [u.a.]: Herder / Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 1979. (Sehen, verstehen, helfen 2) (156 S.)
- Langer, Jürgen: Auf Leben und Tod. Suizidalität bei Jugendlichen als Herausforderung für die Schülerseelsorge. Frankfurt/Main: Lang 2001. (Pastoralpsychologie und Spiritualität, Bd. 4) (337 S.)
- Leder, Christoph Maria: Über den Umgang mit suizidalen älteren Menschen. Regensburg: Roderer 1998. (Suizidologie 5) (III, 150 S.; brosch.)
- Lindner-Braun, Christa: Soziologie des Selbstmords. Opladen: Westdt. Verl. 1990. (419 S.)
- Mecke, Günter: Der tödliche Pfeil des Eros. Anstiftung zum Selbstmord in Antike und Gegenwart. Frankfurt am Main: Knecht 1995. (267 S.)
- Menninger, Karl: Selbstzerstörung. Psychoanalyse des Selbstmordes (dt.: Man against himself, 1938). Frankfurt am Main 1989.
- Miles, Jack: Jesus. Der Selbstmord des Gottessohns (dt.: Christ). Aus dem Engl. von Friedrich Griese. München / Wien: Hanser 2001. (390 S.)
- Minois, Georges: Geschichte des Selbstmords (dt.: Histoire du suicide). Aus dem Franz. von Eva Moldenhauer. Düsseldorf [u.a.]: Artemis & Winkler 1996. (520 S.)
- Mischler, Gerd: Von der Freiheit, das Leben zu lassen. Kulturgeschichte des Suizids. Hamburg / Wien: Europa-Verl. 2000 (255 S.)
- Mösgen, Peter: Selbstmord oder Freitod? Das Phänomen des Suizides aus christlich-philosophischer Sicht. Eichstätt : BPB 1999. (Reihe diritto Wissenschaft) - (130 S.)
- Peeck, Stephan: Suizid und Seelsorge: die Bedeutung der anthropologischen Ansätze V. E. Frankls und P. Tillichs für Theorie und Praxis der Seelsorge an suizidgefährdeten Menschen. Stuttgart : Calwer Verl., 1991. - 307 S. (Calwer theologische Monographien / C; 17) Zugl.: Erlangen-Nürnberg, Univ., Diss., 1990.
- Ringel, Erwin: Der Selbstmord – Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung. Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern; mit Tabellen. Wien / Düsseldorf: Maudrich 1953. (235 S.; kt.) (Wiener Beiträge zur Neurologie und Psychiatrie 3)
- Ringel, Erwin: Selbstmord – Apell an die anderen. Eine Hilfestellung für Gefährdete und ihre Umwelt. München: Kaiser [u.a.] 1974. (96 S.) (Beratungsreihe 3)
- Sonneck, Gernot (Hg.): Krisenintervention und Suizidverhütung. Unter Mitarb. von E. M. Aichinger et alii. Wien: Facultas-Univ.-Verl. 2000. (UTB für Wissenschaft 2123: Psychologie, Medizin) (316 S.; kt.)
- Wolfersdorf, Manfred (Hg.): Suizidprävention und Krisenintervention als medizinisch-psychosoziale Aufgabe. Regensburg: Roderer 1991. (Beiträge zur Erforschung selbstdestruktiven Verhaltens 16) (291 S.)
- Wolfersdorf, Manfred / Kaschka, Wolfgang (Hg.): Suizidalität. Die biologische Dimension. Mit 69 Tabellen (am 2. Dezember 1994 in Köln). Berlin [u.a.]: Springer 1996. (XV, 235 S.) (Tropon-Symposium 10)

Anschrift des Verfassers:

a. o. Univ.-Prof. Dr. Emmanuel J. Bauer
 Institut für Philosophie (Theologie)
 Franziskanergasse 1/IV
 A-5020 Salzburg
 e-mail: emmanuel.bauer@existenzanalyse.org

³³ Karl Jaspers: Philosophie, Bd 2: Existenzerhellung [1932]. Berlin: Springer-Verl. 1973, 301.

Der Zugang zum Menschen in suizidalen Krisen *

Michaela Probst

Die Arbeit mit akut suizidgefährdeten Menschen erfordert einen erweiterten therapeutischen Zugang. Hier ist besonders die therapeutische Distanz zu hinterfragen. In suizidalen Krisen ist es notwendig, dem Patienten eine feste Beziehung anzubieten, in der er entsprechend den vier personalen Grundmotivationen Halt und Schutz, Zuwendung und Nähe, Achtung und Wertschätzung sowie Zukunftsperspektiven und Sinnmöglichkeiten erfahren kann.

Anhand eines Fallbeispiels wird die Problematik sichtbar gemacht.

Schlüsselwörter: Suizid, therapeutische Distanz, therapeutische Nähe, Fallbeispiel

Working with acutely suicidal people demands an enlarged therapeutical access, and in particular the therapeutical distance must be put into question. It is necessary to offer the patient a firm relationship, within which he can, corresponding to the four fundamental motivations, experience support, protection, attention, proximity and respect as well as future perspectives and possibilities of meaning.

A case study illustrates the problems.

Key words: suicide, therapeutical distance, therapeutical closeness, case study

1. Einleitung

In welcher Erlebniswirklichkeit steht ein Mensch, wenn er sich in einer suizidalen Krise befindet? Was bringt einen Menschen dazu, Selbstmord zu begehen? Was bewegt ihn, im Suizid den einzig möglichen Ausweg zu sehen?

Im klassischen existenzanalytischen Verständnis des Menschseins steht im Vordergrund suizidaler Krisen das Erleben einer tiefen, alles bisher Gültige in Zweifel ziehenden Sinnlosigkeit. Alles was bisher wertvoll war, ist brüchig geworden.

Im modernen existenzanalytischen Verständnis der Person lässt sich anhand des Modells der Grundmotivationen von Alfred Längle zeigen, dass hinter dem vordergründig erkennbaren Erleben einer umfassenden Sinnlosigkeit des eigenen Seins noch drei andere wesentliche Beweggründe wirksam sein können, wenn Menschen in suizidale Krisen geraten.

2. Was bewegt den Menschen in der suizidalen Krise

Damit die Person existenziell frei und entfaltet leben kann, ist es notwendig, dass sie zu diesen drei personalen Voraussetzungen ihre Zustimmung geben kann.

Umgekehrt ist in der Suizidalität eben diese Zustimmung nicht leistbar und gerade der Selbstmord erscheint als der einzige Ausweg, diese Grundbedürfnisse zu schützen.

2.1 Im ersten Beweggrund, in der ersten Grundmotivation der Person, geht es um die Frage: Ich bin – kann ich sein?

Kann ich die Wirklichkeit, so wie sie ist, wahrnehmen und aushalten? Finde ich Halt, Schutz und Raum in dieser Wirklichkeit? Kann ich diese Welt, so wie sie ist, ertragen?

Wenn ich mein Ja zu diesen Fragen geben kann, wird mein **Seinsgrund** für mich erlebbar. Es entsteht in mir ein Vertrauen in mein Sein. Ein **Grundvertrauen**, das mich trägt wie ein Fundament. Auf ihm entsteht ein Raum, in dem ich geschützt sein kann. Geschützt vor den Bedrohungen der Welt.

Wird mein Ja zur Frage "Ich bin - kann ich sein" brüchig, dann entsteht Verunsicherung. Ich weiß nicht mehr, ob ich dieses Leben noch aushalten kann. Die Welt beginnt, bedrohlich für mich zu werden. Das Grundvertrauen in die Welt ist erschüttert und es kommt Angst auf. Angst, diese Welt nicht mehr ertragen zu können. In der Sehnsucht nach Schutz und Ruhe taucht der Selbstmord als letzte Möglichkeit für die Person auf, die eigene Unversehrtheit vor der Vernichtung durch die Widrigkeiten der Welt zu schützen.

2.2 Im zweiten Beweggrund, in der zweiten Grundmotivation, geht es der Person um die Frage: Ich lebe – mag ich leben?

Mag ich mich der Welt zuwenden, mit ihr in Berührung kommen und Beziehung zu ihr aufnehmen? Finde ich Wär-

*Vortrag gehalten im April 2000 in Wien beim GLE-Kongress „Wenn der Sinn zur Frage wird“

me und Geborgenheit in meinem Leben?

In der Bejahung dieser Frage entsteht das Gefühl, dass das Leben und die Welt wertvoll sind. Ich fühle, dass das Leben im Grunde wertvoll ist und dass ich leben mag. Durch das Erleben dieses Grundwertes kommt Wärme und Geborgenheit in den geschützten Raum meines Seins. Nach dem **Wahr-nehmen**: „Ich bin und ich kann sein“, fühle ich nun „Ich lebe und ich mag leben“.

Wenn ich mein Ja zur Frage „Ich lebe - mag ich leben“ nicht geben kann, wenn ich kein Gefühl für das Leben habe, entsteht Distanz zur Welt. Das Leben und die Welt werden für mich wertlos. Die Dinge sagen mir nichts mehr. Ich fühle mich verstoßen und entwertet. Mein Grundwert ist erschüttert. Ich kann mit dem Leben nicht mehr in Beziehung kommen. Die Welt wird zur Belastung, und Depressivität entsteht. In der alles überdeckenden Sehnsucht nach Geborgenheit wird der Tod ein Ort, der es der Person erlaubt, sich von allen Belastungen ihres Lebens zurückzuziehen. Schließlich wird der Tod zu einem Ort der Zuflucht, an dem die Person die einzige Möglichkeit sieht, ihre Sehnsucht nach Geborgenheit gestillt zu bekommen.

2.3 Im dritten Beweggrund, der dritten Grundmotivation, geht es der Person um die Frage: Ich bin ich – darf ich so sein, wie ich eigentlich bin?

Stehe ich zu mir? Nehme ich mich selbst ernst? Werde ich ernst genommen? Bin ich selbst, in meiner Eigenart gerechtfertigt? Erfahre ich Wertschätzung und Achtung für mein Selbst-Sein?

Im Ja zu diesen Fragen spüre ich, dass ich selbst in meiner Eigenart und Einmaligkeit Wert habe. Durch meine Abgrenzung zu anderen, kann ich mich selbst einschätzen lernen und spüre meinen **Selbstwert**. Im Hinspüren, wie es für mich ist, kann ich meine Position einnehmen und mich authentisch vertreten. Nachdem im Sein-Können ein geschützter Raum für die Person entstanden ist und im Leben-Mögen Wärme und Geborgenheit fühlbar wurde, darf die Person dem Lebensraum nun ihr eigenes Gepräge geben.

Finde ich auf die Frage: - Darf ich so sein, wie ich bin? - keine positive Antwort, dann werde ich unsicher und beginne, an mir selbst zu zweifeln. Ich neige dazu, mich selbst nicht ernst zu nehmen und werde von anderen nicht ernst genommen. Eine ruhelose Suche nach Rechtfertigung lässt mich funktionieren, in der Hoffnung, den Erwartungen der anderen zu entsprechen. In dieser Not ist die Person begierig, Wertschätzung und Würdigung für sich selbst zu erhalten. Ihre Verhaltensweisen werden von Hysterie geprägt. Im ständigen Übergehen des Eigenen gerät die Person in eine Verletztheit, die unerträglich werden kann. Schließlich wird der Weg in den Selbstmord als einzige Möglichkeit gesehen, sich von den Erwartungen der Welt radikal abzugrenzen, um die eigene Würde und Achtung für sich selbst wenigstens im Tod zu bewahren.

Hat nun die Person in den ersten drei Grundmotivationen - den personalen Grundmotivationen - erfahren, dass sie da-sein-kann, leben-mag und selbst-sein-darf, dann ist die Basis für ein existentielles, auf die Welt hin offenes Leben entstanden.

2.4 In der vierten Grundmotivation, der existentiellen Grundmotivation, geht es dem Menschen jetzt um die Frage: Ich bin da – wofür ist es gut?

Kann ich tätig werden in der Welt? Kann ich mich der Welt hingeben, wie es die Situation erfordert? Kann ich die Strukturzusammenhänge der Welt erkennen und mich in Übereinstimmung damit bringen? Kann ich den Sinn der Situation erkennen, mich daran orientieren und mein Handeln nach dem ausrichten, was ich als sinnvoll erlebe?

Im Ja zu diesen Fragen werde ich frei für ein offenes Zugehen auf die Welt. Ich kann mit Hingabe meine Aufgaben erfüllen, da ich den Sinn meines Handelns erkennen kann und mich für die Erfüllung dieses Sinns einsetzen will.

Fällt es mir schwer, Inhalte zur Frage: Ich bin da - wofür ist es gut? - zu finden, dann beginne ich am Leben zu zweifeln, eine innere Leere tut sich auf, mein Leben hat keine Qualität mehr und ich erlebe keine Erfüllung. In dieser existentiellen Frustration wird alles sinnlos. Wofür soll ich mich noch einsetzen, wenn es für nichts gut ist. Aus den Zweifeln an der Situation entsteht eine fortschreitende, alles überdeckende Verzweiflung. In dieser Hoffnungslosigkeit kommt die Hoffnung auf, der Tod könnte ein Ort sein, an dem die Verzweiflung und innere Leere nicht mehr ertragen werden muss.

3. Was brauchen also Menschen in einer suicidalen Krise? Wie können wir mit ihnen umgehen, wenn wir sie in ihren Bedürfnissen ernst nehmen?

Dem von Alfried Längle entwickelten Modell der Grundmotivationen der Existenzanalyse folgend, haben wir gesehen, dass verschiedene Beweggründe in suicidalen Krisen führen können. Hinter den Erlebnisweisen

- nicht sein zu können,
- nicht leben zu mögen,
- nicht so sein zu dürfen, wie ich bin und
- nicht mehr zu erkennen wofür es gut ist zu leben, stehen unterschiedliche Ursachen.

In der **längerfristigen** therapeutischen Arbeit sind somit differenzierte Vorgehensweisen notwendig. Im **kurzfristigen** Zugehen auf den Patienten in der Krisenintervention ist jedoch ein pragmatisches Aufgreifen der Problemsituation sinnvoll.

Die Erfahrungen aus der Arbeit mit Menschen in akuten suicidalen Krisen zeigen, dass in der akuten Selbstmordgefährdung es zu einer umfassenden, alle vier Grundmotivationen betreffenden Beeinträchtigung der Person kommt. Diese umfassende Beeinträchtigung des Erlebens der betroffenen Menschen macht eine alle Bereiche der vier Grundmotivationen aufgreifende therapeutische Intervention notwendig.

Da der suicidal Mensch *nicht sein kann, nicht leben mag, nicht erleben kann, dass es gut ist, wie er ist und nicht mehr erkennen kann, wofür es gut ist zu leben*, braucht er die Person des Therapeuten, an der er sich erleben kann, um für das Weiterleben motivierbar zu sein. Dabei ist es

Voraussetzung, dass der Therapeut als Person für den suizidalen Menschen erlebbar wird.

3.1 Im ersten Schritt einer personal-existentiellen Krisenintervention geht es darum, der Person Halt zu geben, damit sie wieder sein kann.

In der ersten Phase geht es darum, den suizidalen Menschen in seiner Wirklichkeit, so wie er ist, anzunehmen und auszuhalten. Im Erleben, dass es da jemanden gibt, der ihn in seiner Wirklichkeit erträgt und nicht ängstlich auf Distanz geht, fühlt sich der suizidale Mensch gehalten, bis er selbst wieder Halt in der Welt finden und er seinem Seinsgrund wieder vertrauen kann. Der Patient soll in dieser Phase der Krisenintervention erleben können, dass der Therapeut ihm angemessen vertraut, mit der Situation umgehen zu können, dass er jedoch entlastet und geschützt wird, wo er überfordert ist und die situative Wirklichkeit nicht tragen kann. Regelmäßige und kurzfristig angesetzte Termine für die Wiederbestellung des Patienten sind hilfreich und notwendig. So kommt der Patient weniger in Gefahr, in einem zu großen Raum, den er nicht halten kann, verloren zu gehen.

Ziel des ersten Schrittes einer personal-existentiellen Krisenintervention ist es, den suizidalen Menschen auszuhalten und ihn darin Halt in der Beziehung erleben zu lassen, bis er selbst seine Wirklichkeit wieder ertragen kann und Halt in ihr findet.

3.2 Im zweiten Schritt geht es darum, Nähe und Beziehung zum suizidalen Menschen aufzunehmen.

Er selbst hat sich vom Leben abgewandt und mag nicht mehr leben. Wenn der suizidale Mensch erleben kann, dass sich der Therapeut um ihn bemühen mag, dass der Therapeut Nähe zu ihm aufnimmt, weil er als Mensch wertvoll ist, kann der suizidale Mensch in der Beziehung zum Therapeuten jene Wärme fühlen, die er für sein Überleben im Moment braucht.

Ziel des zweiten Schrittes einer personal-existentiellen Krisenintervention ist es, dem Patienten ein Gefühl dafür zugänglich zu machen, dass er es wert ist, sich um ihn zu bemühen, weil er als Mensch Wert hat.

3.3 Im dritten Schritt geht es darum, dem Menschen in der suizidalen Krise mit Respekt und Achtung zu begegnen.

Im Erleben, dass der Therapeut der Art und Weise, wie der Betroffene um die Würde seines Selbst ringt, Wertschätzung entgegen bringt, kann der suizidale Mensch das eigene So-sein wieder als gerechtfertigt erleben. Vom Therapeuten als Person ernst genommen, kann der Suizidale wieder beginnen, in dieser Welt zu sich selber zu stehen und sein An-sehen zu bewahren.

Ziel des dritten Schrittes einer personal-existentiellen Krisenintervention ist es, den suizidal eingeeengten Menschen spüren zu lassen, dass er so sein darf, wie er ist und darin vom Therapeuten geachtet wird.

Der Patient kann sich dadurch selbst als gerechtfertigt erleben und er bleibt in seiner Würde bestehen.

3.4 Im vierten Schritt geht es nun darum, dem suizidalen Menschen ein „Wofür“ aufzuzeigen, für das es sich lohnen könnte, in eine Zukunft zu gehen.

Der suizidale Mensch selbst lebt ja in der Haltung, dass sein Leben ohnehin für nichts mehr gut sei. Es ist die Aufgabe des Therapeuten, auf konkrete Sinnmöglichkeiten in der Situation hinzuweisen und dem Patienten Hoffnung zu machen. Hoffnung darauf, dass es sich lohnen könnte, die Belastungen der Situation zu ertragen. Denn, wenn es auch im Augenblick nicht erkennbar ist, wofür es gut ist, die Situation zu ertragen, kann der Patient nicht mit Sicherheit ausschließen, dass es auch besser werden könnte. Diese Möglichkeit ist ja auch immer da.

Ziel des vierten Schrittes einer personal-existentiellen Krisenintervention ist es, dem suizidalen Menschen wieder Hoffnung auf Möglichkeiten für seine Zukunft zu eröffnen, die für ihn persönlich sinnvoll sein können.

4. Nähe – Distanz zwischen Therapeut und Patient

Um dem suizidalen Menschen in einer so angelegten Krisenintervention begegnen zu können, ist es notwendig, die von vielen Psychotherapieschulen fast dogmatisch geforderte Haltung der therapeutischen Distanz zu hinterfragen. Eine zu große Distanz zum suizidalen Menschen birgt die Gefahr in sich, in kausale Erklärungen oder Argumentationen zu verfallen. Der Betroffene kann sich dadurch zusätzlich verletzt fühlen und Argumentationen und Erklärungen als Kritik auffassen. Was er aber braucht, ist das Gefühl vom Therapeuten verstanden zu sein. Im gegenseitigen Verstehen kann er sich für einen Dialog öffnen, in dem es ihm möglich wird, Mittel und Wege für die Bewältigung seiner Krise zu finden.

Eine personal-existenzielle Krisenintervention verlangt vom Therapeuten die Haltung einer persönlichen Offenheit, um der Person im suizidalen Menschen begegnen zu können. In dieser Begegnung selbst wird der Boden geschaffen, um die vier wesentlichen Schritte zur Krisenbewältigung umsetzen zu können.

Es geht also nicht nur darum, über die Verwirklichung der personalen Voraussetzungen zur Sinnfindung in den Grundmotivationen zu sprechen und ihre mögliche Verwirklichung gemeinsam zu suchen, sondern primär müssen sie in einer Krisenintervention und einer persönlichkeitsentwickelnden Therapie unmittelbar in der Begegnung der Sitzung erlebbar sein und stattfinden: angenommen werden, geborgen sein und Wert sein.

5. Fallbeispiel

Anhand eines Fallbeispiels möchte ich deutlich machen, wie die vier genannten Schritte einer personal existentiellen Krisenintervention in der Praxis umgesetzt werden können.

Peter wurde von der Psychiatrischen Universitätsklinik an mich überwiesen. Dort war er vier Tage (wegen Suizidrohungen) in stationärer Behandlung. Die Entlassung erfolgte unter der Bedingung, dass er in eine ambulante psychotherapeutische Behandlung einwillige.

Zum Erstgespräch kommt Peter in Begleitung seiner Frau. Er wirkt abweisend, nimmt bei der Begrüßung kaum Blickkontakt zu mir auf und es herrscht eine abwehrende, äußerst skeptische Atmosphäre. Peter ist 45 Jahre alt, eher klein gewachsen, hat einen durchtrainierten, athletischen, stämmigen Körperbau. Sein schwarzes Haar ist kurz geschoren, er trägt einen exakt gestutzten Oberlippenbart. Seine Bewegungen sind kantig, er wirkt diszipliniert und korrekt. Seinem Gesicht entkommt kein Lächeln. Er ist stolz darauf, durch seine Disziplin als Kampfsportler anerkannt zu sein. Er verehrt fernöstliche Kämpfe und bewundert ihre Disziplin und Härte. Er selbst hat eine Sammlung von effizienten Waffen zu Hause.

Die dreiundzwanzig Jahre seiner Ehe verbrachte Peter zusammen mit seiner Frau und seinen drei Söhnen im Haus seiner Eltern. Seine Frau ist fest entschlossen, sich von ihm zu trennen, da sie seine krankhafte Eifersucht und die damit verbundene umklammernd enge Beziehung nicht mehr ertragen kann. Mit der Disziplin einer Karatekämpferin ist sie nach jahrelangem Zögern fest entschlossen, sich mit den Söhnen von ihm zu trennen und in eine eigene Wohnung zu ziehen.

Als sie ihren Entschluss Peter mitgeteilt hat, reagierte er wiederholt mit Selbstmorddrohungen abwechselnd mit der Drohung seine Kinder und dann sich selbst zu töten. Durch die Drohungen Peters entstand ein enormer Druck auf seine Frau, dem sie sich nicht beugen wollte. Im Gegenteil, sie beharrte umso mehr auf ihren Trennungswunsch und setzte die Trennung auch um, in dem sie mit den Kindern in eine eigene Wohnung zog.

Durch Peters Druck und den Gegendruck durch seine Frau entstand eine ausweglose Situation, die zu einer akuten Suizidgefährdung Peters und seiner Aufnahme in der Klinik führten.

Peter stellte im Erstgespräch klar, dass er nicht bereit sei, seine Realität, die durch das Wegziehen seiner Frau und seiner Kinder entstanden war, anzunehmen. Zur Psychotherapie sei er nur deshalb bereit, weil er hoffe, die Ehe retten zu können und er dadurch eine Rückkehr seiner Frau und seiner Kinder erwarte. Außerdem war dadurch eine Entlassung aus der Klinik möglich geworden und es blieb ihm der Ausweg, sich durch Suizid der Situation zu entziehen, wenn sie für ihn unerträglich würde.

Aber erstmals hatte Peter auch gezeigt, dass er zumindest vorläufig bereit war, die Bedingungen seiner Lebenswirklichkeit auszuhalten, wenngleich er es ablehnte, sich mit seiner tatsächlichen Realität zu konfrontieren.

Im ersten Abschnitt der Intervention ging es darum, Peter in seiner Abkapselung von der Umwelt zu erreichen. Peter fühlte sich durch das Wegziehen seiner Frau bedroht. Alles was ihm bisher Halt und seinem Alltag Struktur gegeben hatte, war verloren gegangen. Nie zuvor in seinem Leben, so schilderte er, hatte er alleine gelebt. Er hatte Angst davor, den Alltag alleine bewältigen zu müssen und fühlte sich nicht in der Lage, den Verlust des gemeinsamen Lebens mit seiner Familie zu ertragen. Für ihn war ein Anerkennen der Tatsache, dass seine Ehe gescheitert war, nicht möglich, da er sich dadurch persönlich vernichtet fühlte und sein Vertrauen in die Welt ins Wanken kam. Er begann sich selbst zu hassen, da er sich selbst und seinem unreifen

Verhalten die Schuld für diese Entwicklung gab.

Peter dazu: "Selbstmord ist der einzige Ausweg. Ich will aufrecht sterben. Ich werde mich in mein Schwert stürzen. Wenn ich das Schwert in den Schraubstock spanne und mich hineinfallen lasse, ist alles vorbei. Meine Welt ist zerstört, die Bombe tickt, ich stehe unter Hochspannung, die Situation ist unerträglich, die Bedrohung geht mir an den Lebensnerv. Wenn ich mich selbst zerstöre, entgehe ich der Zerstörung durch die Welt, ich will mich zerstören, ich bin fehl auf dieser Welt Ich wehre mich gegen die Trennung, die akzeptiere ich nicht"

In dem Gespräch konnte ich Peters Bedrohungsgefühl deutlich wahrnehmen. Er versuchte keine Gefühle zu zeigen und wirkte wie hinter einem Panzer versteckt. Ich spürte die Angst und die vernichtende Bedrohung, vor der er sich verbarg. Innerlich bebte er und manchmal zeigte sich ein Zittern auf seinen Lippen und in seinen Händen. Seine Atmung war gepresst, ebenso wie seine Sprache.

Langsam begannen wir darüber zu sprechen, wie sein Alltag nun aussah. Er besuchte weiterhin regelmäßig seinen Arbeitsplatz, dort ging es ihm etwas besser, da er im Arbeitsalltag pflichtbewusst seine Aufgabe erfüllte und dadurch einen gewissen Halt und eine gewisse Tagesstruktur fand. Zuhause in seiner Wohnung hatte er das Gefühl, in einen bodenlosen Abgrund zu stürzen. Er ließ sich und seine Wohnung verwahrlosen, aß kaum etwas und verbrachte die Zeit im Bett liegend bei heruntergezogenen Jalousien.

Schritt für Schritt gingen wir die Situationen durch, die für ihn unerträglich waren. Erstmals begann er zu formulieren, wie es ihm dabei ging. Er hasste sich, und er hasste die Welt in der er leben musste. Nichts war ihm mehr geblieben, er hatte den Schutz der Beziehung verloren.

In diesen Gesprächsabschnitten konfrontierte sich Peter mit der nun entstandenen Realität. Ich leitete ihn an hinzuschauen, den Blick nicht abzuwenden und forderte ihn immer wieder auf, die Dinge so wie sie sind auszuhalten, egal wie es ihm dabei geht. Zu seinem Erstaunen merkte Peter, dass die sachliche Wirklichkeit (an sich) ihn nicht vernichtete. Ja die Bedrohung nahm sogar ab, je mehr er hinschaute und den Mut fand, sich mit dem, was nun entstanden war, zu konfrontieren. Peter gelang es immer besser von seiner Alltagswirklichkeit zu sprechen. Wenn er sich in die Enge getrieben oder bedroht fühlte, rief er mich an. Im Sprechen über das, was vorgefallen war, konnte er sich wieder fassen und fühlte sich im Gespräch durch mein Zuhören und mein Nachfragen, in dem es um sachliche Klärungen ging, gehalten. Peters Bedrohungsgefühle nahmen ab.

Je mehr Peter sich mit seiner Realität konfrontierte, desto schwerer gelang es ihm, seine Gefühle dazu zu unterdrücken. Es traten Tränen in seine Augen, wenn er die Einsamkeit in seinem Alltag beschrieb. Manchmal überwältigten ihn die Gefühle, er weinte über den erlittenen Verlust seiner Familie. Trauer kam in ihm auf, und eine Wut über seine Frau und seine Kinder wurde ihm erlebbar. Er schilderte, wie er seine Frau liebte, auf welchem unwirklichen Podest er sie in den Jahren der Beziehung gestellt hatte und wie sehr er sie in ihrer Werthaftigkeit überhöht hatte. Dies alles verlor er nun. Peter, vom Schmerz über diesen Verlust überwältigt: "Ich habe alles verloren. Alles, was mir wichtig

war, ist weg. Ich bin nichts wert, das Leben ist nichts wert. Ich mag dieses Leben nicht. Der Schmerz ist zu groß. Er überwältigt mich. Warum soll ich dieses Leben mögen? Ich habe es nie gemocht und meine Eltern haben mich auch nie gemocht. Ich war nicht erwünscht! Wozu soll ich dieses Leid tragen? Ich mag nicht mehr.”

Obwohl ihn die Tränen beinahe überwältigten, brauchte Peter eine Führung, um in ein Trauern zu kommen. Ich leitete ihn an, sich selbst mitfühlend beizustehen und fragte ihn, ob er versuchen könnte, sich so in die Arme zu nehmen, in dieser Verletztheit, in diesem arm sein und in diesem Schmerz. Wenn er es selbst nicht konnte, formulierte ich meine Gefühle für ihn. Die Trauer, die ich in mir spürte, lieh ich ihm sozusagen, damit er seine Gefühle auffinden konnte. Mir war es wichtig, Peter zu sagen, dass es für mich sehr leidvoll wäre, wenn er sich das Leben nehmen würde. In seiner Trauer öffnete sich Peter.

Er sagte mir öfters, dass es ihm bei mir erstmals gelang, diese Trauer in sich aufzufinden. Die ursprüngliche Distanziertheit war einer Nähe gewichen. In dieser Nähe erlebte ich Peter ungeschützt, warmherzig und wertvoll. Auch er erlebte meine Nähe zu ihm ähnlich. Wenn ihn das Weinen überwältigte, konnte er es zulassen, dass ich seine Hand hielt oder beim Verabschieden aus der Stunde ihm die Hand auf die Schulter legte. In diesem Erleben von Nähe (in der nun entstandenen Beziehung) fühlte sich Peter als Wert angenommen und begann sein Leben wieder wertvoll zu erleben. Oft überwältigte ihn der Schmerz und er hatte das Gefühl, dass sein Leben nie mehr gut werden könne. Aber er fühlte sich erleichtert, wenn er weinen konnte und die Trauer in ihm zum Leben kam.

Peter hatte nun gelernt, die Realität auszuhalten und es gelang ihm, seine Gefühle, seine Trauer, den Schmerz und die Wut, die damit verbunden waren, zu erleben und zum Ausdruck zu bringen. Doch nun begann Peter an sich selbst zu zweifeln. Er spürte, dass er durch seine Eigenart, die von Selbstunsicherheit geprägt war, Verhaltensweisen entwickelt hatte, die erheblich zum Scheitern der Beziehung zu seiner Frau und zu seinen Söhnen beigetragen hatten. Er hatte das Gefühl, seiner Frau und seinen Kinder, sowie er war, nicht zu genügen, er war ständig bemüht, sein Verhalten zu rechtfertigen und legte großen Wert darauf, von seiner Familie für alles, was er tat, geachtet und geschätzt zu werden. Ständig versuchte er, vermeintliche Erwartungen, die seine Familie an ihn hatte, vorauszuahnen und diesen Erwartungen zu entsprechen. Wenn sich seine Frau in einer Gesellschaft anderen Menschen zuwandte und sich mit diesen unterhielt, fühlte er sich gedemütigt und entwürdigt. Die Angst, von ihr verlassen werden zu können, trieb ihn dazu, sie zu kontrollieren und sich an sie zu klammern.

Durch die nun vollzogene Trennung fühlte er sich zutiefst gekränkt und in seiner Ehre und seinem Stolz verletzt. Diese Kränkung wollte Peter nicht tragen:

Peter wörtlich: “Ich will mein Gesicht nicht verlieren. Ich möchte aufrecht sterben. Nur so kann ich mir treu bleiben. Ich verrate mich selbst und mein Eigenes, wenn ich in diese Trennung einwillige. Ich muss mich umbringen, sonst kann ich mir selbst nicht mehr in die Augen schauen. Durch meine Art habe ich alles zerstört. Ein ehrenvoller Tod ist der einzige Weg allem gerecht zu werden”.

Peter gab sich selbst die alleinige Schuld für das Scheitern seiner Ehe. In dieser Situation konnte er nichts Gutes an sich selbst lassen. Es brauchte viel Geduld, bis Peter Eigenschaften vor sich selbst bestehen lassen konnte, die auch von seiner Frau und den Söhnen zweifellos geschätzt wurden. Seine Zuverlässigkeit, wenn er gebraucht wurde, seine Hilfsbereitschaft und Zielstrebigkeit hatten die Beziehung lange Zeit getragen. Die Selbstlosigkeit, mit der er für seine Familie eintrat, war ebenso beeindruckend, wie die Zielstrebigkeit im Beruf und im Sport. Im Grunde schätzte Peter diese Eigenschaften an sich selbst, wenngleich ihn immer wieder Zweifel plagten, weil er spürte, wie leicht er sich darin selbst übergibt und zum Schweigen brachte. Peter spürte sich selbst wenig und zweifelte, wann er in Alltagssituationen das Recht habe für sich einzutreten. In den Gesprächen lernte Peter mit meiner Hilfe seine Grenzen zu formulieren und sich gegenüber den oft übergreifenden Anforderungen seiner Frau abzugrenzen und zu verteidigen.

Zunehmend begann er sich den Konfrontationen mit seiner Frau und seinen Söhnen zu stellen, wenn diese mit Forderungen an ihn herantraten. Peter begann zu spüren, dass er sich nicht alles gefallen lassen musste, was wiederholt zu heftigen Streitereien auch mit seinen Eltern führten, die im selben Haus wohnten. Wenn er mir davon erzählte, war er beinahe ein bisschen stolz auf sich.

Der vierte Bereich, den Peter immer wieder formulierte, war die Frage, wozu soll er sich das alles antun. Eine tragende Antwort hierauf fand Peter relativ leicht. Er wollte die finanzielle Zukunft seiner Kinder sichern, damit sie eine gute Ausbildung bekommen und in ihrem Alltag finanziell abgesichert sind. Dafür wollte er seinem Beruf nachgehen und seine Söhne in finanzieller Hinsicht nicht im Stich lassen.

Abschließend ist es mir wichtig darauf hinzuweisen, dass sich diese Phase der Therapie über mehr als ein Jahr erstreckte. Während dieses Jahres geriet Peter wiederholt in suizidale Krisen. Dann war es notwendig, 2 bis 3x pro Woche Termine zu vereinbaren oder telefonisch Kontakt zu halten. Aus didaktischen Gründen habe ich die einzelnen Schritte der Krisenintervention exemplarisch hervorgehoben.

Die Themenschwerpunkte in den Gesprächen folgten in ihrem Aufbau der geschilderten Reihenfolge, jedoch war es in den Einzelstunden immer wieder notwendig, je nach aktueller Dringlichkeit, flexibel auf Peters Situation einzugehen.

Peter lebt nach wie vor im Haus seiner Eltern. Seine Frau hat wenige Monate nach der Trennung einen neuen Partner kennengelernt und lebt gemeinsam mit ihm und ihrem jüngsten Sohn. Die älteren Söhne leben in einer eigenen Wohnung. Zwei Söhne wurden während der wiederkehrenden suizidalen Krisen ihres Vaters therapeutisch betreut.

Peter hat mit der Situation so weit umgehen gelernt, dass in den letzten acht Monaten keine suizidalen Krisen mehr auftraten.

Anschrift der Verfasserin:

Michaela Probst
Erdbergweg 5c
A-8052 Graz

e-mail: michaela.probst@existenzanalyse.org

„...Mein ganzes Leben war nur Leiden...“*

Existenzanalytische Therapie einer Depression im Alter

Barbara Jöbstl

In meiner Falldarstellung schildere ich die existenzanalytische Psychotherapie mit einer 63-jährigen Patientin, die an einer Depression leidet.

Mit Verweis auf die vier Grundmotivationen nach A. Längle zeige ich, dass sich dahinter psychopathologisch Angst, fehlendes Grundwörterleben, gestörter Selbstwert und daraus resultierend ein tiefes Sinnlosigkeitsgefühl in Bezug auf das ganze zurückliegende Leben verbirgt. Ein kurzer Einblick in die Biographie soll zu einem Verstehen der Psychopathogenese beitragen.

Darauf basierend will ich darstellen, wie und was die therapeutische Arbeit auf den einzelnen Grundmotivationsebenen im Laufe der Therapie bewegte und damit zu einem gelungenen Leben auch noch im fortgeschrittenen Alter meiner Patientin beitrug.

Schlüsselwörter: Depression, Grundmotivation, Ressourcen, Falldarstellung

In my case study I describe the existential-analytical psychotherapy of a 63-year-old patient suffering from depression.

Referring to the four fundamental motivations according to A.Längle I show that, hidden behind the depression, there is on the psychopathological level anxiety, lack of fundamental value, troubled self-value and, as a result, a profound feeling of meaninglessness of life so far. A short biographic review contributes to the understanding of the genesis of the psychopathology.

Based on that I will show the results of the therapeutic work on the levels of the fundamental motivations and how this contributed to an improved life even at the advanced age of my patient.

Key words: depression, fundamental motivation, resources, case study

„...Mein ganzes Leben war nur Leiden...“

Das waren Worte aus dem Erstgespräch mit meiner Patientin Maria, deren Fall ich vorstellen möchte.

Maria leidet an einer Depression, ein sehr weit verbreitetes Krankheitsbild, nichts Spektakuläres, trotzdem habe ich sie für diesen Vortrag ausgewählt, um zu zeigen, dass und wie Leben auch im fortgeschrittenen Alter trotz lebenslang dauernder leidvoller Vorerfahrungen noch gelingen kann und was die Psychotherapie dazu beigetragen hat.

Ich gliedere meine Darstellung in vier Teile:

Im ersten und zweiten Teil werde ich Maria vorstellen mit der aktuellen Problematik und Symptomatik, mit der sie zu mir in die Therapie kam, bis hin zum lebensgeschichtlichen Hintergrund.

Dann werde ich versuchen, die Psychopathogenese und Psychopathologie aus dem existenzanalytischen Verständnis heraus aufzuschlüsseln, um mich im vierten Teil der therapeutischen Vorgehensweise und dem Verlauf zu widmen.

1. Die aktuelle Problematik und Symptomatik

Maria kam vor gut eineinhalb Jahren zu mir in Therapie, ein Jahr lang sahen wir uns wöchentlich, danach in einem circa vierzehntägigen Setting und zur Zeit etwa dreiwöchig, die Gespräche dauern also noch an.

Sie ist 62 Jahre alt, seit 42 Jahren verheiratet und hat vier Kinder im Alter von 40, 37, 32, und 20 Jahren.

Maria hat keinen Beruf erlernt, war in ihrer Jugend bis zur Geburt des ersten Kindes als Haushaltshilfe und im Verkauf tätig, hat sich danach ganz dem Haushalt und der Kinderbetreuung gewidmet und ist mit 50 bis zur Pensionierung mit 58 nochmals als Altenhelferin in das Erwerbsleben eingetreten.

Ihr Mann ist um zwei Jahre älter, er war Straßenbahn- und Busfahrer und ist nun ebenfalls in Pension.

Maria ist eine sehr sympathische, intelligente, feine, gefühlvolle Frau, die sich gut artikulieren kann und ein hohes Maß an Reflexionsvermögen besitzt. Im Gegensatz dazu wirkt ihr Mann ihrer Schilderung nach roh, einfach strukturiert und gefühllos.

*Vortrag anlässlich des GLE-Kongresses im April 2000 in Wien zum Thema „Wenn der Sinn zur Frage wird“

Maria kam wegen seit längerer Zeit andauernder heftiger und zuletzt stärker und vermehrt auftretender depressiver Symptome in Zusammenhang mit einem Entscheidungskonflikt. Sie fühle sich verzweifelt, freudlos, interesselos, habe keinen Antrieb, keinen Appetit und sei ständig müde und erschöpft, ohne im Schlaf Erholung finden zu können, weil sie selbst nachts in ein ständiges quälendes Grübeln verfiere. Daneben habe sie häufig starke Angstgefühle, begleitet von körperlichen Sensationen. Diese traurige Grundstimmung und Schwere durchziehe ihr ganzes Leben, wirkliche Lebensfreude habe sie nie empfunden. Auch die Angst kenne sie schon von Kind an.

Immer wieder habe es Zuspitzungen in Zusammenhang mit belastenden Ereignissen gegeben, wo sie Verzweiflung und Lebensüberdruß befielen, aber aufgrund ihrer Religiosität und der Kinder habe sie sich nicht das Leben genommen.

Zur Zeit sei es jedoch unerträglich, sie sei dieses Lebens überdrüssig, kraftlos, erschöpft und wie gelähmt, einen Schritt zu tun, um ihrer Misere zu entkommen. Beim Gedanken an die Zukunft, ja nur beim Gedanken an den nächsten Tag befalle sie eine tiefe Angst, das Morgen stünde bedrohlich wie ein schwarzes Loch vor ihr. Aktuell ginge es jetzt darum, die Entscheidung zu treffen, dem von ihrem Mann ausgesprochenen Trennungswunsch nachzugeben oder nicht.

Eigentlich war ihr schon vor 20 Jahren (Geburt der jüngsten Tochter, womit der offene Bruch begann) klar geworden, dass eine Trennung der einzige Weg für sie wäre, um heil zu werden. Sie habe es jedoch nie geschafft. Sie hielt damals und auch jetzt noch an der Illusion fest, mit ihm eine liebe- und respektvolle Beziehung aufzubauen, wenn sie sich nur genug bemühte, ständig hatte sie bei sich den Fehler gesucht.

Die Kirche, bei der sie während ihrer Ehe den einzigen Halt gehabt hatte, bestärkte sie in der Haltung, die Ehe auf keinen Fall aufzulösen und so fühlte sie sich schuldig, allein diesen Gedanken zu hegen.

Ein Loslassen von der Illusion würde ihr zudem bestätigen, dass die Mühen und Leiden der letzten 42 Jahre umsonst gewesen sind. Daneben habe sie aber auch Angst, es alleine nicht zu schaffen, sie habe kein Vertrauen in ihre Fähigkeiten, keinerlei Selbstwertgefühl. Zudem spüre sie noch eine Abhängigkeit, ein „Nicht-loslassen-Können“ und ein Verantwortungsgefühl ihrem Mann gegenüber, obwohl sie wisse, dass er sie nur benutzt hat.

Soviel zur Eingangssituation. Nun soll ein Überblick über die Biographie folgen, aus der sich ein Verständnis für die Psychopathologie und Psychopathogenese entwickeln soll.

2. Biographie

Maria ist als Jüngstes von neun Kindern in einem kleinen Ort der Steiermark aufgewachsen.

Im Alter von fünf Jahren starb ihre Mutter, an die sie nur eine schwache, aber positive Erinnerung von Geborgenheit und Wärme hat, der Vater hatte die Familie schon Jahre davor verlassen, an ihn hat Maria keinerlei Erinnerung. Nach dem Tod der Mutter wurden die Geschwister getrennt und kamen zu unterschiedlichen Verwandten in Pflege. Maria kam zu ihrer Großmutter, die noch zwei Töchter im Alter von zehn und zwölf Jahren hatte. Es herrschte ein wortkarges, kühles Klima, entsprechend gab es keine körperliche Nähe, Zärtlichkeit und keinerlei wärmende Zuwendung und auch keinerlei persönli-

che Auseinandersetzung, kein Gespräch. Maria wurde versorgt, und das war es.

So konnte sie sich mit ihren kindlichen Problemen an niemanden wenden, was für sie besonders schwer war, als sie mit acht Jahren in der Zeitung davon las, dass ihr Vater verurteilt worden war, nachdem er ihre ältere Schwester vergewaltigt und geschwängert hatte, die daraufhin Selbstmord begangen hat.

Diese Last trug sie Jahrzehnte lang allein bei sich, bis sie sich jemandem anvertrauen konnte. Ihr Bild vom Vater und von Männern erfuhr eine Prägung von Angst und Abscheu, und ein Ekel vor Sexualität wurde grundgelegt, ohne je eine Korrektur erfahren zu haben.

Trotz alledem war Maria froh, bei der Großmutter zu sein, wengleich sie auch spürte, dass sie nur geduldet war, dass sie deutlich benachteiligt war gegenüber deren eigenen Kindern und dass diese trachtete, sie loszuwerden.

Ab ihrem zehnten Lebensjahr wurde sie zu umliegenden Bauern in den Dienst geschickt mit der Option, dort zu bleiben. Immer wieder lief sie weg und wurde dann zur Großmutter zurückgebracht. Stets war sie in Angst, von ihr nicht mehr aufgenommen zu werden. So bemühte sie sich im Rahmen ihrer kindlichen Möglichkeiten, die Berechtigung, dort sein zu dürfen, zu verdienen, indem sie versuchte, der Großmutter gefällig zu sein.

Ihr Eigenes, ihre persönlichen Wünsche, Interessen, Neigungen und Sorgen waren nicht gefragt, wurden nicht ernst genommen, Bestätigung oder gar Wertschätzung waren ihr fremd.

Mit 15 ging sie schließlich in den Dienst als Haushaltshilfe, mit 18 lernte sie ihren Mann kennen, den sie mit 20 heiratete. Davor hatte sie eine Beziehung zu einem Mann aus gutem Hause, die sie abbrach, da sie sich nicht wert genug für ihn fühlte. Ihr Mann kam aus ärmlichen, niedrigen sozialen Verhältnissen, wo Gewalt zum Alltag gehörte. In seinen Augen meinte sie Güte und Wärme zu sehen, was ihr die Hoffnung gab, mit ihm eine Beziehung in Liebe aufzubauen, obwohl schon zu Beginn vieles auf seinen schwierigen Charakter und seine Unfähigkeit, Liebe zu geben, hindeutete.

Die Tatsache, dass er sehr arm war, kam ihr zurecht, so musste sie sich ihm nicht unterlegen fühlen und war guten Mutes, mit ihm gemeinsam etwas zu schaffen. Außerdem sehnte sie sich nach einem Heim, nach Familie, nach einem Platz, wo sie hingehörte, wo sie sein durfte. Sehr bald begannen sie auch mit dem Hausbau, das Grundstück bekamen sie von den Schwiegereltern, die angrenzend daran lebten. Die Schwiegermutter war eine dominante, harte Frau, die eine große Macht auf ihren Mann und schließlich auch auf Maria ausübte.

Nach zwei Jahren Ehe wurde das erste Kind geboren, in den Jahren danach zwei weitere. Schon sehr bald stellte sich heraus, dass es zwischen den Eheleuten nichts Gemeinsames gab, dass er ihr gänzlich fremd war und jeglicher Versuch von ihr, zu ihm in eine Nähe zu kommen, in einen Dialog zu treten, kläglich scheiterte.

Sie konnte es nicht wahrhaben und hoffte immer noch, und so auch in den Folgejahren, den weichen Kern, den sie anfangs gemeint hatte zu sehen, freilegen zu können, obwohl die Realität das Gegenteil zeigte. Ihr Mann verhielt sich ihr gegenüber roh und brutal, sparte nicht mit Demütigungen und Abwertun-

gen. Sie unternahm alles, um sich von ihm Wertschätzung und Anerkennung zu verschaffen. So leistete sie unaufhörlich, hielt Haus und Garten in vorbildlicher Weise instand, war sparsam, gönnte sich selbst nichts, kümmerte sich sorgfältig um die Kindererziehung, half in der Nachbarschaft mit und bekam von allen Seiten Bewunderung dafür, dass sie das alles schaffte.

Allein ihrem Mann war es nie genug, es gab nie ein Wort des Lobes oder Zuspruches wenn sie niedergeschlagen war, im Gegenteil, er kritisierte und nörgelte ständig an ihr herum, nannte sie nutzlos und dumm und verspottete sie in ihrer Traurigkeit, hieß sie zu gehen, wenn es ihr nicht passt, sobald sie einen Hauch von Auflehnung zeigte. Nie war es möglich, mit ihm in ein Gespräch zu treten, keinerlei Nähe ließ er zu, auch körperliche Nähe nur in Form von Sexualität, die er gewaltsam einforderte. Maria fühlte sich benutzt und missbraucht, die traumatische Erinnerung an den Vater wurde immer wieder wachgerufen und als sie eines Tages ihrem Mann davon erzählte, erntete sie wiederum nur Spott. Besonders brutal verhielt er sich ihr gegenüber in Zeiten wo sie schwanger war und nach den Geburten, da fühlte sie sich ganz im Stich gelassen. Bei der dritten Geburt gab es Komplikationen, sodass ihr Leben in Gefahr war und seine Äußerung dazu nach der Spitalsentlassung war nur: „Du hättest mit dem Kind verrecken sollen.“

Hinzu kam, dass er sich viel in Gasthäusern herumtrieb und dem Alkohol nicht abgeneigt war, nach solchen Ausflügen war er völlig unberechenbar, lärmte und randalierte, beschimpfte sie auf das Größte, sodass sie in ständiger Angst vor ihm lebte. Seine Phantasie kannte keine Grenzen, wenn es darum ging, sie zu kränken und zu demütigen, sodass Maria immer das Gefühl hatte, er wolle sie hinaussekeln. Aber sie schaffte es nicht, zu gehen, auch nicht nach der Geburt ihrer jüngsten Tochter, wo sich die Situation noch mehr zuspitzte. Erschwerend kam hinzu, dass sie auch von der benachbarten Schwiegermutter nur Hohn und Verachtung erntete und dass es auch sonst keinen Menschen gab, der sie in ihrem Leid sah und ihr Unterstützung angedeihen ließ.

Sie fügte sich ihrem Schicksal und bemühte sich weiterhin, durch Leisten bis zur Erschöpfung ihren Mann für sich zu gewinnen. Sie pflegte schließlich auch seine Mutter, als diese bettlägrig wurde, über Jahre hinweg bis zu ihrem Tod.

Er jedoch wandte sich immer mehr von ihr ab, zeigte seine Geringschätzung und Verachtung für sie immer deutlicher („Er behandelte mich wie ein Stück Dreck.“) und ließ keine Schikane gegen sie aus, bis zuletzt, wo er nun erstmals offen aussprach, dass er sich trennen wolle.

Maria fühlt sich nun erst recht ein Leben lang benutzt und jetzt, wo sie ihre Schuldigkeit getan hat und nicht mehr gebraucht wird, von ihm weggeworfen wie ein Gebrauchsgegenstand, der seine Funktion nicht mehr erfüllen kann.

Sie weiß zwar, dass sie die Trennung annehmen muss, verspürt jedoch unsagbare Angst vor dem, was dann kommen wird.

Soviel also zu Marias Lebensgeschichte. Mein Bericht mag sehr ausführlich erscheinen, es gäbe noch viel mehr zu erzählen. Ich habe versucht, gerade so ausführlich zu sein, dass man ein Gefühl dafür bekommen kann, wie es Maria in diesem Leben ergangen ist.

3. Existenzialistisches Verständnis der Psychologie und Psychopathogenese

Damit möchte ich überleiten zur **Psychopathologie** und **Psychopathogenese**, zur Frage, worunter leidet Maria, und wo gründet dieses Leiden?

3.1 Angst durch bedrohten Seinsgrund

Von Kind an begleitet Maria die Angst, die zuletzt auch in Form körperlicher Symptome zum (Beklemmungs-, Engegefühle, Luftnot, Schwindel...) Ausdruck kam.

Sie erlebt eine Bedrohung ihres Seins, ein Gefühl, unter diesen Bedingungen, wie sie sind, nicht sein zu können. Da ist nichts mehr, was Halt gibt, worauf Verlass ist, weder in den äußeren Umständen, noch in ihr selber. Die Verunsicherung reicht nun bis in die eigene Person, sie hat kein Vertrauen in sich, in die eigenen Fähigkeiten. Da kein Platz mehr da ist, wo sie sein darf, kein Raum für sich, kein Ort, wo sie Schutz erlebt, wo sie ein Gefühl von Heimat hat, weiß sie nicht, wie es weiter gehen könnte.

Im Blick auf die Biographie sehen wir, dass Maria schon sehr früh ihre Heimat, einen sicheren, geschützten, geborgenen Ort (bei der Mutter) verloren hat, und dass danach der Platz bei der Großmutter einer steten Bedrohung ausgesetzt war. Da war eine ständige Unsicherheit, die Gefahr weggegeben zu werden. Sie erlebte sich von der Großmutter nicht angenommen, sondern bloß geduldet. Das Gefühl, nirgends hin zu gehören, grub sich damals in Marias Erleben ein und weckte die Sehnsucht danach, Heimat zu finden, einen Platz zu haben, wo sie hingehört, angenommen ist, wo sie sich beschützt fühlt, sicher fühlt, wo sie vertrauen kann. Dies hoffte sie bei ihrem Mann und der gemeinsamen Familie zu finden, aber auch da wurde sie enttäuscht, weil sie mehr Feindschaft als Geborgenheit und Angenommensein erlebte. Maria erfährt also in ihrem Leben schon früh einen Mangel an Angenommensein, der sich sogar zunehmend in eine offene Ablehnung durch ihren Mann wandelt.

Andererseits ist auch spürbar, daß sie erstaunlich stark durch ihr Leben geht und selbst weiß, was sie will und braucht und es sich schafft, soweit sie es als in ihrem Verfügungsbereich erkennt: Sie geht sorgsam und bestimmt mit den Kindern, mit Haus und Garten um. Von ihr selbst ist also spürbar, dass sie ihre Situation weitgehend angenommen hat und ihre Energie in die Gestaltung steckt, ohne sich allzusehr im Hadern mit den Bedingungen aufzureiben. In dieser Haltung kann sie ihre starke Seite auch gut leben, sie führt allerdings auch dazu, die Beziehung zu ihrem Mann trotz aufkommender Zweifel nicht wirklich in Frage zu stellen. Sie bleibt recht verharrend, darin erfährt sie Sicherheit und Raum, wird aber vom Leben bzw. ihrem Mann „überholt“, indem dieser mit der gewünschten Trennung ihr die Basis des Zuhauses zu entziehen droht. In dieser Bedrohung nimmt die Angst immer breiteren Raum ein.

Einen guten Halt gab ihr lange Zeit der Glaube und die Kirche, aber auch von der Kirche fühlte sie sich später missverstanden und fallengelassen.

Entsprechend dem Verständnis der ersten Ebene der vier Grundmotivationen nach A. Längle findet sich also eine Bedrohung des Seinsgrundes, eine **Störung des Dasein-Könnens**.

Dieser Mangel an Halt, Raum und Schutz findet seinen Ausdruck in der Angst.

3.2 Einsamkeit und Leere

Maria erlebt sich und ihr Leben als wertlos. So mag sie sich und dieses Leben nicht. Das Gefühl, dass es im Grunde gut ist, dass es sie gibt, ist verschüttet.

Ihre Umwelt empfindet sie kalt und grau, sich selbst erlebt sie in einer Erstarrung, unlebendig und nicht berührbar durch positive Werte.

Nichts freut sie, nichts kann ihr Interesse wecken, sie kann nichts genießen, sie empfindet das Leben als Last und es kostet sie Kraft, morgens überhaupt aufzustehen. Sie weiß auch nicht wofür, die Kinder sind erwachsen und brauchen sie nicht mehr, sonst existiert nichts, wozu sie in Beziehung steht.

Es ist einsam und leer, nichts wärmt sie. Auch sie selbst vermag sich keine Zuwendung zu geben, in ihr ertönen nur Selbstvorwürfe, begleitet von Schuld- und Versagensgefühlen, die Wertlosigkeit der eigenen Person findet Bestätigung.

Wenn wir wiederum in der Biographie zurückblicken, sehen wir, dass es nach dem Tod der Mutter niemanden mehr gab, der Maria Zuwendung schenkte, der ihr vermittelte, dass er sie mochte, sie liebenswert findet, ihr Zeit und Nähe schenkte, sie in den Arm nahm und wärmte. Sie erlebte bei der Großmutter keine Geborgenheit, sondern Kälte und Beziehungslosigkeit. Und das setzte sich in der Ehe fort. Es gab keine liebevolle Zuwendung, keine Berührungen, keine Zärtlichkeit, keine Nähe.

Nie vermittelte ihr Mann ihr, dass er sie liebt, dass er froh ist, dass es sie gibt und Versuche ihrerseits, zu ihm in eine Nähe zu kommen, verspottete und verhöhnte er. Er reduzierte sie auf ein Nutzobjekt, das zu funktionieren hat. Einzig und allein zu ihren Kindern konnte sie Beziehung leben, wenn auch überschattet durch ihr eigenes Leid.

Das heißt, in ihr blieb ein unerfülltes Bedürfnis nach Nähe, Wärme und Beziehung wach, das sie auch leben kann, sofern sich eine Möglichkeit für sie eröffnet, wie z.B. mit ihren Kindern. Sie hat sich trotz leidvollen Lebensweges eine Beziehungsfähigkeit bewahrt, wie sich im therapeutischen Prozeß zeigt. Situativ erlebt sie allerdings einen Zusammenbruch in ihrem Grundwerterleben, sie erlebt sich wie aus der Welt gestoßen, ausgesetzt, aus ihren festen Bezügen entlassen, da die Kinder selbständig geworden sind und der Mann den Wunsch nach Trennung ausspricht. Trotz ihrer grundsätzlichen Beziehungsfähigkeit verliert sie den Zugang zur Verwirklichung, den Zugang zum Leben bis hinein in eine suizidale Krise. Ihr Grundwert, nämlich das Erleben, dass es gut ist, dass es sie gibt, stand seit langem auf schwachen Beinen durch den Mangel an erlebter Zuwendung.

Hier spricht die Existenzanalyse von einer Störung des Grundwerterlebens, einer Störung auf der zweiten Ebene der Grundmotivationen, nämlich des **Wertseins und Leben-Mögens**.

Diese Bedrohung ihres Grundwerts zeigt sich in der Depression.

3.3 Mangelnder Selbstwert

Maria erlebt keine Achtung und Wertschätzung für ihre eigene Person, da sie eigentlich gar nicht weiß bzw. kein Gefühl dafür hat, wer sie selber ist, was ihr Eigenes ist, sie erlebt sich selbst als fremd, kann kaum eigene Meinungen formulieren und keine eigenen Entscheidungen treffen. Demnach kann sie auch nicht zu sich selber stehen, sich ernst nehmen und sich

abgrenzen, weshalb Verletzungen und Kränkungen ungefiltert in sie eindringen können und ihre Selbstablehnung unterstreichen.

Wenn wir wiederum Marias Lebensgeschichte betrachten, sehen wir, dass es schon bei der Großmutter nicht die Möglichkeit gab, ihr Eigenes zu entdecken und zu entfalten. Es ging darum, sich anzupassen, fleißig zu sein und gefällig zu sein, um überhaupt eine Daseinsberechtigung zu haben. Sie selbst in ihrem Sosein mit all dem was sie bewegte, wurde nicht beachtet und nicht gesehen. In der Ehe hoffte sie, ihr Selbst entfalten zu können, hatte aber wiederum nur sehr geringen Spielraum. Sie hatte keinerlei Mitspracherecht beim Hausbau und beim Einrichten und auch später nicht bei jeglichen Entscheidungen. Alles was Maria einbrachte, wurde nicht gesehen und was und wieviel auch immer sie leistete, es fand nie ein Lob und Anerkennung, genügte nie, immer bekam sie das Gefühl, alles falsch zu machen, ein Nichts zu sein - so wie sie war.

Die Würde ihrer Person wurde durch ständige Grenzüberschreitungen und Demütigungen verletzt.

Das schwach entwickelte bzw. ständig unterdrückte Selbst verhinderte die Ausbildung eines Selbstwertes und führte zuletzt zum Gefühl, nicht ihr eigenes Leben gelebt zu haben, in ihrem Leben selbst nicht vorgekommen zu sein.

In der Existenzanalyse sprechen wir von einer Selbstwertstörung, die die dritte Grundmotivation, nämlich das **So-Sein bzw. Selbstsein-Dürfen** betrifft.

3.4 Sinnlosigkeit

Resultierend aus der Störung auf den ersten drei Ebenen der Grundmotivationen ist Maria nicht frei, zu einem sinnerfüllten Leben zu kommen. Sie erlebt ihr Leben als sinnlos und leer. In ihrer depressiven Erstarrung fühlt sie sich von der Welt und den Werten in ihr nicht angesprochen und kann daher auch keine Antwort geben bzw. kommt nicht in einen dialogischen Austausch mit der Welt. Sie fühlt sich wie abgeschnitten von der Welt, einsam und verzweifelt. Sie erlebt sich als gescheitert, das, worin sie Erfüllung gesucht hat, wofür sie ihr Leben geopfert hat, nämlich eine gute Beziehung zu ihrem Mann aufzubauen und ein harmonisches Familienleben zu führen, hat sich nicht erfüllt.

Die Störung auf der vierten Ebene - **Sinnvolles zu Wollen** - ergibt sich bei Maria also durch die Defizite auf den drei vorhergehenden Ebenen.

„42 Jahre umsonst“, so tönt es in ihr, dabei das eigene Leben verabsäumt, und nun bin ich alt und es ist zu spät! Dieses Gefühl, für nichts gelebt zu haben, das eigene Leben als sinnlos zu empfinden, führte Maria an den Rand der Suizidalität.

Wie wir mit all dem Leid und Leiden umgegangen sind und was in diesen zwei Jahren daraus geworden ist, will ich im nächsten Punkt, der sich also der Therapie widmet, darstellen.

4. Therapie

Schwerpunktmäßig lassen sich drei Phasen des therapeutischen Verlaufes feststellen, die ihre Entsprechungen wiederum auf den einzelnen Ebenen der Grundmotivationen finden.

In der ersten Phase steht das Schaffen von Halt und Boden im Mittelpunkt, entsprechend der ersten Grundmotivations-ebene.

Die zweite Phase widmet sich hauptsächlich der Arbeit am

Grundwert (2.GM). Es geht darum, das Werterleben zu fördern, indem sie mit sich und der Welt in Beziehung tritt, indem sie Fühlung und Nähe aufnimmt. Dies schließt auch die Trauerarbeit über all das Leid und nichtgelebte Leben mit ein.

In der dritten Phase findet sich als Schwerpunkt die Arbeit am Selbstwert (3.GM). Es geht um das Finden des Eigenen, Selbstannahme, Selbstachtung und Wertschätzung und um Abgrenzung zum anderen.

Mit Wachsen des Seinsgrundes, des Grundwertes und Selbstwertes gelang es Maria immer besser, sich von Werten in der Welt ansprechen zu lassen und ihrem Leben Sinn zu geben.

Sie erlebt nun jeden Tag als Kostbarkeit mit vielen Möglichkeiten zur Entfaltung ihrer Interessen, zur Begegnung oder auch zur Stille mit sich.

So weit ein Überblick, nun möchte ich eine detaillierte Schilderung über den Therapieverlauf und Marias Entwicklung während unserer gemeinsamen Arbeit geben.

Es gelang schon in der ersten Stunde, eine Vertrauensbasis zu schaffen, die es Maria ermöglichte, sich zu öffnen. Ich vermittelte ihr, dass sie hier den Raum hat, sich in ihrem Leid mitzuteilen, dass ich sie und all ihr Leid mit ihr aushalte und in einer empathischen Haltung mit ihr bin.

In der schnellen Stabilisierung der therapeutischen Begegnung wird spürbar, daß Maria in ihrer Persönlichkeit über gute Ressourcen verfügt, die ihr Klarheit im Erleben geben.

Maria fühlte sich von Anfang an respektiert, ernstgenommen, gehalten und erlebte meine mitfühlende Nähe als sehr wärmend und wohltuend. Sie erlebte, dass sie hier mit ihren Problemen sein kann und darf, ohne verurteilt oder gemaßregelt zu werden. Die Erfahrung von Raum, Halt und Schutz gab ihr den Mut, sich all dem Leid zu stellen und die Fakten in ihrer Schwere so sein zu lassen.

Es war sehr entlastend für sie, sich einmal all das, was sie so schmerzlich bewegte, von der Seele zu sprechen und die Erfahrung zu machen, da ist jemand, der diese Last und sie mit ihrem Kummer und ihrer Angst aushält.

Im Sinne der Entlastung war es auch, ihrer depressiven Erschöpfung entgegenzuwirken, indem ich ihr eine medikamentöse Unterstützung angedeihen ließ und ihr eine weitgehende Befreiung von den Alltagsaufgaben verordnete.

Meine Empfehlung, aufgrund der Schwere ihres Krankheitsbildes, sich in Spitalpflege zu begeben, konnte sie zu dem Zeitpunkt nicht annehmen.

So suchten wir nach Wegen, sich im häuslichen Umfeld Gutes zu tun und Ruhe zukommen zu lassen, wie zum Beispiel auf regelmäßige Ruhezeiten zu achten, dabei eventuell entspannende Musik zu hören, auf die Ernährung zu achten, der Körperpflege im Sinne von Selbstzuwendung Aufmerksamkeit einzuräumen, Spaziergänge an der frischen Luft zu unternehmen und dabei auch innezuhalten, die Natur auf sich wirken zu lassen und einzuatmen. Neben der Entlastung sollten diese Maßnahmen die Beziehung zu sich anbahnen durch Selbstzuwendung und Zeit, die sie sich bewusst für sich selbst nahm.

Bedacht nahm ich darauf, ihr nichts Fremdes überzustülpen, sondern aus ihren eigenen Ressourcen zu schöpfen.

Ein weiterer entlastender Faktor zu Beginn der Therapie war die Befreiung vom Druck, sofort eine Entscheidung bzw. Lösung zum Trennungskonflikt finden zu müssen. Es käme

jetzt darauf an, wieder zu Kräften zu kommen, Vitalität wiederzugewinnen, um überhaupt in der Lage zu sein, eine Orientierung für die Zukunft zu finden. Dies konnte Maria gut annehmen.

Trotz anfänglicher Erleichterung verschlechterte sich Marias Befinden in den nächsten Wochen. Das Umfeld, die ständige Präsenz ihres Mannes und das Gefühl, dass auch ihre jüngste Tochter sich gegen sie stellte, ließen sie nicht zur Ruhe kommen. Sie kam aus dem Grübeln nicht heraus, fand keinen Schlaf mehr und war zusätzlich erschüttert durch das immer deutlichere Gewahrwerden dessen, was sie in den letzten 42 Jahren erduldet hatte. Sie spürte, dass sie von diesem Mann weg musste, sah sich aber in ihrem jetzigen Zustand immer weniger dazu in der Lage, sodass sie der Resignation nahe war und wieder häufiger Suizidgedanken hegte.

In dieser Situation vermittelte ich ihr entschieden die Dringlichkeit, sie in die Obhut der Klinik zu geben, was sie dankbar annahm und glücklicherweise bekam sie schon wenige Tage später ein Bett. Durch eine antidepressive und sedierende Infusionstherapie konnte sie sich einmal ausschlafen und wirklich zur Ruhe kommen. Die Befreiung von den alltäglichen Anforderungen und die Möglichkeit, einmal nur zu sein und nichts leisten zu müssen, ja sogar rund um die Uhr verwöhnt zu werden (so empfand sie es) und liebevolle Betreuung zu erhalten, eine erstmalige Erfahrung in ihrem Leben, führte dazu, dass sie sich schon binnen relativ kurzer Zeit gut erholte.

Nun war sie auch in der Lage, damit konfrontiert zu werden, wie es weitergehen soll, was im Rahmen der stationär geführten Gespräche geschah. Ganz klar spürte sie, dass sie nicht zu ihrem Mann zurück konnte und wollte, bestärkt dadurch, dass sie durch den Krankenhausaufenthalt erfuhr, wie befreit sie war, wie wohltuend es war, durchatmen zu können ohne Angst. Sie erlebte Geborgenheit in einem Umfeld, das es gut mit ihr meint.

Es zeichnete sich die Entscheidung ab, sich eine kleine Wohnung zu suchen.

Mit der Unterstützung des Sozialarbeiters fand sie bald ein Zimmer in einem Einfamilienhaus bei einer alleinstehenden Frau, in dem sie sich auf Anhieb wohlfühlte. Dorthin übersiedelte sie direkt nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nach circa vier Wochen stationären Aufenthaltes.

Maria war zunächst überwältigt von der Tatsache, dass sie diesen Schritt zustandegebracht hatte und empfand eine tiefe Dankbarkeit.

Ihre Stimmungslage war nach dem Krankenhausaufenthalt deutlich gebessert, sie fand wieder guten Schlaf, jedoch fühlte sie sich noch etwas hilflos in ihrer neuen Lebenssituation und wurde immer wieder von Angstattacken befallen.

Es ging jetzt darum, ihr neues Zuhause zu einem solchen werden zu lassen, den Raum zu beziehen, für sich einzunehmen und nach ihrem Geschmack zu gestalten. Dies war eine gänzlich neue Erfahrung für sie und nach anfänglicher Scheu entdeckte sie Freude daran und entwickelte eine Kreativität, die sie selbst erstaunte.

Meine Aufgabe dabei war es, sie bei der Entdeckung des Eigenen zu führen, immer wieder mit ihr zu verweilen und in Fühlung mit dem Gefundenen zu kommen, dabei die Beziehung zu sich und zum gefundenen Wert zu fördern.

Daneben versuchten wir gemeinsam, haltgebende Struktu-

ren zu erarbeiten, die Gestaltung eines jeden Tages vorzunehmen und nicht dem Zufall zu überlassen, dabei auf Regelmäßigkeiten zu achten, wie Schlafenszeiten, Aufstehen, Körperpflege, Mahlzeiten, Spaziergänge usw.

Es gab natürlich im Zuge der Übersiedlung und Trennung nun auch viele formale Dinge zu erledigen, wie eine Postumleitung zu organisieren, ein eigenes Konto zu eröffnen, das Meldeamt aufsuchen, eine Rechtsberatung zu kontaktieren und so fort. In diesen Dingen fühlte sich Maria unsicher und empfand Scham, nun in der Öffentlichkeit als Frau aufzutreten, die sich von ihrem Mann getrennt hat.

Ich unterstützte sie darin mit praktischen Tipps und Anleitungen, da sie tatsächlich sehr unerfahren war und achtete darauf, dass sie sich dabei nicht überforderte.

Sie gewann zunehmend an Kompetenz und Sicherheit, was ihr Selbstwörterleben positiv beeinflusste. Im Laufe der Zeit lernte sie gut, sich den Tag selbst zu gestalten, dabei mit ihren Kräften hauszuhalten, sich bewusst Ruhezeiten zu gönnen und überhaupt zu erfahren, was ihr gut tut und zu genießen. Immer wieder war sie überwältigt und gerührt von diesen Erfahrungen, gleichzeitig froh und dankbar, all das Leid nicht mehr erdulden zu müssen.

So gewann sie immer mehr Boden, immer mehr Sicherheit für das Jetzt, jedoch die Zukunft drohte noch als Abgrund, wenn sie mit ihren Gedanken dorthin glitt.

Nach wie vor, jedoch immer seltener, befielen sie Angstattacken. Sie hatte gelernt, die Angst auszuhalten, sie zuzulassen und mit ihr umzugehen, indem sie Entspannungsübungen einsetzte, ins Freie ging oder sich selbst Halt gab, z.B. indem sie sich selbst umarmte.

In der Angstkonfrontation zu einem späteren Zeitpunkt unserer therapeutischen Arbeit trat eine Todesangst zutage, Angst zu sterben bevor sie überhaupt gelebt hat.

Nach dem Durchschreiten des Tores des Todes und Betrauern des nichtgelebten Lebens verlor sich die Angst fast zur Gänze.

In dieser ersten Phase der Therapie ging es also vorwiegend darum, Halt und Boden zu schaffen, entsprechend der ersten Ebene der Grundmotivationen.

Die Anbahnung des Grundwörterlebens in der Beziehungsaufnahme zu sich und zu Werten in der Welt, das Auffinden des Eigenen, das Erleben des Rechts auf das Eigene und auf Abgrenzung hatten ebenfalls Bedeutung, da es sie förderte, Halt bei sich selbst zu finden.

Über Monate ging es jetzt also um das Fußfassen in der neuen Lebenssituation und der Vertiefung der dabei auftretenden Schwierigkeiten in unseren Gesprächen. So kam es, dass sie von ihrer Vermieterin häufig zum Erledigen bestimmter Tätigkeiten herangezogen wurde und oft stundenlang zum Anhören derer Probleme zur Verfügung stand. Es dauerte geraume Zeit, bis sie bemerkte, dass sie benutzt bzw. ausgenützt wurde, aufmerksam gemacht durch körperliche Symptome, die wir in den Gesprächen auf ihren phänomenologischen Gehalt untersuchten.

Die Grenzüberschreitungen ihrer Vermieterin erinnerten sie schmerzlich an ähnliche Erfahrungen während ihrer Ehe. Nun war die Zeit gekommen, uns diesem Thema zuzuwenden bzw. es zu vertiefen.

Mit der Methode der „Personalen Existenzanalyse“ nach A. Längle, in der es kurzgefasst in drei Schritten darum geht,

die Emotionalität zum jeweiligen Ereignis zu heben, eine personale Stellungnahme zu erarbeiten und einen Ausdruck bzw. eine Antwort auf die Situation zu finden und zu geben, konnten wir aktuelle Erlebnisse und auch vergangene gut bearbeiten. So gelang es ihr immer besser, nein zu sagen, sich von der Vermieterin abzugrenzen, bis dahin, dass sie sich entschied, eine andere Wohnung zu suchen, als diese immer unverschämter wurde.

Dieser Wechsel stellte sie vor die Entscheidung, etwas „Fixes“ zu suchen, wo sie sich vorstellen könnte zu bleiben oder wieder etwas Provisorisches wie das bisherige Zimmer oder gar zu ihrem Mann zurückzukehren, der ihr das nahegelegt hat.

Ihr Befinden verschlechterte sich zu dieser Zeit sehr, es überschwemmten sie die leidvollen Erinnerungen an die Ehe. Außerdem stand ein Abschied an und zwar nicht von ihrem Mann, der war weit weggerückt, zu ihm wollte sie um keinen Preis zurück, sondern von ihrem bisherigen Zuhause, dem gemeinsam erbauten Haus, dem mit Sorgfalt und Liebe gepflegten Garten und ihrer jüngsten Tochter, die jetzt beim Vater lebte und sozusagen ihren Platz einnahm, was sie auch sehr schmerzte. Das Gefühl nichts wert zu sein und die fehlende Selbstannahme wurden jetzt wieder florid. Nun begann die intensivste und schmerzlichste Phase der Therapie.

Gemeinsam nahmen wir Beziehung auf zu diesem für sie nicht gelebten Leben, zu all der Pein, die sie erlitten hatte durch das demütigende, sie entwürdigende Verhalten ihres Mannes. Ein tiefes Trauern darüber, dass ihr das widerfahren ist, dass sie es geschehen hat lassen und sich nicht schützen konnte, war die Folge, sie konnte erlösende Tränen weinen und dabei ganz bei sich sein.

Viel Unwert war ohne Zweifel in dieser langen Ehe, der das Wertvolle gänzlich zu verdecken schien. Das zu heben war mir ein Anliegen, um den Boden der Realität aufzuweiten.

Und wir fanden auch Wertvolles: Da waren ihre vier Kinder, die ihr immer wieder Kraft gegeben haben, vor allem die Jüngste, an der ihr Herz besonders hing.

Da war auch ihre Liebe zur Natur, die Freude an ihrem Garten, die Freude an der Handarbeit, Literatur und Musik, die ihr Begleiter in schweren Stunden gewesen waren. Es tat ihr sehr gut, das wieder ins Blickfeld zu bekommen, und vor allem im Jetzt daran anzuknüpfen. Nichts desto trotz quälte sie sich mit dem Vorwurf, nicht schon früher gegangen zu sein bzw. sich überhaupt auf diesen Mann eingelassen zu haben.

In diesem Zusammenhang plagten sie tiefe Schamgefühle, die sie vor allem in der Öffentlichkeit befielen, mit der Folge des zeitweilig völligen sozialen Rückzugs. Behutsam gingen wir der Scham auf den Grund, wo sich zunächst eine Selbstablehnung auftat aufgrund dessen, dass sie sich mit diesem Mann eingelassen hatte, mit ihm Sexualität gehabt hatte, die sie als vergewaltigend empfand. Sie fühlte sich dadurch unrein, beschmutzt.

Bei der weiteren Vertiefung dieser Gefühle kamen wir auf ihren Vater und stießen auf das achtjährige Kind, das in der Zeitung von seinem Verbrechen gelesen hatte. Die Scham- und Schuldgefühle, der Ekel, die stille Verzweiflung, das Unverständnis und die Hilflosigkeit des kleinen Mädchens lebten in unserem Gespräch auf. Wir nahmen uns des kleinen Mädchens an und gaben ihm, was es damals gebraucht hätte. Es fand Gehör, durfte sagen, was es bewegte, seine Gefühle zei-

gen, wurde darin gehalten, getröstet und erhielt Antwort auf seine Fragen.

Durch diese Auseinandersetzung wurde sie befähigt, ihre persönliche Stellungnahme zu formulieren, zum Vater auf Distanz zu gehen, sich abzugrenzen und nicht mehr seine Schuld auf sich zu nehmen.

Im Rahmen dieser Thematik ergab es sich, dass wir beim kleinen Mädchen blieben und es durch seine traurige und einsame Kindheit begleiteten. Dafür nahmen wir uns sehr viel Zeit. Maria konnte sich gut auf das Kind einlassen, mit ihm über die verlorene Mutter trauern, es in seiner Angst halten und beschützen, ihm Wärme geben und es ermutigen, seinen eigenen Weg zu finden.

Maria hatte eine selbstgebastelte Puppe, die sie manchmal in die Stunde mitbrachte. Diese Puppe symbolisierte für sie das Kind in ihr und so nahm sie in Momenten, wo sie von schmerzhaften Gedanken an die Kindheit befallen wurde, die Puppe zu sich heran und drückte sie an sich, während sie weinte. So gelang es langsam, dieses Kind in Empfang zu nehmen, es anzunehmen und aufgrund seiner Geschichte zu verstehen, warum sie sich auf diesen Mann eingelassen hat und sich nicht früher trennen konnte.

Das ermöglichte, dass es in ihr zur Ruhe kommen konnte, dass sie ihr Leben und damit sich immer besser annehmen konnte. Sie war nun auch in der Lage, zu sehen und es sich anzuerkennen, was sie trotz dieser schwierigen Voraussetzungen in ihrem Leben geleistet hatte. Ihr Vertrauen, dass es gut werden würde, auch in der Zukunft, wuchs. Es kehrte langsam Versöhnung ein.

Nun zurück zur aktuellen Lebenssituation:

Maria beendete also das Mietverhältnis mit der „übergriffigen“ Vermieterin und entschied sich für eine Garconniere in einem Wohnhaus der Caritas, das speziell für Frauen nach Trennung konzipiert war und wo sie auf Lebenszeit bleiben konnte. Sie möblierte und gestaltete sich ihre Wohnung mit gründlicher Sorgfalt sehr heimelig und hatte nur wenig Mühe, die nötigen finanziellen Mittel von ihrem Mann einzufordern.

Die Anstrengung des Umzuges und des Einrichtens führten nahe an die Erschöpfung, es gelang jedoch, rechtzeitig Einhalt zu gebieten. Außerdem betrat sie erstmals wieder ihr ehemaliges Zuhause, um ihre Sachen abzuholen, was wiederum Vergangenes in ihr aufwühlte und sie die Endgültigkeit dieses Schrittes, den Abschied spüren ließ.

Im Prozess des Raumlassens für ihre Gefühle, im Verstehen, was und warum es sie so bewegte und im Erspüren, dass es im tiefsten Innersten so gut war, erfuhr ihre Entscheidung Bestärkung und sie war nun in der Lage, zu gehen.

Noch mehr als zuvor genoss sie ihre Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit, die Freiheit, den Tag für sich nützen zu dürfen, und sie entdeckte ein enormes Aufholbedürfnis. Immer deutlicher kristallisierten sich ihre Neigungen und Interessen heraus, denen sie lernte, nachzugehen. Lediglich in der Öffentlichkeit verspürte sie noch Scheu, so wie es ihr unangenehm war, frühere Bekannte zu treffen, da ihr häufig Unverständnis für ihre Entscheidung vermittelt wurde. Sie neigte dazu, obdessen sich selbst wieder in Frage zu stellen, gewann aber in unseren Gesprächen sogleich wieder ihre Festigkeit. Wir arbeiteten an der Abgrenzung gegenüber Urteilen und Vorurteilen der Leute, womit einherging, dass sie ihre Kontakte sorgfältiger auswählte und Menschen mied, die ihr keine

gute Gesinnung entgegenbrachten.

Auch in der neuen Wohnung kam es, dass sie sehr bald zum Ansprechpartner für die Probleme vieler Frauen wurde, was für sie zunehmend schwierig wurde. Dass sie auch häufig, vor allem von ihrer Nachbarin zu gemeinsamen Aktivitäten eingeladen wurde, etwa zum Wandern, wurde ihr ebenfalls zur Last, da diese ununterbrochen redete. Anfangs fiel es ihr sehr schwer, nein zu sagen und so übergang sie sich häufig, was stets eine depressive Reaktion zur Folge hatte.

Mit meiner Unterstützung wurde sie fester darin, ihr Recht auf Abgrenzung zu leben und dem nachzugehen, was ihr gut tat. Ihr Gespür für sich wurde diesbezüglich immer differenzierter.

Die Übergriffe in dem Haus gipfelten vor kurzem darin, dass sie, ohne gefragt zu sein, von der Hausverwalterin zur Haussprecherin ernannt wurde und ihr Einwand einfach nicht zur Kenntnis genommen wurde. Erstmals war Maria wütend, in einem Brief an die Verwalterin lehnte sie die ihr angebotene Funktion entschieden ab und bezog Stellung zu deren Verhalten. Die Angst, dass sie sich unbeliebt machen könnte oder gar gekündigt zu werden, zerschlug sich, die Verwalterin begegnete ihr auf den Brief hin nach wie vor freundlich und mit mehr Respekt als vorher.

Im Rahmen einer Begegnung mit ihrem Mann zur Klärung finanzieller Fragen in Zusammenhang mit der Trennung spürte sie seine geringschätzig Art und seinen Versuch, sie für blöd zu verkaufen. Sie geriet darüber in Wut, die wir in den Gesprächen aufgriffen. Damit war neben der Trauer eine neue Gefühlsregung in bezug auf ihren Mann geborgen, die sich nun heftig in Zusammenhang mit Erlebtem aus der Vergangenheit Luft machte. Das war befreiend für sie und ein weiterer wichtiger Schritt zur Bewältigung.

Wichtige Themen, worauf ich aber nicht näher eingehen will, waren zuletzt noch ihr Verhältnis zur Kirche und ihr Gottesbild, sowie die Beziehung zu ihren Kindern, speziell zur jüngsten Tochter.

Maria führt nun ein eigenständiges, sinnerfülltes Leben mit Höhen und Tiefen.

Ich begleite sie weiterhin im Sinne der Stabilisierung und Konsolidierung, um da zu sein, wenn schmerzliche Erinnerungen auftauchen oder aktuelle Konflikte sie verunsichern, was natürlich noch vorkommt. Von Zeit zu Zeit befällt sie auch noch eine depressive Stimmung, sie kann dann trotzdem gut mit sich sein und sich liebevolle Zuwendung geben. So kommt sie meist auch alleine darüber hinweg, Antidepressiva nimmt sie übrigens schon seit einem halben Jahr nicht mehr.

Ich habe einleitend ein Zitat der Patientin vorangestellt und möchte auch mit einem solchen, das aus einer der letzten Stunden stammt, abschließen: „Manchmal in der Früh weine ich Tränen der Freude, dass ein neuer Tag vor mir liegt. Mir kommt vor, mein Leben hat erst jetzt begonnen.“

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Barbara Jöbstl

Neudörfel 38

A-8047 Kainbach

E-mail: joebstl.barbara@aon.at

Existenzanalytische Therapie bei einem Patienten mit schizoider Persönlichkeitsstörung *

Christian Probst

Fallbericht über einen 26-jährigen Patienten mit fünf Jahre lang bestehendem schweren Mutismus, ausgeprägtem Zwangsverhalten und völligem sozialen Rückzug. In einer existenzanalytisch geführten Psychotherapie auf der Basis des Modells der Grundmotivationen (A. Längle) ist es gelungen, eine vollständige Remission der Symptome und eine berufliche und soziale Reintegration zu erreichen. Der Patient ist seit vier Jahren symptomfrei und benötigt keinerlei psychopharmakologische Therapie.

Schlüsselwörter: Borderline-Persönlichkeitsstörung, PEA, Grundmotivationen, Falldarstellung

Case study of a 26-year-old patient, having suffered for five years from a long-standing, serious mutism, marked compulsive behaviour and total social withdrawal. An existential-analytical therapy, conducted on the basis of the model of fundamental motivations (A. Längle) was successful in bringing about a complete remission of the symptoms and a professional and social reintegration. The patient is free of symptoms since four years and needs no psychopharmacological therapy.

Key words: borderline personality disorder, PEA, fundamental motivations, case study

1. Vorgeschichte

Die Mutter von Werner fragt mich, ob ich die Psychotherapie ihres Sohnes mit der Diagnose „Defektzustand bei Schizophrenie“ übernehmen würde. Er lebt bei seiner Familie, die ich privat schon seit Jahren kenne. Werner ist 26 Jahre alt.

Seit fünf Jahren hat er kein Wort mehr gesprochen. Er liegt den ganzen Tag im Bett und verläßt dieses nur nachts. Von Mitternacht bis circa zwei Uhr früh steht er auf. Aber nur, wenn die anderen Familienmitglieder schlafen. Er nimmt dann eine Mahlzeit ein, die ihm seine Mutter in der Küche bereitgestellt hat. Danach hört er eine Stunde lang Heavy Metal - Musik. Im Bereich dieser Musik ist er ein Spezialist. Sein Vater besorgt ihm regelmäßig die neuesten CDs und Fachzeitschriften.

Um spätestens 2.15 Uhr legt Werner sich wieder ins Bett. Er wird jetzt im Bett bleiben bis es wieder Mitternacht ist. Er hält den Mund fest zusammengebissen und wird von jetzt an bis Mitternacht weder etwas essen noch etwas trinken. Erst wenn es wieder Mitternacht ist, wird er dazu in der Lage sein.

Werner hat jetzt ca. 125 - 130 kg Körpergewicht bei einer Körpergröße von 175 cm. Er kann die Körperpflege nicht selbst durchführen. Psychiatrische Krankenpfleger kommen zwei mal pro Woche ins Haus, um ihn zu wa-

schen. Er gilt als Pflegefall und hat Ansprüche auf die höchste PflegegeldEinstufung.

Der Psychiater und Psychotherapeut, der ihn in den letzten Jahren betreut hat, kommt nur mehr sehr selten. Etwa drei bis vier mal im Jahr. Er hält die vereinbarten Termine nicht ein, verschiebt sie immer wieder oder bleibt ohne Nachricht fern. Werner ist darüber sehr enttäuscht - er fühlt sich verlassen.

Bei der Anfrage, ob ich Werner als Patienten übernehme, merke ich eine hohe Erwartung seiner Mutter. „Es muß sich jemand um Werner kümmern, damit er wieder gesund wird“, sagt sie.

Sie hat schon, bevor sie mit mir Kontakt aufgenommen hat, mit ihrem Sohn gesprochen - Werner weiß, daß ich inzwischen Psychotherapeut und Psychiater bin. Er wäre damit einverstanden, daß ich ihn besuche, er kennt mich ja noch von früher. Natürlich frage ich mich, wie ich mich da verhalten soll. Hat es überhaupt einen Sinn, Werner in Psychotherapie zu nehmen? Wie soll das funktionieren? Werner hat vor fünf Jahren aufgehört zu sprechen.

Einerseits hat all die Mühe, die sich andere Therapeuten und Ärzte in den letzten zehn Jahren gemacht haben, zu keiner Besserung geführt.

Andererseits: So schlecht, wie es Werner jetzt geht - da gibt es eigentlich nichts mehr zu verlieren. Ich habe schließlich zugesagt, Werner zu besuchen.

*Vortrag anlässlich des GLE-Kongresses im April 2000 in Wien zum Thema „Wenn der Sinn zur Frage wird“

2. Der Therapieprozess

Als ich das erste Mal Werners Zimmer betrat, schlug mir ein unangenehmer Geruch entgegen. Die Luft im Zimmer war stickig. Werner setzte sich im Bett auf und begrüßte mich durch Handheben. Meinem Blick wich er sofort aus und drehte das Gesicht zur Seite, sodaß ich ihn nur von seitlich hinten sehen konnte. Werner war ungepflegt, seine Haare fettig. Er hatte einen starken Mundgeruch und eine unangenehme Körperausdünstung. Sein Körper wirkte schwammig und weich.

Ich setzte mich an den Tisch, der neben Werners Bett stand, und wir begannen zu kommunizieren. Er hatte einen Stoß Papier und Schreibzeug vor sich liegen. Die Kommunikation war schwierig, Werner schrieb Blockbuchstaben auf Papier, und ich sprach zu ihm.

Die Therapieeinheiten dauerten aufgrund der mühsamen Kommunikation jeweils zweieinhalb bis drei Stunden.

Nach der dritten Therapieeinheit änderte ich meine Kommunikationsform mit Werner. Ich hatte bemerkt, daß ich kaum in der Lage war, mich in Werners Erlebniswelt, in sein Denken und sein Zeiterleben einzufühlen. Meine gesprochenen Wörter wirkten im Vergleich zu Werners Antworten rasend schnell. Dadurch war es mir nicht möglich, Werners Welt zu erreichen. So langsam ich auch sprach, es war immer noch viel zu schnell. Deshalb habe auch ich aufgehört zu sprechen. Von nun an begrüßten wir uns durch Handzeichen, ich setzte mich neben ihn, und die Kommunikation erfolgte ausschließlich schriftlich. Jetzt wurde mir deutlich bewußt, in welcher eigenartigen Welt Werner die letzten fünf Jahre verbracht hatte. Die Umweltgeräusche wurden deutlicher wahrnehmbar, da die eigene Stimme nicht mehr störte ...

Anfangs schien es mir unendlich lange zu dauern, bis ich einen Satz formuliert und in Blockbuchstaben aufgeschrieben hatte, bis Werner den Satz gelesen, seine Antwort formuliert und diese wieder aufgeschrieben hatte. Wenn ich nach drei Stunden bei ihm das Haus wieder verließ, fühlte ich mich fern von der Welt. Ich brauchte einige Minuten um mein Sensorium wieder an die Lautstärke der Umwelt anzupassen.

Ich verstand jetzt zum Teil wenigstens was Werners meinte, wenn er mitteilte, daß er nicht so denken könne wie andere und wörtlich:

„Mein Gehirn ist wie in Watte gepackt, mir ist als ob mir dauernd schwindlig wäre. Ich habe Angst aus dieser Welt zu fallen. Ich habe Angst, mich dann nicht einmal mehr schriftlich mitteilen zu können.“

Seit Jahren wiederhole ich den ganzen Tag vier Takte aus einer Heavy Metal Nummer. Die Gruppe singt die Wörter „we are“. Ich habe Angst, daß ich das vergesse, dann wäre es aus. Dann könnte ich mich nicht mehr mitteilen. Das ist wie ein Zwang, ein Fluch.“

In den ersten Therapieeinheiten versuchte ich zu erfahren, was Werner in den letzten Jahren erlebt hatte, wie es zum jetzigen Zustandsbild gekommen sei. Werner weigerte sich, dafür Zeit aufzuwenden. Er war sich sicher, daß ihm das nichts bringen würde. Mit diesbezüglichen Fragen verwies er mich an seinen früheren Arzt, der wisse genau Bescheid, weil er alles miterlebt habe.

2.1 Arbeit am Seins-Grund

Werner war es viel wichtiger sich mit seinem Alltag, wie er ihn erlebte, auseinander zu setzen. Durch die verschlossene Zimmertür hörte er, mit welchem Haß und welcher gewalttätigen Aggression seine Mutter, sein Vater und seine jetzt 13jährige Schwester miteinander umgingen. Er hatte Angst, daß auch seine Schwester dem Druck eines Tages nicht mehr standhalten könnte. Dann würde ihr sicher das gleiche passieren wie ihm.

Wenn ich seine Angst spürte, legte ich ihm meine Hand auf die Schulter. Zunächst spürte ich, wie sich Werner unter der Berührung versteifte. Aber schon nach wenigen Augenblicken wurde er weicher, und ich hatte das Gefühl, es tat ihm gut. Ich brauchte viel Zeit, seine Ängste bezüglich seiner jüngeren Schwester zu beschwichtigen, sie verhielt sich ja ganz anders als er in dieser Zeit. Sie war aggressiv, schrie ihren Zorn, ihre Wut heraus und wehrte sich, während er kaum einmal laut geworden war, eher zum Rückzug neigte und verstummt war, wenn man ihm Vorwürfe gemacht hatte.

Neben dem Austausch über die vorangegangenen Tag versuchte ich Werner in den Therapiestunden etwas zu aktivieren.

Zunächst ging es darum, ihm buchstäblich mehr Lebensraum zu verschaffen. Werner war im Bereich der ersten Grundmotivation im Dasein-Können massiv behindert. Die erste Grundfrage der Existenz „**Ich bin - kann ich sein**“ konnte er nur mehr unter massiven Beschränkungen, die ihm Halt gaben, bejahen. Und auch hier begann sein Seinsgrund bereits einzubrechen.

Zunächst nur ganz spärlich ließ ich Überlegungen einfließen, wie es für Werner wäre, wenn er tagsüber in meiner Anwesenheit das Bett verließ. Ob er sich vorstellen könne, sich wenigstens gedanklich darauf einzulassen. Werner schilderte mir seine Angst, die bei dieser Vorstellung über ihn kam. Er hatte Angst, den Boden unter den Füßen zu verlieren, hatte Angst, daß ihm schwindlig werden und er stürzen könnte, daß er kollabieren könnte und dann sterben würde.

Ich fragte ihn, ob er mir zutrauen könnte, daß ich ihn halte, falls so etwas passieren sollte. Er musterte mich und nach kurzem Zögern nickte er. Er spürte, daß ich ihm Halt geben konnte, falls er den Boden verlieren würde. Im Schutze seines gewohnten Zimmers und in meinem Beisein konnte sich Werner schließlich vorstellen, ein paar Schritte aus dem Bett zu wagen. Wir vereinbarten, daß er versuchen würde zum Fenster zu gehen, dort etwas zu verharren, vielleicht ein paar Blicke in die Herbstlandschaft zu werfen und wenn er genug habe, wieder zum Bett zurückzugehen. Zu seinem eigenen Erstaunen gelang dies Werner recht gut.

In den folgenden Stunden gelang es ihm immer besser, in meinem Beisein im Zimmer umher zu gehen. Schon bald war er auch in der Lage, durch die Terrassentür sein Zimmer zu verlassen. Zwei Monate nach Beginn der Therapie konnte Werner sich frei im Garten bewegen.

Nachdem Werner am Beginn der Therapie aus Angst vor Überforderung nur zögernd Termine vereinbart hatte, war es ihm nun wichtig, daß ich mindestens zwei mal pro Woche komme. Er hat wieder Hoffnung gefunden, daß es

zu einer Besserung seines Zustandes kommen könnte. Mir war es bei Werner besonders wichtig, Termine pünktlich und regelmäßig einzuhalten. Er spürte daraus, daß ich ihn in seiner Situation wahrnahm und aushielt. Dies war die Basis für das Vertrauen, das er mir entgegenbrachte. Sein Seinsgrund war jetzt stabiler und tragfähiger geworden.

Wenn wir nach dem Aufenthalt im Garten wieder in sein Zimmer zurückkehrten, war Werner erleichtert. Es kostete ihm viel Kraft, die neuen Eindrücke zu verarbeiten, in seinem Zimmer *war* ihm alles vertraut, aber die Monotonie des Lebens in seinem Zimmer begann ihn auch zu langweilen.

2.2 Zugang zur Qualität des Seins

In der Therapie ging es mir nun zunehmend darum, Werners Emotionalität zu entdecken. Nachdem er sich in seinem Da-Sein-Können zunehmend sicher fühlte, war es nun Zeit, in der Therapie mehr Augenmerk auf die zweite Grundmotivation der Existenz zu richten. Die zweite Grundfrage der Existenz „**Ich lebe - mag ich leben?**“ bekam mehr Bedeutung.

Werner hatte in den letzten Jahren gelernt, daß es besser für ihn war, Gefühle zu verdrängen. Auf meine Fragen, was er empfinde, welche Gefühle in ihm auftauchen, wenn er beispielsweise Musik hörte oder nachts etwas aß, konnte er nur antworten, daß er keine Gefühle erleben könne - daß er innerlich völlig leer und irgendwie ausgebrannt sei. Das einzige Gefühl, das er zuletzt gehabt hatte, war diese lähmende bedrohende Angst, die aber immer mehr zurücktrat.

Ich begann nun bei unseren Aufenthalten im Garten Pflanzen zu berühren, Blätter anzugreifen und Werner folgte meinem Beispiel. Er lernte wieder, wie sich die Dinge anfühlten. Indem er seine Umwelt, Bäume, Sträucher, später seinen Hund und seine Katze berührte, sie zu streicheln begann, wurde er selbst von seiner Umwelt berührt. Er konnte wieder fühlen, wie hart die Rinde eines Baumes war und wie weich das Fell seines Hundes.

Werner blieb nun viel länger im Freien. Er merkte, daß er viel Zeit brauchte um sich der Welt wieder zuzuwenden, daß er Zeit brauchte um sich für das Erleben der Art, wie die Dinge ihn berührten, zu öffnen.

Mit viel Geduld konnte Werner wieder Beziehung zu seiner Umwelt aufnehmen. An die Stelle des ängstlich-depressiven Rückzugs trat zunehmend Lebenslust. Er spielte jetzt oft mit seinem Hund, warf ihm ein Holzstück und lief im Garten umher.

Werner hatte gelernt, wieder Wertvolles an sich heran zu lassen. Es gelang ihm immer besser, seine Gefühle, sein inneres Bewegtsein zu formulieren.

Nach der Festigung seiner Lebensbasis, seines Seinsgrundes durch die Arbeit in der ersten Grundmotivation, woraus Vertrauen entstanden war, konnte Werner durch die therapeutische Arbeit in der zweiten Grundmotivation sich zunehmend berühren lassen und dabei seine Bewegtheit erleben. Dadurch gelang es ihm wieder, das eigene Sein als Wert zu empfinden und somit kam es zu einer Stärkung von Werners Grundwert. Solchermaßen gestärkt brauchte er sich jetzt nicht mehr auf Distanz zu seiner Umwelt zu halten - er konnte es zulassen, innerlich bewegt zu werden und Emotionen aufkommen zu lassen.

In Werners Leben hatte sich viel verändert. Er stand vor-mittags auf, es zog ihn förmlich aus dem Bett, weil wieder Dinge auf ihn warteten. Da war der Hund, der mit ihm spielen wollte, da war der Garten, der in der Frühlingssonne zu erblühen begann. Werner wollte diesen Frühling nicht versäumen und war froh, wieder draußen in der Welt sein zu können.

2.3 Die Begegnung mit dem Anderen

Bald begann Werner das nun gewonnene Terrain zu klein zu werden. Er war nun bereit, den Schutz der Gartenhecke hinter sich zu lassen und kurz auf die Straße vor dem Haus zu treten. Als wir nach den ersten Schritten in der Öffentlichkeit wieder in Werners Zimmer zurückkamen, verspürte er eine bedrohende Angst.

Diese Angst war aber nicht mehr diffus. Werner fürchtete, daß er vor den Mitmenschen nicht bestehen könnte. Er hatte Angst, daß er so, wie er war, von der Gesellschaft ausgeschlossen werden könnte. Er war ja nicht in der Lage zu sprechen und so konnte er sich den anderen Menschen kaum verständlich machen. Er hatte Angst mit dieser Eigenheit nicht akzeptiert zu werden. Er hatte Angst, daß er ausgelacht werden könnte und von den Mitmenschen nicht ernst genommen werden würde. Er selbst war überzeugt davon, nie mehr sprechen zu können. Er befürchtete, deshalb nicht als vollwertiger Mensch zu gelten und er verachtete sich selbst wegen dieses Mangels.

Werner traute sich überhaupt wenig zu. Ihm wurde durch den Kontakt mit der Welt draußen bewußt, wie groß seine Defizite waren im Vergleich mit den Fähigkeiten der normalen, gesunden Menschen.

Nachdem Werner in seinem Seinsgrund Halt und Vertrauen gefunden hatte, nachdem er im Erleben von Wertvollem und eigenem Wertsein in seinem Grundwert gestärkt war, begann er an sich, an seinem Selbstwert zu zweifeln.

Die Frage der dritten Grundmotivation der Existenz wurde für Werner jetzt dringlicher. In der Begegnung mit der Außenwelt spürte er sich in seinem Selbst-Sein gefragt: „**Ich bin ich - darf ich so sein? So wie ich in meiner Eigenart bin?**“ Werner spürte, wie sehr er an seinem Selbstwert zweifelte. Er hatte Angst, nicht ernst genommen zu werden, er schämte sich vor den anderen Menschen und fürchtete, verachtet zu werden.

In den Therapiesitzungen war es mir nun wichtig, Werner mit konkreten Situationen zu konfrontieren. Er sollte sich vorstellen, wie er in ein Musikgeschäft ging und Fachzeitschriften und Schallplatten kaufte. Wir gingen die Situation Schritt für Schritt durch. Werner überlegte, wie er sich bei unangenehmen Fragen oder Verhaltensweisen schützen konnte, wie er sich selbst gegenüber den anderen abgrenzen und behaupten konnte. Nach vielen solchen „Trockenübungen“, in denen Werner immer besser lernte, zu sich selber zu stehen, sich gegenüber möglichen Verletzungen und Schamlosigkeiten seiner Umwelt abzugrenzen, war es so weit.

Als ich wieder einmal zu Werner in die Therapiestunde kam, teilte er mir mit, daß er mit seinem Vater im Media Markt gewesen war und alles ganz prima funktioniert habe.

Da kam Werner auf ein Angebot zurück, daß ich ihm einige Therapiestunden vorher gemacht hatte und fragte

mich, ob ich ihm tatsächlich zutrauen würde, wieder selbst Auto zu fahren.

Ich hatte ihm damals gesagt, daß ich ein neues Auto bekommen hatte und mit ihm gerne eine Probefahrt machen würde. Wenn er wolle, könne er selbst fahren.

Wir fuhren also los und auf einem abgelegenen Feldweg machte er nach sechs Jahren wieder Fahrversuche. Werner war anfangs unsicher und hatte Angst auf eine befahrene Straße zu fahren. Aber ich traute es ihm zu, und so fuhr er schließlich nach Hause. Etwas zittrig und mit Schweißperlen auf der Stirn parkte er vor seinem Elternhaus ein. Es war spürbar, wie stolz er auf sich war, alles gut gemeistert zu haben.

In den folgenden Wochen gelang es Werner immer besser, eigene Fähigkeiten wieder zu entdecken. Es wurde für ihn immer selbstverständlicher, von zu Hause wegzugehen und alltägliche Besorgungen zu machen. Er traute sich immer mehr zu, konnte seine Defizite vor sich zugeben, aber auch zu Leistungen, die er vollbracht hatte, stehen.

Durch den Fortschritt in seiner Genesung erlebte er auch in der Familie wieder mehr Achtung und Ansehen. Seine Schwester war ebenso stolz auf Werner wie seine Eltern. Werner wurde von seiner Schwester um Hilfe bei den Schulaufgaben gefragt und er half ihr, sich auf Prüfungen und Schularbeiten vorzubereiten. Die Anerkennung, die er von seiner Familie erfuhr, half ihm, den eigenen Selbstwert besser zu spüren und sich selber immer mehr zuzutrauen.

Aber so große Fortschritte Werner machte, all das war noch überlagert durch seine Unfähigkeit zu sprechen. Er hatte über die ganze Zeit, seit Beginn der Therapie, seine Zwangsgedanken beibehalten. Er wiederholte ständig diese vier Takte Musik und die Wörter „We are“ im Kopf. Er fürchtete, wenn er zu sprechen begänne, könnte er auf die Musik und diese Wörter vergessen - und dann wäre alles aus.

Unsere Kommunikation erfolgte immer noch schriftlich und ich stellte Werner die Frage, ob er in der Lage sei, mit geschlossenem Mund einen Ton zu summen. Ich machte es ihm vor und er machte es mir nach. Von nun an machten wir das immer häufiger. Ich summte etwas und Werner summte es mir nach. Schließlich übte er das auch alleine.

Und eines Tages, genau ein Jahr nach Beginn der Therapie wurde ich in der Klinik ans Telefon gerufen. Werners Mutter war am Apparat und sagte, Werner lasse fragen, ob ich heute wie vereinbart kommen werde, „*aber*“ sagte sie, „*warte einen Moment, es will Dich jemand sprechen.*“ „*Hallo*“, hörte ich, „*da ist der Werner. Kommst Du heu-*

te?“ Ein kalter Schauer lief mir über den Rücken, Werner sprach zu mir und ich war sprachlos, ich wußte nicht, was ich sagen sollte. „*Hallo*“, hörte ich aus dem Telefon „*bist Du noch da, oder hat es Dich umgehauen?*“ „*Nein*“, beeilte ich mich zu sagen „*ich bin noch da, aber ich weiß nicht, was ich sagen soll - ich bin so überrascht.*“

An diesem Tag fuhr ich zum letzten mal zu Werner nach Hause. Von jetzt an kam er zu mir in meine Praxis.

2.4 Sich einlassen auf neues Leben

Zwei Jahre sind nun vergangen seit Werner wieder zu sprechen begonnen hat. In dieser Zeit hat er eine Matura-schule besucht. Es ist ihm gelungen, alle Zulassungsprüfungen für die Matura erfolgreich abzulegen und die achte Klasse Gymnasium positiv abzuschließen. Im nächsten Frühjahr wird Werner zur Reifeprüfung antreten und er plant, ein Kolleg für Sozialpädagogik zu besuchen. Die Aufnahmeprüfung dafür hat er bereits mit gutem Erfolg bestanden.

Seinen Unterhalt verdient sich Werner mit Pizzazustellung - ab Dezember wird er seine eigene Wohnung beziehen und versuchen selbständig zu leben.

Die Therapiesitzungen finden einmal monatlich statt. In ihnen werden Alltagsprobleme besprochen. Werner ist jetzt etwa 75 kg schwer und spielt regelmäßig Tennis. Er besucht Discos und hat Mädchen kennengelernt, die einer Beziehung zu ihm nicht abgeneigt sind. Auch für Werner wird diese Frage immer wichtiger.

3. Defektzustand bei Schizophrenie?

Auch wenn vieles für diese Diagnose spricht, müssen wir kritisch bleiben. Diese Diagnose ist wahrscheinlich die massivste, die ein Psychiater stellen kann. Sie bedeutet eventuell ein Festschreiben in Hoffnungslosigkeit. Sie wirkt vielleicht motivationshemmend für die Beteiligten, weil die Aussichtslosigkeit dieser Diagnose frustriert.

Bewahren wir uns die Fähigkeit des Zweifels. Auch wenn so eine Diagnose einmal steht, sollten wir nochmals hinschauen und uns nicht entmutigen lassen. Es besteht sonst die Gefahr, daß Leben verloren geht.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Christian Probst

Erdbergweg 5c

8052 Graz

e-mail: christian.probst@existenzanalyse.org

Therapie eines Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung*

Christian Probst

Fallbericht über einen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung. Aufgrund psychotischer Erlebnisweisen waren mehrere langdauernde stationäre Aufenthalte notwendig. In einer existenzanalytisch geführten Psychotherapie konnte eine Remission der Symptome und eine berufliche und soziale Integration erreicht werden.

Schlüsselwörter: Borderline-Persönlichkeitsstörung, PEA, Grundmotivationen, Falldarstellung

Case study of a patient with borderline personality disorder. Because of psychotic experiences several hospitalisations had been necessary. In an existential-analytically conducted psychotherapy a remission of the symptoms and a professional and social integration could be achieved.

Key words: borderline personality disorder, personal existential analysis, fundamental motivations, psychotherapy

Einleitung

Vorgestellt wird ein 28 Jahre alter Patient. Er ist 197 cm groß bei einem Körpergewicht von 99 Kilogramm. Der Patient steht seit sechs Jahren wegen einer Borderline-Persönlichkeitsstörung und wegen rezidivierender psychotischer Episoden in psychiatrisch/psychotherapeutischer Behandlung.

Anamnese

Der Patient kam im Juni 1994 zur zweiten stationären Aufnahme an die Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz. Er litt unter zunehmenden Angstgefühlen, Unruhezuständen, Reizbarkeit, innerer Spannung und sich aufdrängenden Gewalt- und Suizidphantasien, gegen die sich der Patient zuletzt kaum mehr wehren konnte und die sich wahnhaft zu fixieren begannen. Wegen ähnlicher Symptome war der Patient bereits 1992 für elf Wochen stationär aufgenommen worden. Damals lag zusätzlich ein mehrjähriger Missbrauch von Alkohol und Cannabis vor. Durch den Konsum dieser Substanzen hatte der Patient versucht, sich Erleichterung hinsichtlich der inneren Spannungszustände zu verschaffen. Mit Hilfe einer existenzanalytischen Psychotherapie war es ihm gelungen, den Drogenmissbrauch zu beenden. Die medikamentöse Therapie erfolgte während des stationären Aufenthaltes mit Haloperidol, Oxazepam, Thioridazin, Chlorprothixen, Biperiden und Amitriptylin. Ambulant wurde zuletzt mit Thioridazin 100mg, Oxazepam 60mg und Moclobemid 450mg pro Tag behandelt.

Biographie und Psychopathogenese

Der Patient studierte Germanistik und Englisch. Im Studium gelang es ihm nicht, die geforderte Leistung für einen ordentlichen Studienerfolg zu erbringen. Es kam deshalb häufig zu Streitigkeiten mit seinem Vater, der Lehrer in einem Gymnasium war.

Seinen Vater erlebte der Patient schon seit Kindheit an als sehr dominant, stark fordernd und bedrohlich. Er hatte das Gefühl, den Erwartungen seines Vaters nicht entsprechen zu können und deshalb von ihm missachtet und entwertet zu werden. Schon als Schüler stand er ständig unter Druck, im Gymnasium gute Leistungen zu erbringen, da er sonst vom Vater, der in derselben Schule unterrichtete, angeschrien und bestraft wurde. Seine Mutter versuchte, ihn vor den Attacken des Vaters in Schutz zu nehmen, konnte sich aber nicht durchsetzen. Der so verursachte Streit zwischen seinen Eltern eskalierte häufig. Die Mutter zog sich dann weinend zurück und drohte mit Scheidung, weil sie die Belastungen nicht mehr aushielt. Der Patient fühlte sich verantwortlich dafür, dass die Ehe seiner Eltern nicht funktionierte und bekam Schuldgefühle gegenüber seinen Eltern und seinem Bruder. Die Vorstellung einer Trennung der Eltern löste starke Angstgefühle in ihm aus, gegen die er sich als Kind durch zwanghaftes Zählen von Autos, durch Zählen von Buchstaben und ähnlichen Verhaltensweisen zu schützen versuchte. Der Patient lebte seit seinem 22. Lebensjahr zusammen mit seinem zwei Jahre jüngeren Bruder in einer Wohnung, die seinen Eltern gehörte. Es kam immer wieder zu Differenzen zwischen seinem Bruder und ihm, da er sich vom Bruder bevormundet fühlte und

* Erstabdruck in: Psychopraxis 2/98, S48-50, Wien: Springer

den Eindruck hatte, sein Bruder versuche die Erziehungsfunktion seines Vaters zu übernehmen. Sein Bruder studierte sehr erfolgreich und hatte gerade seine Diplomprüfung mit ausgezeichnetem Erfolg abgelegt. Dadurch erlebte der Patient den eigenen Misserfolg im Studium wieder deutlich und fühlte sich als Versager. Außerdem hatte er Angst, nicht weiter in der Wohnung bleiben zu können, da sein Bruder zu heiraten beabsichtigte und ausziehen wollte. Die Ehe der Eltern stand vor der endgültigen Trennung, weshalb der Vater die Wohnung, in der der Patient wohnte, für sich beanspruchte. Seit seinem 18. Lebensjahr spielte der Patient zusammen mit seinem Bruder in einer Band, die sie gemeinsam gegründet hatten. Durch Auftritte in Jugendlokalen und bei Konzertveranstaltungen finanzierten sich sein Bruder und er einen Teil des Lebensunterhaltes. In den letzten Monaten gab es Streitigkeiten mit einem Musiker der Band, der schließlich die Gruppe verließ. Dadurch sah der Patient den Fortbestand der Band, an der sein ganzes Herz hing, gefährdet.

Therapie und Verlauf

Wegen der bestehenden Selbst- und Fremdgefährdung wurde der Patient im Überwachungsbereich der Klinik aufgenommen. Die psychopharmakologische Therapie erfolgte mit Haloperidol, Chlorprothixen, Thioridazin, Levomepromazin, Sulpirid, Buspiron, Biperiden, Fluoxetin, Mianserin, Diazepam und Oxazepam. Wie schon beim ersten stationären Aufenthalt kam es trotz vielfacher Therapieversuche mit Neuroleptika, Thymoleptika und Tranquillizern nach Phasen kurzer Stabilisierung und Besserung der Spannungs- und Angstzustände wiederholt zu massiven Stimmungseinbrüchen mit ausgeprägten, wahnhaft fixierten, sich aufdrängenden auto- und fremdaggressiven Gedankeninhalten und Handlungsimpulsen. Der Patient war in zahlreichen psychotherapeutischen Gruppen- und Einzelgesprächen kaum in der Lage, tragkräftige Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Die Führung des Patienten im stationären Umfeld gestaltete sich schwierig. Es gelang ihm immer wieder, die einzelnen, an seiner Therapie und seiner Pflege beteiligten Berufsgruppen gegeneinander auszuspielen und an die Grenzen ihrer Frustrationstoleranz zu bringen.

In dieser Zeit entwickelte der Patient ein gutes Vertrauensverhältnis zu mir, weil er merkte, daß ich - für seine Psychotherapie zuständig - trotz aller Frustrationen nicht an seiner Genesung zweifelte und mehrfach verhinderte, dass



er in eine andere psychiatrische Anstalt verlegt wurde. Schließlich wurde der Patient nach 21-wöchiger stationärer Behandlung in einer Phase leichter Stimmungsaufhellung, in der die Gewaltphantasien in den Hintergrund getreten waren, auf eigenen Wunsch, gegen den Rat des behandelnden Teams, nach Hause entlassen. Die weitere ambulante psychiatrisch/psychotherapeutische Betreuung wurde auf Wunsch des Patienten mit mir vereinbart. Wegen der zu erwartenden neuerlichen Stimmungseinbrüche und krisenhaften Entwicklungen sagte ich dem Patienten zu, dass er mich jederzeit, wenn nötig auch zu Hause, anrufen könne. Ambulante Kontrollen wurden für jeden zweiten Tag ausgemacht. Als medikamentöse Therapie erhielt der Patient Haloperidol 15mg, Thioridazin 200mg, Oxazepam 60mg und Biperiden 4mg pro Tag.

Wenige Tage nach der Entlassung aus der Klinik kam es nachts zu einer krisenhaften Entwicklung mit suizidaler Einengung, die einen Hausbesuch notwendig machte. In einer beratend-stützend geführten Krisenintervention gelang es, den Patienten zu beruhigen. Der Patient hatte befürchtet, daß er wegen der Nebenwirkungen der Medikamente und der beeinträchtigten Beweglichkeit seiner Finger nicht mehr in der Lage sein werde, professionell Gitarre zu spie-

len und deshalb seine Band aufgeben müsse. Aus diesem Grunde wurde die pharmakologische Therapie auf Clozapin 150mg und Oxazepam 100mg pro Tag umgestellt, was zu einer deutlichen Verbesserung der motorischen Fertigkeiten des Patienten führte.

Die existenzanalytische Psychotherapie wurde auf dem Modell der personalen Grundmotivationen (Längle 1997, 13 ff) aufgebaut. Zu Beginn der Psychotherapie war eine Stärkung des Patienten im Bereich der dritten Grundmotivation notwendig. Im Bereich dieser Grundmotivation geht es um die Grundfrage der Person: Ich bin - aber darf ich so sein wie ich selbst, in meiner Eigenart bin? Der Patient lernte in dieser Phase der Therapie sich selbst gegenüber den Forderungen anderer abzugrenzen und für sich einzutreten. Dadurch gelang es ihm immer besser, das Recht auf das eigene So-Sein zu erleben und es kam zu einer Stärkung des Selbstwertes des Patienten. Auffallend war weiters die starke emotionale Hemmung des Patienten. Obwohl er immer wieder von Aggressionsphantasien berichtete, war er im Gespräch emotional fast nicht erlebbar. Es war ihm kaum möglich, Emotionen auszudrücken oder Beziehungen zu seiner Umwelt aufzunehmen. Durch psychotherapeutische Arbeit im Bereich der zweiten Grundmotivation gelang es, die Emotionalität des Patienten ins Leben zu bringen. In dieser Grundmotivation steht die Grundfrage des Lebens im Mittelpunkt: ich lebe - aber mag ich eigentlich leben? Der Patient lernte, sich der Welt zuzuwenden, sich Zeit zu nehmen für das eigene Erleben der Welt, wie sie auf ihn wirkte und was sie in ihm zum Erklingen brachte. Er begann zu fühlen, wie die Dinge ihn berührten, lernte die eigenen Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken. Dadurch kam es zu einer Stärkung des Grundwertes des Patienten.

Wenn der Patient von Vernichtungsängsten überschwemmt wurde, war psychotherapeutische Arbeit im Bereich der ersten Grundmotivation erforderlich. In dieser Grundmotivation bewegt uns die Grundfrage der Existenz: Ich bin - aber kann ich dasein? Habe ich genug Halt, Raum und Schutz, um Dasein zu können? Der Patient lernte die Welt in ihrer faktischen Gegebenheit wahrzunehmen und auszuhalten (vgl. Längle 1997, 13ff). Er wurde in der Therapie angeleitet, sich mit der Welt in ihrer Faktizität zu konfrontieren und ihr nicht ängstlich auszuweichen.

Methodisch wurde vor allem mit der von A. Längle entwickelten Personalen Existenzanalyse (Längle 1993, 133ff) gearbeitet. Diese Methode folgt dem dialogischen Weltbezug der Person. Die Person wird ständig von der Welt angefragt, ist aufgefordert, Stellung zu diesen Anfragen zu nehmen und hat die Möglichkeit, sich antwortend in die Welt

einzubringen, wenn dieser Dialog gelingen soll. Die Anfragen erlebt die Person unmittelbar als Eindruck in der primären Emotionalität und bringt sie in Beziehung zu eigenen biographischen Vorerfahrungen in der sekundären Emotionalität (Längle 1993,22 ff). In der inneren Stellungnahme erfolgt eine Bewertung und Relativierung des Erlebten. In der Entscheidung für eine bestimmte Handlung und in der Umsetzung dieser Handlung bringt sich die Person in der Welt zum Ausdruck. Mit Hilfe der existenzanalytischen Psychotherapie gelang es dem Patienten nach wenigen Wochen gut, den Alltag zu bewältigen und sich im sozialen Leben zu integrieren. Über Vermittlung eines Sozialarbeiters erreichte er fünf Wochen nach der Entlassung aus der Klinik für die Dauer eines Jahres eine Anstellung bei einer arbeitsrehabilitativen Einrichtung. Es gelang ihm gut, die Anforderungen auf diesem Arbeitsplatz zu bewältigen. In den folgenden Wochen begann der Patient wieder Musikstücke zu komponieren und mit seiner Band öffentlich aufzutreten. Derzeit gibt er nahezu jede Woche ein Konzert und ist dabei, seine erste Schallplatte auf den Markt zu bringen.

Nach Beendigung der arbeitsrehabilitativen Maßnahme nahm der Patient verschiedene Gelegenheitsarbeiten wahr. Seit einem Jahr hat er eine feste Anstellung bei einer Bekleidungsfirma gefunden.

Die Eltern des Patienten haben sich getrennt. Der Patient bewohnt jetzt gemeinsam mit seiner Mutter die Wohnung, nachdem sein Bruder ausgezogen ist. Die psychotherapeutische Behandlung wurde vor sechs Monaten beendet. Der Patient kommt einmal in zwei Monaten zu einem beratend informellen Gespräch und möchte diesen Kontakt auch weiter aufrecht erhalten. Da sich der psychische Zustand stabilisierte und die Angstgefühle immer mehr in den Hintergrund traten, konnte die medikamentöse Therapie schrittweise reduziert werden. Seit nunmehr zwei Jahren nimmt der Patient keine psychopharmakologische Therapie ein und ist symptomfrei.

Literatur:

- Längle A (1993) (Hrsg.) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der GLE. Wien: GLE
Längle A, Probst C (1997) (Hrsg.) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten Wien: Facultas Verlag

Anschrift des Verfassers:

Dr. Christian Probst
Erdbergweg 5c
A-8052 Graz
e-mail: christian.probst@existenzanalyse.org

Impressionen und Erfahrungen zur Arbeit mit narzißtischen Störungen*

Claudia Klun

Narzißtische Störungen sind nach wie vor ein aktuelles Thema. Im existenzanalytischen Verständnis hat die narzißtische Pathologie als Schwerpunkt eine Störung im Bereich des Selbstwertes. Auf diese Sichtweise wird im folgenden Artikel unter Zuhilfenahme der phänomenologischen Betrachtungsweise, der personalen Grundmotivationen nach A. Längle sowie der Personalen Existenzanalyse näher eingegangen. Zudem wird auf Unterschiede zur histrionischen und zur Borderlinestörung hingewiesen.

Schlüsselwörter: Narzißmus, Selbstwertstörung, PEA, Grundmotivationen

Narcissistic disorders are still a topical theme. According to existential-analytical understanding, the narcissistic pathology has its basis in a disorder of the self-value. This point of view will be illustrated with the aid of phenomenological observation, of the personal fundamental motivations as developed by A.Längle as well as of the Personal Existential Analysis. Furthermore, the distinctions to histrionic and borderline disorders will be pointed to.

Key words: narcissism, disorder of the self-value, PEA, fundamental motivations

1. Erste Eindrücke oder wie zeigt sich ein Mensch mit einer narzißtischen Störung?

Wenn man auf einen Menschen mit einer narzißtischen Störung trifft, so entdeckt man häufig spontan bei sich ein ganz angenehmes Gefühl. Man denkt sich dabei auch: So ein sympathischer Mensch! So gut aussehend, so gebildet, so charmant, wie kann man nur so vollkommen sein! Oder wenn die Darstellung noch stärker ist, dann kann es einem auch durchaus passieren, daß man bei sich ein Gefühl von Neid entdeckt - beides sind häufige Reaktionen, wenn man es mit einem narzißtisch verletzten Menschen zu tun hat.

2. Die narzißtische Gefühlswelt

Das Selbstkonzept eines narzißtisch gestörten Menschen wird bestimmt durch zwei gegensätzliche Pole - dem Gefühl der Grandiosität einerseits und dem Gefühl der totalen Nichtigkeit andererseits. Nach außen hin dominieren eine auffallende Großartigkeit und Mächtigkeit. Ein Narzißt ist attraktiv und imponiert mit seiner verführerischen Art und Weise. Er hat ein gutes Gespür dafür, wie er gut ankommen kann und was er tun muß, um Bewunderung zu bekommen. In einer Gesellschaft gibt er sich wendig und schafft es schnell, die Blicke aller auf sich zu ziehen. In seiner Nähe kommt man leicht in Versuchung, sich selbst und seine eigenen Leistungen und Erfolge in Frage zu stellen, denn neben so einem genialen Menschen verblaßt alles und jeder. Auch in der Therapie wird sich ein Narzißt die ersten Monate grandios und mächtig zeigen und seine Schönheit, seine Tüchtigkeit und Klugheit immer wieder besonders hervorstreichen.

Bei so einem imponierenden Eindruck übersieht man leicht, daß narzißtisch verletzte Menschen von der Bewunderung durch Andere abhängig sind.

Ein Patient, der Musiker ist, schilderte mir: „Es ist mir nicht wichtig, was oder wie ich etwas mache, sondern einzig und allein zählt für mich die Reaktion der anderen Leute. Das brauche ich zur Selbstbestätigung. Das ist wie eine Droge für mich. Wenn ich am Klavier spiele, dann bin ich ständig dabei, zu schauen, welche Reaktionen von meinen Zuhörern kommen, ich konzentriere mich gar nicht so auf mein Stück. Ich kann selbst auch nicht beurteilen ob ich gut oder schlecht spiele, ich kann dies erst durch die Reaktion der Zuhörer einschätzen. Wenn ich ein positives Verhalten bemerke, dann geht es mir großartig und ich habe das Gefühl, daß ich am richtigen Weg bin, wenn ich aber eine negative Reaktion bemerke, dann überfallen mich Gefühle von Peinlichkeit und Nichtigkeit und ich möchte dann nur mehr weglaufen und mich verkriechen.“

Das Bestreben eines jeden Narzißten ist es, ihr restliches Leben lang von der gesamten Welt nur mehr positive Reaktionen zu bekommen. Denn dann erst wäre die eigene Welt in Ordnung. In der Therapie zeigt sich dieser Wunsch unter dem Deckmantel „ich darf keine Fehler machen“ oder „ich bin ein Mensch, der Perfektion liebt“.

Reichen die positiven Rückmeldungen nicht aus, um sich gut zu fühlen, dann kann der Narzißt sich auch eine eigene Welt inszenieren.

Michael, ein Patient von mir, berichtete, daß er beim Autofahren nie einen Sicherheitsgurt verwendet. In dem Augenblick, wo er ins Auto einsteigt, tritt er gedanklich in

*Vortrag anlässlich des GLE-Kongresses im April 2000 in Wien zum Thema „Wenn der Sinn zur Frage wird“

Rivalität mit allen Polizisten, die ihn deshalb bestrafen möchten. Steigt er aus dem Auto wieder aus, ohne erwischt worden zu sein, hat er das Gefühl, gegen alle Polizisten gesiegt zu haben und deswegen ganz schön toll zu sein - toll im Sinne von besser, schneller, geschickter etc.

Karl, ein anderer Patient, schilderte, daß er jede Nacht bis zum Ertönen der Bundeshymne vor dem Fernseher sitzt, obwohl er gar nicht wahrnimmt, welcher Film gerade läuft und obwohl er sehr müde ist und unter seinem chronischen Schlafmangel leidet. Aber indem er es solange vor dem Fernseher aushält und in der Früh nach drei oder vier Stunden Schlaf aufsteht und seinem Job nachgeht, bedeutet das, daß er weniger Schlaf als andere Menschen braucht und dadurch ist er doch eindeutig besser als alle anderen. Oder?

Eine ganz schnelle Art, das Größenselbst zu steigern, ist die Verschmelzung mit einem Ideal. Ist zum Beispiel ein Bekannter ein tüchtiger oder ein berühmter Mensch, so ist der Narzißt sofort gefangen, ja nahezu verliebt und verleibt sich den bewunderten Teil der anderen Person sozusagen ein.

Ein Patient schilderte es mir folgendermaßen: „Es ist, wie wenn ein Kannibale einen Menschen auffrißt und sich dann einbildet, er habe ab diesem Zeitpunkt auch alle Fähigkeiten und Talente des anderen inne.“ Bei einem anderen Patienten zeigte es sich folgendermaßen: Nach dem Tod seiner Mutter beschloß er, sein ererbtes Geld in eine Eigentumswohnung zu investieren. Er suchte sehr lange und konnte sich für keine Wohnung entscheiden. Eines Tages kam er strahlend in die Stunde und meinte, es sei alles erledigt. Er habe seine Wohnung gefunden und sofort gekauft. In zwei Wochen wird er dort einziehen. Ich war verwundert und erstaunt, da meinte er: Wissen Sie, als ich mit dem Makler das Wohnhaus betrat und einen Blick auf die Klingelanlage machte, sah ich, daß hier lauter Magister und Doktoren wohnen. Und in dem selben Augenblick wußte ich, da gehöre ich auch her. Zur Erläuterung muß ich sagen, daß er selbst die Handelsschule mit viel Müh und Not gerade geschafft hat.

Hinter der beschriebenen schillernden Fassade und den großartigen Phantasien von Schönheit, Ruhm, Erfolg und Macht verbirgt sich jedoch noch ein anderer Teil, in welchem ein überwältigendes Gefühl von Minderwertigkeit, große Zweifel und Unsicherheit, eine übermäßige Angst vor Verletzung, Kritik und Niederlagen vorherrschen. Der Narzißt versucht verzweifelt zu verhindern, daß irgendetwas von diesem inneren Bereich nach außen dringt und sichtbar wird. Es wäre eine große Niederlage für ihn, sich damit zu zeigen. Er selbst hält seine Bedürfnisse, seine inneren Regungen, seine Gefühle, seine tiefsten Wünsche für große Schwächen und Unzulänglichkeiten - sie zu zeigen, ruft bei ihm das Gefühl von Peinlichkeit hervor, er schämt sich dafür. Deshalb ist er sein ganzes Leben lang darum bemüht, alles das, was von seinem Inneren kommt, zu verstecken.

Dazu möchte ich einige Beispiele bringen:

Mein Patient Peter erzählte, daß er sich öfters eine Kanne Kaffee kocht. Es passiert ihm aber immer wieder, daß er nach ein oder zwei Tassen genug hat. Obwohl er es körper-

lich spürt, daß ihm der Kaffee nicht bekommt, trinkt er die Kanne aus, denn würde er den Kaffee übriglassen, wäre für ihn ganz klar, daß er einen Fehler gemacht hat, und dadurch wäre er selbst schlecht.

Er müßte sich eingestehen, daß er ohne viel zu überlegen einfach Kaffee gekocht hat. Sich diesen Fehler einzugestehen, würde eine Reihe von Gefühlen mit sich ziehen, die er als so unangenehm erlebt, daß er viel lieber die körperlichen Beschwerden in Kauf nimmt.

Ein anderer Patient schildert seine vermeintlichen Schwächen folgendermaßen:

„Das letzte Wochenende wollte meine Freundin unbedingt mit mir gemeinsam verbringen, weil sie bei einer Prüfung durchgefallen ist und meinen Trost und meine Unterstützung gebraucht hätte. Meine Stammtischrunde hat für das gleiche Wochenende ein privates Tennisturnier in Ungarn geplant, das ich auf keinen Fall versäumen wollte. Ich konnte meiner Freundin aber nicht sagen, ich möchte mein Wochenende ohne dich verbringen, sondern ich traf sie am Freitagabend, provozierte sie bis ihr die Tränen über das Gesicht rollten und meinte anschließend zu ihr: „Du bist wieder einmal unmöglich. Ich glaube, es ist besser, wenn wir dieses Wochenende getrennt verbringen.“ Ihre Tränen waren mir in diesem Augenblick wirklich egal.“

Diese Beispiele zeigen die große und ganz typische Angst von narzißtisch verletzten Menschen, in einer sog. Schwäche gesehen zu werden, zugleich lassen sie aber auch die mögliche Brutalität im Verhalten zu anderen erkennen. Um das Eigene - und damit eben eine vermeintliche Schwäche - der Öffentlichkeit nicht zeigen zu müssen, wird das aktuelle Gegenüber - zum Teil sehr subtil - verunsichert, abgewertet oder verachtet.

Menschen mit einer schweren narzißtischen Pathologie weisen charakteristischerweise eine Störung im Bereich des Einfühlungsvermögens auf. Sie können es nicht verstehen, daß es außer der eigenen Art zu empfinden auch noch andere Möglichkeiten gibt. Sie selbst haben nur ein sehr begrenztes Repertoire an Emotionalität zur Verfügung. Sie können Gefühle wie Sehnsucht, Traurigkeit, Reue, Dankbarkeit oder Freude kaum oder gar nicht empfinden, ganz typisch aber sind Gefühle wie Rivalität, Neid, Gier oder Wut. Zum Teil entsteht dieser Gefühlsangel dadurch, daß sie eher in der Welt der Vorstellungen leben. Dadurch fehlt ihnen sozusagen die Qualität des realen Erlebens. Wenn Narzißten zum Beispiel einen Film über ein Dschungelabenteuer sehen, so glauben sie, genau zu wissen, wie das ist, wenn man dort dabei ist. Sie sind fest davon überzeugt, daß das Erleben beim Fernsehen ident mit der Qualität des realen Erlebens im Dschungel ist. Nach so einem Fernsehfilm, so glauben sie, kann man ihnen über einen Dschungel wirklich nichts mehr Neues erzählen.

Die narzißtische Wut, die existenzanalytisch gesehen eher ein Zorn oder eine Verärgerung ist, ist jene Form der Aggression, die aufkommt, wenn das grandiose Selbst gefährdet scheint. Das kann beispielsweise durch Kritik passieren. Auf die dadurch empfundene Schwäche reagiert der Narzißt mit einer heftigen, zerstörenden Wut und dem Bedürfnis nach Rache für das erlittene Unrecht. Es ist nicht

eine gerichtete Wut sondern eine generalisierte Reaktion, die auch nicht auf eine bestimmte sondern auf die nächste Person niederdonnert, mit dem Ziel, diese Person zu vernichten.

Narzißtische Persönlichkeiten fordern aufgrund ihrer perfektionierten Fähigkeiten bei anderen Menschen den Neid geradezu heraus. Aber auch sie selbst sind im Inneren zutiefst neidisch. Sie haben das permanente Gefühl, im Leben zu kurz zu kommen und räumen sich zugleich auch ein Anrecht auf alles, was sie sich wünschen, ein. Ihre Wünsche entstehen jedoch in der Phantasie, denn ihre wahren Bedürfnisse und Gefühle dürfen nicht existieren.

Mein Patient David, ein Medizinstudent, kam eines Tages sehr zerknirscht in die Stunde. Er erzählte, daß er zusammen mit seiner Freundin für die Prüfung in Dermatologie gelernt hat. Beide haben die Prüfung geschafft. Davids Leistungen wurden mit einem Befriedigend beurteilt, die seiner Freundin mit einem Gut. Ich verstand seine Niederlagenheit nicht, denn er machte den Eindruck, als wäre für ihn eine Welt zusammengebrochen. Im Laufe des Gesprächs stellte sich dann heraus, daß er sich sehr ungerecht behandelt fühlte. Daß er die Prüfung geschafft habe, sei für ihn nichts, er ist ständig mit der Gemeinheit beschäftigt, daß die Freundin die bessere Note bekommen habe. Er war überzeugt davon, daß nur ihm eine gute Note zustände, denn wenn seine Freundin durch ihn nicht die Möglichkeit gehabt hätte, ihn jeden Tag abzutprüfen, hätte sie niemals so eine gute Prüfung ablegen können. Also sei die Note doch ausschließlich sein Verdienst.

Aber nicht nur der Neid sondern auch die Rivalität ist ein ständiger Begleiter eines Narzißten. Es ist ihnen nicht anders möglich als ständig danach zu streben, der Bessere zu sein.

Eine 59-jährige Patientin schilderte mir: Wenn ich am Abend so meine Runden im Park drehe und ich treffe dabei auf einen anderen Jogger, dann muß ich automatisch schneller laufen als der. Ich würde es nicht aushalten, zu sehen, daß ich vielleicht schlechter bin. Trotz meines Alters habe ich es bisher noch immer geschafft, die Schnellste zu sein.

3. Die Beziehung zu Werten

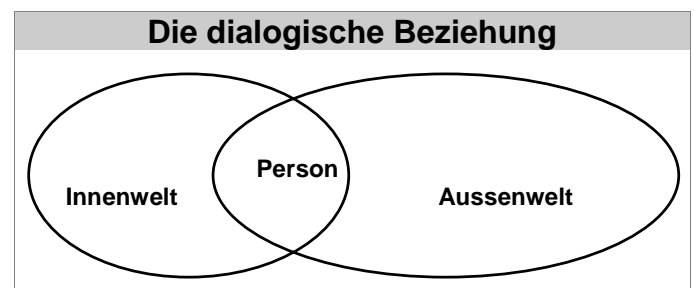
Das einzig wirkliche Ziel von Narzißten ist es, ihren eigenen Selbstwert zu erhöhen. Um die Bewunderung der Anderen zu erlangen, bedienen sie sich Werten wie Schönheit, Benehmen, Macht, Reichtum und dergleichen. Sie haben wenig Sinn für ethische oder intellektuelle Werte, zeigen aber einen starken Reizhunger. Sie sind also wenig bis gar nicht bewegt durch Werte, sondern getrieben von einem Mangel, der nach Befriedigung schreit. Wenn sie keinen schnellen Erfolg haben, fühlen sie sich gelangweilt und empfinden eine große Leere in sich. Häufig ist dies der Grund für ein ausgeprägtes Suchtverhalten. Aber auch die starken Reize lindern weder ihre Einsamkeit noch ihre Bedürftigkeit auf Dauer. Ein Narzißt steht also nicht in der Spannung zwischen Sein und Sollen, sondern in einer Triebspannung. Er hat zwar ein Ziel, aber keinen Sinn, denn Sinn würde Wert bedeuten. Erst durch Wertbezüge

würde es ihm gelingen, sein Inneres aufzufüllen und somit seinen Hunger zu stillen. Werte kann der Mensch aber erst dann spüren, wenn er sich selbst in seinem Eigenwert erkannt und angenommen hat. Erst dann finden die Werte der Welt einen Resonanzboden in ihm. Die mangelnde Pflege des Eigenwertes läßt sich beim Narzißten auch gut beobachten - nämlich dort, wo er nicht mehr präsentieren muß, sondern wo die bewundernden Blicke seiner Zuschauer nicht mehr hinkommen. Zum Beispiel in seinen eigenen vier Wänden. Hier wird mit allem gezeigt. Die Wohnung kann karg bis verwahrlost sein. Ein Patient, der ein sehr gutes Einkommen hat, schilderte mir: „Ich bin noch nie auf die Idee gekommen, mir etwas für meine Wohnung zu kaufen, das wäre ja verlorenes Geld. Bisher haben meine Freundinnen meine Wohnung ausgestattet. Als ich letztes Jahr in meine neue Wohnung eingezogen bin, habe ich alle meine Verwandten angerufen, ob sie irgendwelche Wohnungsutensilien nicht mehr brauchen. Meine Verwandten müßten mir eigentlich dankbar sein, schließlich habe ich ihnen ihre Altlasten abgenommen.“

4. Das narzißtische Leiden aus existenzanalytischer Sicht

In der EA versuchen wir, den Menschen in den Dialog zu bringen mit zwei Welten. Erstens der Innenwelt, also ich mit mir und zweitens der Außenwelt d.h. ich mit anderen.

Der Narzißt ist in beiden Bereichen gestört. Das was in



Die doppelte Offenheit der Person nach A. Längle

ihm ist, empfindet er als schlecht und ihm fehlt das Gefühl für die Berechtigung, diese unerwünschten Anteile auch zeigen zu dürfen. Dieses Empfinden resultiert daraus, daß er in seiner Kindheit ein kontinuierliches Nicht-gesehen-Werden erfahren hat. Die narzißtische Traumatisierung ist ein ständiges Übergehen des Eigenen durch eine frühe und daher wichtige Bezugsperson. Meist sind die Eltern selbst sehr bedürftig und wollen mit dem Kind ihre eigenen Mängel kompensieren. Deshalb entwickeln sie eine sehr genaue Vorstellung davon, wie ihr Kind sein soll. Das Kind erlebt also: Nicht ich in meinem So-Sein bin gemeint, ich bin aber gefragt wenn ich z.B. die besten Noten nach Hause bringe oder wenn ich das schönste Kind bin. Die ureigenen Äußerungen des Kindes werden, je nachdem ob sie von den Eltern erwünscht sind oder nicht, von diesen gefördert (mittels Lob und Belohnung) oder beschnitten (durch Entwertung, Verachtung, Verhöhnung). Dadurch wird ein Kind massiv verunsichert und merkt: wenn ich so bin wie ich bin,

dann ist es nicht gut, es ist sogar gefährlich. Ich erfahre dann Ablehnung, Verachtung, ich werde ausgelacht und man droht mir mit Konsequenzen. Dem narzißtisch verletzten Kind ist es also nicht möglich, die Einzigartigkeit und Einmaligkeit seiner Person zum Ausdruck zu bringen. So lernt es recht früh, sich anzupassen, die erwünschten Anteile zu perfektionieren und stolz zu präsentieren, die unerwünschten zu verstecken. Der eigene Ausdruck wird je nach Bedarf der Umgebung verfälscht. Dieser unechte und meist sehr starke Ausdruck ist das, was uns später so imponiert.

Der narzißtisch gestörte Mensch möchte also keinen Blick in sein Inneres werfen. Er kennt sich daher selbst nicht. Er ist ein Fremder in seinem eigenen Haus, eigentlich ein Heimatloser. Er ist ein Mensch, der seinen eigenen Wert noch nicht entdeckt und angenommen hat und daher auch keine Gefühl für sich selbst hat. Er wendet sich selbst nicht zu sondern ab und dies erzeugt in ihm eine große Leere.

Mit dieser inneren Leere ist er ein sehr bedürftiger Mensch. Wenn er auf einen anderen Menschen trifft, so stellt sich ihm nicht die Frage: Wer bist du eigentlich, was bewegt dich, sondern: Wie gut kannst du mich auffüllen, ergänzen, wertvoller machen? Es geht ihm also nicht um den anderen, sondern um sich und daher kann weder eine Begegnung noch eine Beziehung möglich werden. Sie wollen durch andere Menschen eine Ergänzung haben. Es geht einem narzißtisch gestörten Menschen nicht um das Wohl des anderen sondern einzig und alleine um das eigene Wohl. Im Zusammensein mit anderen Menschen wiederholt er jene Form der Beziehung, die er selbst erfahren hat. Er benutzt, nützt aus und ist ausschließlich um seinen eigenen Vorteil bemüht. Und dabei ist er überzeugt davon, auf alles auch einen Anspruch zu haben.

Da narzißtische Menschen häufig recht intelligent erscheinen, mit besonderen Begabungen und Talenten, und zudem eine große Leistungsbereitschaft aufweisen, können sie über eine lange Zeit ihre Mängel durchaus sehr gut kompensieren. Solange sie also gut funktionieren und reichlich Anerkennung bekommen, sehen sie keine Notwendigkeit darin, in ihrem Leben etwas zu verändern oder gar einen Therapeuten aufzusuchen. Charakteristischerweise kommen sie im mittleren oder späten Lebensalter in Situationen, die für sie so belastend sind, sodaß sie fachliche Unterstützung wollen. Sie werden einerseits damit konfrontiert, daß ihre körperliche Attraktivität durch den normalen Alterungsprozeß nachläßt und sie dadurch nicht mehr den Anklang bei ihren Mitmenschen finden, wie sie es bisher gewohnt waren. Andererseits lassen auch in anderen Lebensbereichen die Bewunderung und somit die narzißtische Zufuhr nach. Ein Narzißt strebt immer danach, all das zu haben, was ihm nicht gehört - er begehrt die Dinge nicht, weil sie einen Wert an sich haben. Aus diesem Grund erfährt er niemals eine anhaltende Befriedigung. Weil er unfähig ist, sich auf eine Sache oder einen Menschen tiefer einzulassen, beginnt ihn alles Eroberte mit der Zeit zu langweilen. Er hat das Gefühl, daß alles eigentlich nur eine weitere Auflage des enttäuschenden Alten ist und er die ganze Welt schon kennt. Er ist ein Mensch, der sein Leben nicht ergreifen kann, er läßt Sinnmöglichkeiten an sich vorbeiziehen, ohne seine eigene Verantwortung zu spüren. Sein Le-

ben hat mit Vorstellungen zu tun, aber er selbst kommt darin nur wenig vor. Er versucht ständig, seinen Größenphantasien gerecht zu werden, anstelle sich mit der Welt in adäquater Art und Weise auseinanderzusetzen. So kommt es, daß das Leben eines Narzißten durch seine Geschäftigkeit und seine Erfolge nach außen hin sehr erfüllt erscheint, er sich innerlich aber gelangweilt, kraftlos, leer, zutiefst unsicher und niedergeschlagen fühlt. Und mit diesen Beschwerden kommt er in die Therapie.

5. Schwerpunkte in der Therapie

Besonders in der Anfangsphase der Therapie ist es wichtig, daß der Therapeut sehr wertschätzend, auf keinen Fall konfrontierend ist. Jede Form von kritischer Äußerung muß er am Anfang vermeiden. Der narzißtisch verletzte Mensch muß mit seinem Größenselbst, seinen übersteigerten Ansprüchen und Vorstellungen Platz nehmen können. Bereits eine leise Kritik würde ihn zutiefst verunsichern und ihn in Frage stellen. Er selbst kann ja in sich nichts auffinden, was er dagegenstellen könnte und so würde ihn sofort ein Gefühl von Vernichtung überschwemmen.

Der Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit wird, bezogen auf die personalen Grundmotivationen nach Alfried Längle, auf der 3. Ebene sein, dort also, wo es um die Aus-

Die personalen Grundmotivationen nach A. Längle

erste Grundmotivation (Sein-Können): Ein „Ja zu den Bedingungen der Welt“ gibt Raum Schutz und Halt.

zweite Grundmotivation (Wertsein-Mögen): Ein „Ja zum Leben“ ist die Einwilligung zu einem Lebendigsein.

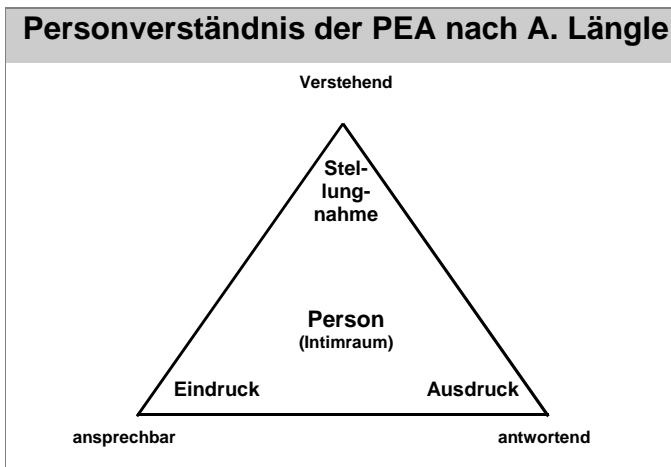
dritte Grundmotivation (Sosein-Dürfen): Hier geht es um die Ausbildung der Person und um die Frage: „Darf ich so sein wie ich bin?“ Die Themen dieser Ebene sind: Wertschätzung, Achtung, Autorität, Authentizität, Respekt, Würde, Intimität, Scham, Einsamkeit, Grenzen und Selbstwert.

vierte Grundmotivation (Sinnvolles Leben): Hier geht es um die Frage: „Ich bin da - wofür ist es gut?“

bildung der Person geht. Das Hauptthema wird die Frage sein: „Darf ich so sein wie ich bin?“ Denn erst wenn ich das, was ich in mir vorfinde auch als positiv erleben kann, wenn ich ein Ja zu meinem Sosein finden, kann Selbstwert entstehen.

Bezogen auf die Personale Existenzanalyse wird die therapeutische Arbeit darin bestehen zu lernen, sich zu öffnen für die Welt, sich berühren zu lassen, Nähe zuzulassen. Sehr schwierig, aber von großer Wichtigkeit ist das Erarbeiten der Stellungnahme, einerseits weil der Narzißt dadurch auf Distanz zu sich kommt und sich so aus seinem inneren Verhaftetsein lösen kann und weiters, weil er durch die Stellungnahme zu einem ihm passenden Ausdruck

kommt, einen Ausdruck, der nicht nur erdacht ist, sondern der als Grundlage ein eigenes Wollen hat. Die Arbeit betrifft also den Bereich des Eindruckes, der Stellungnahme und des Ausdruckes.



6. Differentialdiagnose (histrionische Störung bzw. Borderlinestörung)

Bei Menschen mit einer histrionischen Störung oder einer Borderlinestörung sind die Themen sehr ähnlich.

Alle drei, also Narzißt, Hysteriker und Borderliner haben eine Störung im Bereich des Selbstwertes. Alle drei haben eine sehr starke Verletzung in ihrem So-Sein erfahren mit dem Erleben: Ich darf nicht so sein wie ich bin. Jedoch geht jeder mit seinem Trauma anders um. Der Hysteriker will so eine Situation nie wieder erleben und flieht, er hält sich deswegen lieber bei anderen auf als bei sich selbst. Er ist sozusagen immer auf Besuch. Der Borderliner lebt in einer ständigen Angst verletzt und gedemütigt zu werden und schlägt in kritischen Situationen wie wild um sich oder sogar zu. Der Narzißt will auch keine Wiederholung seiner traumatischen Erlebnisse, aber er geht nicht fort und schlägt auch nicht wie wild um sich. Er bleibt zuhause und mauert sich ein und führt mit der Außenwelt ständig Krieg. Menschliches Zusammenleben bedeutet für ihn Kampf aller gegen alle. Er weiß, daß ihm niemand gut gesinnt ist. Er ist rund um die Uhr mit Abwehr beschäftigt und vergißt dabei auf das, was in ihm steckt. Für sein Inneres hat er nur das Gefühl „schlecht“. In der Therapie sagt er deshalb oft: „Ich habe Angst, daß Sie draufkommen, daß ich ein schlechter Mensch bin.“

Das Selbstwerterleben ist beim Hysteriker nahezu nicht vorhanden, der Borderliner erlebt sich ganz klein, beim Narzißten hat es große Schwankungen. Es kann übermäßig groß oder aber erschreckend klein sein. Der Hysteriker sucht einen Therapeuten auf mit der Aufforderung: „Sag mir wer ich bin!“ Er hat große Angst, abgelehnt zu werden und leidet, weil er hin und her pendelt zwischen Nähe und Distanz. Er überzieht gerne jede Therapiestunde weil er so viel zu sagen hat und auch nicht gewichten kann. Der Borderliner pendelt auch zwischen Nähe und Distanz - einer Nähe die klammernd ist, ja fast bis zum Erwürgen geht. Dann muß er sofort weg, wobei er den anderen mit seiner

Massivität fast erschlägt (mit beleidigenden Worten oder sogar mit Handgreiflichkeiten). In der Therapeutischen Praxis möchte er am liebsten jeden Tag sein, dann bricht er plötzlich ab, kommt aber nach einiger Zeit wieder und tut so als wäre nichts gewesen. Der Narzißt kommt zum Therapeuten mit der Frage: „Schau her, bin ich nicht großartig?“ Er hat große Angst, daß jemand seine Minderwertigkeit oder sogar Nichtigkeit sehen könnte. Zum Therapeuten möchte er am liebsten nur ein Mal im Monat kommen, weil er im Grunde genommen ja gar keine Therapie nötig hat. Er doch nicht!

Der Hysteriker hat viele soziale Kontakte. Ihn zeichnet eine sehr große Sensibilität für die Umwelt aus und er weiß ganz genau was gewünscht wird. Er paßt sich leidenschaftlich gerne an oder schlüpft in fremde Rollen. Der Borderliner hat wenig soziale Kontakte, weil das soziale Umfeld sich vor seinen Ausbrüchen fürchtet. Je stärker die narzißtische Pathologie ist, desto weniger benötigt er andere - denn was der Eiffelturm für Paris, das ist er sich selber.

Bezüglich des Berufslebens erntet der Narzißt die meisten Erfolge. Er ist im Regelfall tüchtig und bereit, Hervorragendes zu leisten. Der Hysteriker ist wendig, geschickt, kreativ, hält es aber nicht allzu lange aus. Der Borderliner hat die größten Schwierigkeiten. Durch seine mangelnde Impulskontrolle erscheint er unberechenbar und erzeugt bei anderen Menschen Angst. Dies ist der häufigste Grund für eine baldige Kündigung und seinen frühen sozialen Abstieg.

Die Therapie wird bei allen dreien eine sehr lange sein. Von seiten des Therapeuten bedarf es viel Geduld und Ausdauer und vor allem Verständnis dafür, daß Menschen mit einer schweren Pathologie gerne vorzeitig abbrechen. Der Borderliner wird sich massiv mit einem starken Eindruck verabschieden, der Hysteriker wird zum nächsten Therapeuten flattern und vorher sagen: „Sie haben mir ja sooo geholfen.“ Ein Narzißt verabschiedet sich typischerweise mit einer Abwertung. Ein Patient mit einer narzißtischen Persönlichkeitsstörung, mit dem ich bereits zwei Jahre lang recht gut gearbeitet habe, beendete die Therapie, weil er beruflich ins Ausland mußte. Auf meine Frage, was ihm unsere Sitzungen gebracht hätten, antwortete er: „Wissen sie, es war so interessant mit ihnen zu plaudern. Wir haben uns über so herrliche Dinge unterhalten. Aber wenn ich ganz ehrlich bin, muß ich eigentlich zugeben, daß ich alles vorher schon selbst gewußt habe.“

Literatur:

- DSM-IV (1996) Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. Göttingen: Beltz
- Fiedler P (1995) Persönlichkeitsstörungen. Weinheim: Beltz
- Funke G (1993) Wider die Tyrannei der Werte. Menschliches Leben in der Spannung von Selbstwert und Fremdwert. In: Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: GLE
- Horowitz M J (1996) Klinische Phänomene narzißtischer Pathologie. In: Kernberg O F (1996) Narzißtische Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer
- Jacoby M (1985) Individuation und Narzißmus. Psychologie des Selbst bei C G Jung und H Kohut. München: Pfeiffer
- Kernberg O F (1987) Pathologischer Narzißmus. In: Rauchfleisch U (1987) Allmacht und Ohnmacht. Das Konzept des Narzißmus

in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber

Kernberg O F (1996) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose und Behandlungsstrategien. Stuttgart: Klett-Cotta

Kernberg P F (1996) Narzißtische Persönlichkeitsstörungen in der Kindheit. In: Kernberg O F (1996) Narzißtische Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer

Klun C (1997) Die narzißtische Persönlichkeitsstörung. Ursprung, Phänomenologie und Differentialdiagnose. Abschlußarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

Längle A (1990) Anmerkungen zur Phänomenologischen Haltung und zum Wirklichkeitsbegriff in der Psychotherapie. In: Selbstbild und Weltsicht. Phänomenologie und Methode der Sinnwahrnehmung. Tagungsbericht Nr 1/89 der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: GLE

Längle A (1993) Glossar zu den Emotionsbegriffen in der Existenzanalyse. In: Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht Nr. 1 und 2/1991 der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: GLE

Längle A (1993) Personale Existenzanalyse. In Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht Nr. 1 und 2/1991 der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: GLE

Längle A (1997) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Tagungsbericht 1993 der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: GLE

Längle A (1993) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht Nr. 1 und 2/1991 der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: GLE

Miller A (1981) Das Drama des begabten Kindes. FFM: Suhrkamp

Rauchfleisch U (1987) Allmacht und Ohnmacht. Das Konzept des Narzißmus in Theorie und Praxis. Bern: Hans Huber

Rinsley D B (1996) Bemerkungen zur Entwicklungspathogenese der narzißtischen Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg O F (1996) Narzißtische Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Schattauer

Volkan V D (1994) Spektrum des Narzißmus. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Willi J (1988) Die Zweierbeziehung. Hamburg: Rowohlt

Weiters eigene Mitschrift aus den Fortbildungen:
Längle A Grundmotivationen Teil I-III (1997)
Längle A Persönlichkeitsstörungen (1996)

Anschrift der Verfasserin:

Claudia Klun
Nußdorferstraße 82/13
A-1090 Wien
email: claudia.klun@existenzanalyse.org

Themen:

- Phänomenologie und Psychotherapie des Narzissmus
- Fähigkeit und Stärken der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur
- Das Zerstörerische des Narzissmus

Narzissmus und seine Auswirkungen auf:

- Beziehung
- Geschlechtlichkeit
- Suchtverhalten
- Glaube
- Krisenanfälligkeit
- Suchtverhältnis
- Glaube
- Krisenanfälligkeit
- Kriminalität
- Freizeitverhalten
- Führungsverhalten
- Erziehung

Referenten: *A. Längle, L. Tutsch, J. Bozuk, B. Heitger, S. Jäger-Gerlach, A. Nindel, K. Rühl, P. Gruber, K. Luss, M. Probst, A. Kunert*

Gastreferenten: *R. Haller, R. Fartacek, S. Sulz, H. Wahl*

Subsymposia zu:

- Klinik und Therapie des Narzissmus
- Pädagogik und Jugendtherapie
- Seelsorge
- Politik und Wirtschaft

Wenn einem das Hören vergeht

Ohrensausen (Tinnitus) als in Frage-Stellen der Person

Hans-Martin Rothe

Am Beispiel einer Krankengeschichte, die die Erfahrung einer unter einem schweren Tinnitus leidenden Frau schildert, wird dargestellt, was die Personale Existenzanalyse zum Verständnis dieser Psychosomatischen Erkrankung beitragen kann. Die Phänomenologische Analyse, die offen für das ist, was die Patientin von sich zeigt, wird in gleicher Weise um die biographische Schicht erweitert. Der Dreischritt der PEA (Eindruck –Stellungnahme – Ausdruck) wird als Schlüssel zur Klärung der Entstehungsdynamik der Störung ebenso wie für deren Ausdrucksgehalt angewandt. Die Erfahrung, daß ein psychosomatisches Symptom im Dialog der Person mit sich selber und ihrer Umwelt zugleich Eindruck und Ausdruck sein kann, läßt das Bedingungsgefüge des Tinnitus der leidenden Frau verstehen. Zugleich ergibt sich ein therapeutischer Dialog, der eine erste Veränderung ermöglicht.

Schlüsselwörter: Tinnitus, Psychosomatik, PEA, Falldarstellung, Dialog

Citing a case study of a woman who suffers severely from tinnitus it will be shown how personal existential analysis can contribute to the understanding of psychosomatic illnesses. The phenomenological analysis, which is open to what the patient is manifesting, is equally enlarged by the biographical layer. The three steps of PEA (impression, decision and expression) are used as a means to clarify the dynamics that gave rise to the disorder as well as its expressive content. The experience that a psychosomatic symptom in the dialogue of the person with itself and its environment can be impression and expression at the same time, leads to an understanding of the woman suffering from tinnitus. At the same time, a therapeutic dialogue takes place, and this brings about some initial change.

Key words: tinnitus, psychosomatics, PEA, case study, dialogue

I. Existenzanalyse im Jahr 2000

Was kann die Existenzanalyse heute im Jahr 2000 zum Verständnis bestimmter Störungsbilder beitragen, genauer: was kann die moderne Existenzanalyse und Logotherapie zum Verständnis und zur Therapie des chronisch komplexen Tinnitus beitragen? Tinnitus meint in diesem Zusammenhang den chronischen subjektiven Tinnitus, mithin eine Störung eines Sinnesorgans, genauer, einer Störung der Selbsttranszendenz dieses Sinnesorgans.

Dabei ist der Tinnitus zugleich ein Beispiel für existenzanalytische Behandlung psychosomatischer Erkrankungen. Hinsichtlich des Tinnitus gehe ich davon aus, daß nicht der Tinnitus als solcher psychosomatisch ist, aber ob er kompensiert oder dekompensiert, das scheint regelmäßig eine psychosomatische „Leistung“ zu sein. Ist er anhaltend dekompensiert, stellt das eine erhebliche Krise für die betroffene Person dar, einen anhaltenden Krisenzustand.

II. Eine Krankengeschichte

Eine etwa 70jährige Patientin kommt wegen eines dekompenzierten Tinnitus rechts, der seit einem Jahr langsam einschleichend sehr quälend geworden ist. Es ist ein permanenter, aggressiver Ton, der alles übertönt, vergleichbar mit

„tausend Bienen“ oder „wie, wenn Blut durchrauscht“. Besonders unerträglich ist er im Liegen und beim Einschlafen. Abzuschalten und innerlich zur Ruhe zu kommen, fällt ihr schwer. Sie hat das Gefühl, den Tinnitus die ganze Nacht zu hören und wache um 5.00 Uhr morgens auf. Quälend ist für sie nicht der Schlafmangel, sondern nichts mit der Zeit morgens anzufangen zu wissen. Man habe ihr gesagt, ihre Hörleistung sei eingeschränkt, sie ist jedoch überzeugt, kein Hörgerät zu brauchen. Manchmal hat sie einen Druck auf dem Ohr, dann ist alles zu und wie taub.

Die Patientin hat 10 Jahre lang ihre Mutter bis zu ihrem Tod vor wenigen Jahren gepflegt. Sie habe es nicht als Belastung empfunden, sondern als Pflicht genommen. Schwer sei für sie gewesen, so angebunden zu sein. Seit dem Tod der Mutter genieße sie die Freiheit, „ein bißchen raus zu können“. Ganz am Ende des Gesprächs erwähnt sie wie nebenbei, daß ihre zwei Kinder, beide Mitte 40, Krebs hätten. Sie weint dabei, was ihr sehr unangenehm ist. „Darüber dürfe sie nicht reden, da müsse sie weinen.“ Zu Hause habe sie keinen, mit dem sie darüber reden könne, sie sei das nicht gewohnt und – so meint sie – das hätte nichts mit ihrem Tinnitus zu tun.

*Vortrag anlässlich des GLE-Kongresses im April 2000 in Wien zum Thema „Wenn der Sinn zur Frage wird“

Biographisches:

Die Patientin ist nach dem 2. Weltkrieg zusammen mit der Mutter und zwei Geschwistern plötzlich aus der Heimat vertrieben worden. Mit knapp 30 Jahren heiratete sie, ein Jahr später kam ihr Mann bei einem Unfall ums Leben. Sie blieb mit zwei kleinen Kindern zurück und nahm dann ihre Eltern zu sich. Der Vater verstarb nur wenige Jahre danach. Mit der Mutter hat sie bis zu deren Tod zusammen gelebt. Sie hat gearbeitet und „fürs Geld gesorgt“, die Mutter kümmerte sich um Haushalt und Kinder. Die Patientin ist bis zu ihrer Berentung vor 15 Jahren in leitender Funktion tätig gewesen und hatte sich mit der Berentung auf mehr Freiheit gefreut. Zu dem Zeitpunkt allerdings legte sich ihre Mutter bei ihr ins Pflegebett und stand über lange Jahre nicht mehr auf. Die Pflege hatte sie als nicht belastend empfunden, auch wenn es die letzten Jahre sehr schwer war. Seit dem Tod der Mutter genießt sie ihre Freiheit, macht Urlaub. Die Patientin hat Freunde und verschiedene Cliques, sie geht gern zum Bowling. Wenn es dabei laut hergeht, ist der Tinnitus leise. Außerdem malt sie gerne. Da vergißt sie alles, die Zeit und den Tinnitus. Ihre beiden Kinder und zwei Enkel leben in der Nähe. Sie haben einen häufigen, regelmäßigen und guten Kontakt.

III. Versuch einer Annäherung im Sinne der personalen Existenzanalyse - Phänomenologische Beschreibung

Wie wird der Tinnitus erlebt, wie wird er wahrgenommen? Was ist von der Patientin zu erfahren, was ist ihr Eindruck, was ist ihr Erleben?

Sie erlebt einen Tinnitus, der länger schon besteht, seit einem Jahr aber langsam einschleichend sehr quälend geworden ist, einen permanenten, aggressiven Ton, der alles übertönt wie „tausend Bienen“, wie „wenn Blut durchrauscht“, unerträglich im Liegen und beim Einschlafen. Abzuschalten und innerlich zur Ruhe zu kommen, fällt schwer, sie hat das Gefühl, den Tinnitus die ganze Nacht zu hören. Immer wieder hat sie ein Druckgefühl auf dem Ohr, dann ist alles zu und wie taub.

Ist der Tinnitus eine körperlich erlebte Reaktion ohne Sprache?

Tinnitus ist zu allererst, so auch hier, eine Wahrnehmung. Wenn wir das so beschreiben, können wir den Dreischritt der PEA (Eindruck-Stellungnahme-Ausdruck) schon starten. Nur, was nimmt die Patientin da wahr, was hört sie dann? Nimmt sie etwas von sich wahr? Oder von Ihrem Körper? Ist es eine Störung im Körper, die vernehmbar wird oder ist es etwas von der Person? Was ist es, was da hörbar wird, daß sich nicht, fast nicht mehr, überhören läßt? Was läßt der Tinnitus diese Frau spüren, was sagt ihr dieser Ton, dieses aggressive Bienensummen?

Jedenfalls zerfällt die ungestörte Einheit der Person. Das Geräusch, das Symptom bringt unwillkürlich eine gewisse Selbstdistanzierung mit sich. Das Selbstverständliche, nämlich das störungsfreie Hören und die Stille ist abhanden gekommen, statt dessen erzwingt ein Symptom eine Stellungnahme. Die Frau muß sich zu dieser Körperstörung verhalten und damit auch zu sich selbst. Was ist mit mir los? Was ist mit dem Kopf, was ist mit den Ohren los?

Die Patientin beschreibt ihre Wahrnehmung recht differenziert und sie führt auch vergleichende Bilder an, um ihr Erleben zu verdeutlichen. Zugleich ist deutlich, daß und wie sie unter dieser Wahrnehmung, die ihre Wahrnehmung (ihrer selbst) ist, leidet.

Sie nimmt **etwas** wahr, das langsam sehr quälend geworden ist,

- das permanent und aggressiv ist,
- das wie „tausend Bienen“ bedrohlich summt,
- das unerträglich ist, wenn es darum geht, sich dem Schlaf zu überlassen,
- das ein Druckgefühl bis zum Gefühl taub zu sein macht.

Sie nimmt **sich** wahr als gequält, als aggressiv bedroht, als unter Druck, als fast taub, als unerträglich, sich dem Schlaf zu überlassen.

Wenn wir den Dreischritt der PEA durchlaufen wollen, ist bei psychosomatischen Symptomen folgendes zu beachten: Solche Symptome sind oft zugleich Wahrnehmung und Ausdruck. Es ist wie beim hermeneutischen Zirkel. Ein gewisses Vorverständnis trägt der Interpretant schon immer an den zu verstehenden Gegenstand heran, muß sich aber die Offenheit erhalten, das sich der Gegenstand des Verständnisses auch als etwas anderes zeigen darf. Um eine zu starke Engführung zu vermeiden, habe ich mir angewöhnt, in diese beiden Richtungen zu fragen: Ist das Symptom eine Wahrnehmung? Und ist das Symptom auch Ausdruck von etwas? Das entspräche im übrigen auch dem, dass wir einen Körper haben, zugleich aber auch Körper sind.

Was ist es, das der Tinnitus da hörbar macht? Was ist dieses als aggressiv, quälend, unerträglich und zu-machend Erlebte? Was wird im oder durch den Tinnitus hörbar? Was will er sprachlos sagen? Ohne Worte, aber mit Tönen oder Geräuschen, wie die Musik zu einem Film oder die Harmonien oder Disharmonien einer symphonischen Dichtung?

Oder ist es unzulässig, so zu fragen? Ist es eine Überinterpretation, den Körper mit seinen Störungen oder Störsignalen so in den Dialog zu nehmen?

Was will der Tinnitus sagen? Vielleicht zuerst einmal, um das Erleben des Tinnitusbetroffenen nachzuzeichnen: Was ist da los? Da stimmt doch etwas nicht, da pfeift, summt oder saust es plötzlich oder zunehmend! Das kommt doch von draußen! Oder kommt es doch von drinnen? Hat es mit mir zu tun, oder mit meinem Körper, dem Ohr? Oder gehört es in die Außenwelt und gehört nicht zu mir? Der Betroffene ordnet das Geräusch anfänglich oft äußeren Geräuschquellen zu. Das entspricht der lebenslangen Erfahrung, daß Hören ja immer ein Hören von etwas äußerem ist, Hören ist per se etwas Selbsttranszendentes, das uns mit der Außenwelt so eng wie kein anderer Sinneskanal verbindet. Der Betroffene ist irritiert, meint sich etwas einzubilden, muß sich orientieren, um herauszufinden, wo das Geräusch zu lokalisieren ist. Gehört es nach innen oder nach außen, gehört es zu mir oder gehört es nicht zu mir? Das ist eine basale Klärung, die geschehen muß.

Der Dreischritt von Eindruck/Wahrnehmung/spontaner Impuls à Stellungnahme/Verstehen/Bewerten à Ausdruck/Antwort wird beim Auftreten oder Bestehenbleiben eines Tinnitus in mehreren Durchgängen durchlaufen und führt

zu einem immer wieder veränderten Ausgangspunkt, immer wieder zu einer anderen Wahrnehmung des Tinnitus. So wird das Symptom zugleich Wahrnehmung und Ausdruck. Der spontane Impuls ist, sich zu orientieren, zu orten, von wo das Geräusch kommt, ein Sich-umsehen. Die erste Stellungnahme: mehr in Form einer Frage: was ist hier los, da stimmt doch etwas nicht und in einer ersten Antwort: genauer Hinhören oder durch Ortsveränderung, Kopfbewegungen oder Ohrmanipulationen die Wahrnehmung versuchsweise zu verändern. In den weiteren Durchgängen mischen sich dann in die Wahrnehmung zunehmend Verunsicherung, Angst, Ärger, Wut, Hilflosigkeit und Bewertungen tauchen auf wie „da muß doch etwas sein“, „damit ist es nicht zum Aushalten“, „wenn das nicht weggeht, ist das Leben nicht mehr zum Aushalten“. Je nach dem, wie früh oder spät ein medizinischer Experte aufgesucht wird, kommt es zu sekundären Überformungen oder Übernahme von Expertenzuschreibungen („Durchblutungsstörungen“, „alles in Ordnung“, oder „damit müssen Sie sich abfinden“ etc.). Auf diese Weise entwickelt sich über wiederholtes Hinhören und bewerten und emotionale Reaktionen das Vollbild des komplexen Tinnitus, das über die akustische Wahrnehmung hinaus wesentlich von kognitiven Prozessen, verstärkenden Rückkopplungen mit dem limbischen und vegetativen Nervensystem geprägt wird (neurophysiologisches Modell der Tinnitustentstehung nach Jastreboff und Hazell).

Exkurs: Phänomenaler Gehalt des Symptoms und der ersten Reaktionen, Folgen und Bewertungen

Der Volksmund hält einige sprachliche Wendungen bereit, die das Auftreten und Erleben des Tinnitus auf dem Hintergrund alltagssprachlicher vorwissenschaftlicher Erfahrung einordnen. Darüber hinaus läßt sich der Vorgang der Tinnituswahrnehmung, die Struktur und Bedeutung der neurophysiologischen Prozesse auch allegorisch und zugleich struktural wie folgt charakterisieren:

- aus dem letzten Loch pfeifen
- ein Warnsignal hören
- der Körper verschafft sich Gehör, wird hörbar
- wer nicht hören will, muß fühlen
- Dauerbesetztton
- schützende Schallmauer
- einen Störsender im Ohr haben
- das Außen wird schlechter, das Innen verstärkter wahrgenommen
- etwas wird unüberhörbar
- das Betriebsgeräusch des Ohres wird hörbar
- die Selbsttranszendenz des Hörens ist vermindert
- das Hören selbst wird hörbar
- Stör- und Nutzschall werden nicht mehr gut auseinandergelassen, wesentliches und unwesentliches wird nicht mehr gut unterschieden
- nicht mehr hinhören können, nicht mehr hinhören müssen
- die Stille ist verlorengegangen
- Lärm oder Unruhe ist an ihre Stelle getreten
- Eintönigkeit (mein Leben ist eintönig geworden, „ich weiß schon Montag, wie es am Freitag sein wird“)
- ein Schleier hat sich aufs Hören gelegt

Die Fähigkeit des neuronalen Netzwerkes des auditorischen Systems, sich auf das wesentliche zu konzentrieren, ist gestört.

Wenn ich von meiner klinischen Erfahrung her komme und versuche alle diese strukturalen Aspekte zusammenschauen, den Tinnitus sowohl als Eindruck sowie als Ausdruck verstanden, kann ich in aller Vorläufigkeit sagen, daß Folgendes oft im Tinnitus hörbar wird:

- Angst
- Unfähigkeit zur Ruhe zu kommen
- Einsamkeit
- Ruhelosigkeit im wahrsten Sinne des Wortes
- Leere/Depression
- existentielles Vakuum
- seelischer Schmerz
- Selbstquälendes
- Selbstschutz (Rückzug vor dem Außen, nichts mehr von außen hören müssen, „ich bin besetzt“)
- Hochspannung/Anspannung/Druck/Erregung
- bohrendes, leeres Grübeln
- Ohnmacht (der Tinnitus ist nicht beeinflussbar, macht aber mit mir, was er will)

IV. Tinnitus ist subjektiver Eindruck (Wahrnehmung) und subjektiver Ausdruck

Tinnitus ist zugleich Eindruck (Wahrnehmung) und Ausdruck, insofern die Person eine Wahrnehmung hat **und** durch ihre unbewußte und bewußte Reaktion auf diese Wahrnehmung eine andere, neue veränderte Wahrnehmung immer schon auch schafft. Die Person schafft auf diese Weise ihre Wahrnehmung, indem sie wahrnimmt oder „wahr-macht“. Tinnitus ist in der leidvollen Erfahrung der Betroffenen **ihr** Tinnitus, den nur sie hören. Er ist ihr subjektiver, ganz subjektiver Tinnitus, den sonst keiner hört und hören kann. Tinnitus ist Wahrnehmung auch in dem Sinne, daß der Betroffene die Wahrnehmung auch macht. Alles hängt von der zentralnervösen, kortikalen Verarbeitung ab (G. Hesse 2000, 15), das **macht** das Ausmaß des Subjektiven beim Tinnitus deutlich.

Vielleicht wird so verständlich, daß aufgrund dieses massiven Ausmaßes an Subjektivität (an Eindrucksfähigkeit, Antwortfähigkeit und Ausdrucksfähigkeit) auch entsprechend starke Schutz- und Abwehrprozesse, die das Subjekt, die Person in ihrer Subjekthaftigkeit entlasten sollen und können, auftreten. Die Schärfe, mit der manche Tinnitusbetroffene - aber auch ihre Ärzte - darauf bestehen, daß es etwas Körperliches sei und auch so behandelt werden müsse, spiegelt wohl etwas wider von ihrem un- oder vorbewußten Wissen um die Bedeutung der Subjektivität und der Stärke der Infragestellung der Person, die ganz von diesem Subjektiven infragegestellt scheint.

Vereinfacht: Tinnitus ist etwas **so** Persönliches, Subjektives, daß er die Person radikal in Frage stellen könnte. Der Betroffene ist ja ganz auf sich zurückgeworfen und bleibt mit seiner Erfahrung erst einmal auch in sich verfangen.

Die Projektion in den Körper, ins Organ, in noch nicht gefundene Ursachen entlasten von der Infragestellung. Die Betroffenen spalten so das Symptom von sich als Person

und ihrer Lebenssituation ab. In unserer Welt, in der das Objektive und Objektivierbare dominiert, ist eine Erkrankung, die die Subjektivität und Persönlichkeit hervortreten läßt, vielleicht wie das Auftauchen einer Gegenbewegung zur objektivierenden Tendenz zu sehen. Insofern kann man auch sagen, der Tinnituspatient erkrankt an seiner Subjektivität – und das kann der Beginn einer Selbstheilungsbewegung sein.

Mit den durch den Tinnitus hervorgerufenen Problemen des Hörens ist einmal die Selbsttranszendenz des Hörens, die Verbindung mit den Menschen, dann aber auch die Selbstregulation betroffen. Gelegentlich ist es so formuliert worden: verliert jemand das Sehen, verliert er die Welt; verliert jemand das Hören, verliert er die Menschen. Das macht die Bedeutung des Hörens, das Eingebundensein in die mitmenschliche Umwelt deutlich. Aber mit dem Tinnitus ist auch die Selbstregulation betroffen, die Fähigkeit, sich beruhigen zu können, zur Ruhe zu kommen, Geborgenheit zu erleben.

Hier ist die Ebene der Grundmotivationen wesentlich mitbeteiligt. Kann jemand da sein, ist er im Dasein gehalten? Wird das eigene Dasein als wertvoll empfunden, kann jemand so sein, wie er ist? Kann jemand seine Lebenssituation auf Sinn hin frei und verantwortlich gestalten?

Mit diesen Fragen sind die Fähigkeiten und Grundgefühle angedeutet, um die es oft wesentlich geht.

V. Tinnitus als Antwort der Person - Der Kontext der Wahrnehmung

Wenn der Tinnitus in dieser Weise auch als Antwort verstanden werden kann, ist es hilfreich, diese Wahrnehmung des Tinnitus im Kontext zu sehen, d. h. in welcher Lebenssituation, an Stelle welcher Entwicklung tritt der Tinnitus auf? Wie ist die äußere und wie ist die innere Lebenssituation? Welche Anfragen, welche Fragen stellen diese Situationen der Person? Wahrnehmung ist ja nicht nur subjektiv, sondern zugleich in höchstem Maße kontextabhängig, als Wahrnehmung von etwas auf einem bestimmten Hintergrund. Welche Wahrnehmung jemand macht oder auch nicht macht, hängt vom Kontext und vom Hintergrund ab. Die Gestaltpsychologie hat das als Figur-Grundverhältnis genau beschrieben.

Zurück zu unserer Patientin:

Seit einem Jahr ist der Tinnitus quälend geworden. Wenige Jahre zuvor war die Mutter nach langjähriger Pflege verstorben. Das Leben der Patientin war geprägt von einer Vertreibung nach dem überstandenen Weltkrieg, dem frühen Tod des Ehepartners, der die Patientin mit zwei jungen Kindern zurückließ. Vier Jahre nach dem Tod des Partners verstarb der Vater, danach lebte die Frau in enger Lebensgemeinschaft mit Mutter und Kindern und war Alleinernährer dieser Familie. Ein Jahr nach der Berentung legte sich die Mutter ins Pflegebett, um es 10 Jahre lang nicht zu verlassen. Nach dem Tod der Mutter wollte und konnte die Patientin ihre neue Freiheit genießen. Wenn es beim Bowling laut zuging, war der Tinnitus auch leiser, nur in der Ruhe blieb er quälend. Die Patientin hat bis dahin viel in ihrem Leben meistern müssen und gemeistert. **Jetzt** macht sie sich Sorgen wegen der Krebserkrankung beider Kinder und

der kleinen Enkelkinder. Sie sieht sich innerlich schon vor die Aufgabe gestellt, wieder für einen - oder dieses Mal zwei - nächste Menschen sorgen zu müssen, wieder von der Pflicht gedrängt zu werden, fürsorglich da zu sein und darüber vermeintlich die Freiheit wieder zu verlieren.

Was mag ihre unbewußte Geistigkeit, die unbewußte Geistigkeit des Körpers ihr da zu Gehör bringen und unüberhörbar gegenüberstellen? Ist die Symptombildung eine erste, vorläufige Antwort der Person auf diese Überforderung und Wiederholung der wieder gleich erlebten Situation? In dem Sinne, daß ihr bewußt wird, bzw. über den Tinnitus bewußt werden kann, wo sie im Moment mit sich, mit ihren Möglichkeiten, „ihren Lieben“, ihrem Lieben-wollen und Geliebt-werden-wollen steht. Klingt nicht an, welche dissonanten Spannungen auf der Ebene der Grundmotivationen (wieder) dabei sind zu entstehen?

Oder ist es ein unbewußtes Schuldgefühl, das ihr die noch real vorhandenen Möglichkeiten angesichts der befürchteten Entwicklung mit den Kindern nicht sinnvoll (!) gestalten läßt? Ist die Verantwortung und Freiheit der Entscheidung mit ihren vitalen Energien in der Vorstellung von Pflicht und Schuldigkeit verschütt gegangen? Vielleicht, weil die zweite Grundmotivation des Wertseins nicht sonor in ihr klingen kann?

Die Infragestellung durch den quälenden Tinnitus ist radikal, so verstehe ich auch die Patientin, die nach einem längeren persönlichem Gespräch über ihre Lebenssituation und Lebensgeschichte fragte: „Und: was hat das nun mit meinem Tinnitus zu tun?“

VI. Pragmatische Anhaltspunkte, existenzanalytischer und logotherapeutischer Therapie bei Patienten mit chronischem Tinnitus

Wie manche Patienten sind auch manche Therapeuten verschreckt vor den radikalen Fragen, die ein solches Körpersymptom stellen kann. Die Tendenz, es als rein körperliche Störung zu sehen, die der Person zugemutet wird, ist mitunter sehr stark und natürlich auch entlastend.

Egal aber für welches Modell der chronischen Tinnitus-erkrankung wir uns als Therapeuten im Einzelfall entscheiden: das der ausschließlich körperlich bedingten chronischen Erkrankung, die schlicht bewältigt werden will, oder das der „sinnvollen“ psychosomatischen Erkrankung, in deren Genese organische Bedingungen, Kontextbedingungen, subjektive Wahrnehmungen, primär-emotionale Bewertung und integrierte personale Bewertung in enger Verflochtenheit erst das Störungsbild haben entstehen lassen. Wir kommen nicht umhin, da die therapeutische Begegnung und Arbeit zu wagen, wo der Patient steht! Wie sieht er es und was erwartet er, dass Therapeuten und Ärzte tun sollen, das wird am Anfang jeder Behandlung zu klären sein.

Egal wie involviert die Person in die Ätiologie der Tinnitusentstehung war oder nicht war, es ist in gewissem Umfang von einer viel größeren Plastizität des chronischen Tinnitus auszugehen, als das statische Bild vom chronischen Tinnitus denken lassen möchte. Die neuere Hirnforschung läßt den Tinnitus mehr durch einen Lern- und Konditionierungsprozeß entstanden sehen, der entsprechend in kontinuierlichen Schritten der Neubewertung und Teilver-

deckung (Masking) verlernt und verändert werden kann (Jastreboff und Hazell).

Die Plastizität (= Veränderbarkeit) des auditorischen Nervensystems ist sowohl in neurophysiologischer wie auch in kognitionspsychologischer Sicht zu sehen.

Es ist abhängig vom Patienten, wo gestartet und wie gearbeitet werden kann. Wieviel jemand von sich als Person spürt und langsam in Worte fassen kann oder ob es nur durch eine Phase der „Entpersönlichung“ (Tinnitus ist das Symptom eines rein organischen Leidens) vorangeht, es liegt beim Patienten, den der Therapeut lernen muß, an der Stelle anzutreffen, wo er ist und ihn dort erst einmal lassen zu können - wie auch der Patient lernen kann seinen Tinnitus „zu lassen“.

Liest man in den Therapie-Manualen der kognitiven Verhaltenstherapie für die Behandlung von Tinnituspatienten Begriffe wie kognitive Umstrukturierung, Aufmerksamkeitslenkung, Selbstkontrollstrategien und ähnliches, erscheint dies gegenüber der dialogischen klinischen Praxis reduktionistisch. In wie weit es aber gelingt, den abgerissenen, inneren Dialogfaden des Betroffenen wieder aufzufinden, bleibt auch für die Existenzanalyse eine spannende Herausforderung. Sowohl die bisher nicht geglückte Bewältigung eines Tinnitus-Leidens, die ausgebliebene Habituation - beim Modell chronisch somatisches Leiden - wie auch die Herausarbeitung der existentiellen Fragen des Betroffenen - beim Modell psychosomatische Ausdruckserkrankung - zeigen die Handschrift der Person.

Der Tinnitus ist dabei für die Person so etwas wie der „Rohrschach-Test des Ohres“. Beide therapeutischen Ansatzpunkte sind aber möglich und führen in die gleiche Richtung, Personen in ihrem Erleben und Antworten (Verhalten) besser zu sehen und besser unterstützen zu können. Geht es um die Bewältigungsleistung, wird typischerweise zu sehen sein, wie der Patient, der Betroffene diese Anfrage aufnimmt und mit welchen Antwort-Mustern und Bewertungen er versucht die Situation zu bewältigen. Hat der Betroffene ein Empfinden, daß der Tinnitus zugleich auch etwas bedeutet, läßt sich der Dreischritt der PEA von vornherein dichter an den Themen entwickeln.

Wie soll aber ein psychotherapeutisches Arbeitsbündnis, wie eine dialogische Begegnung stattfinden, wenn Arzt/Therapeut von ganz verschiedenen Vorstellungen und Erklärungsmodellen ausgehen. Die Patienten müssen einen regelrechten Paradigmenwechsel vornehmen: der Tinnitus soll nun auf einmal keine Durchblutungsstörung mehr darstellen, er fragt sich, ob es nun auf einmal doch an ihm liegen soll oder ob wieder jemand denkt, er bilde sich alles nur ein. Häufig haben Tinnitusbetroffene Kränkungs-situationen durchlaufen, sie sind abgeschoben und mißverstanden worden und haben sich oft entsprechende Schutzreaktionen angeeignet.

Wichtig für den Therapeuten ist der Respekt vor der Person, vor dem Symptom und dem im Symptom liegenden verdrängten aber leibhaftigen Wissen des Patienten um sich selber, ein Respekt vor diesem Ausdruckssymptom und der Person, die sich darin verschlüsselt zu erkennen gibt.

Neben dem Klären und Bearbeiten der Bewältigungsmöglichkeiten oder der Bedeutungsinhalte wird es immer

auch eine Beratung geben, wie die Symptomatik wegen ihrer funktionalen Autonomie zu lindern und konstruktiv zu verändern ist. An dieser Stelle spielen apparative Möglichkeiten (das Hörgerät und der Masker sind insbesondere zu nennen) eine nicht zu übersehende Rolle.

Zum Abschluß noch einmal zurück zu unserer Patienten. Wir konnten mit ihr ein Stück bearbeiten, dass sie sich um ihre eigenen Belange nicht kümmert, sie bagatellisiert und sich pflicht-gesteuert einfach in die jeweiligen Situationen einfügt. Das eigene Leben, sich selbst, als wertvoll zu empfinden, war ihr bisher vorwiegend unter Preisgabe ihres Soseins, ihrer eigenen Bedürfnisse möglich, wenn andere ihr dann für ihren Einsatz den Wert beimaßen.

Als Hilfssymbol für diesen Prozess konnte sie in der Kunsttherapie die Lerche und den Ton der Panflöte wählen und damit erste Schritte machen, sich ihr Leben als ihr Leben mehr anzueignen. So konnte sie tatsächlich mehr ihre Unterschrift unter das in mehr Freiheit geantwortete und mit mehr Selbstliebe gestaltete eigene Leben setzen. Den Zusammenhang mit dem Tinnitus bzw. seiner Dekompensation, konnte sie am Ende der stationären Kurzzeittherapie in Ansätzen für sich sehen. Aber sie hatte sich aufgemacht, die ihr bestmögliche Gestaltung in größerer Freiheit zu suchen und zu verwirklichen.

Literatur:

- Frankl V E (1983) Theorie und Therapie der Neurosen. Frankfurt: Fischer
- Frankl V E (1987) Logotherapie und Existenzanalyse – Texte aus fünf Jahrzehnten. München: Piper
- Hazell J (Hrsg.) (1999) Proceedings of the Sixth International Tinnitus Seminar. Cambridge
- Hesse G (2000) Retraining und Tinnitustherapie. Zur integrativen Behandlung des chronisch-komplexen Tinnitus und der Hyperakusis. Stuttgart: Thieme
- Längle A (1997) Die Angst als existentielles Phänomen. Ein existenzanalytischer Zugang zu Verständnis und Therapie von Ängsten. PpM 47 (1997) 227-233. Stuttgart: Thieme
- Längle A (1999) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA), Existenzanalyse 1,16 (1999), 18-25. Wien:GLE
- Rothe H-M (1992) Vorbemerkungen zu einer existenzanalytischen Psychosomatik. - Psychother.Psychosom. med.Psychol. (PpM) 42 (1992) 214 - 219. Stuttgart:Thieme
- Rothe H-M, Förster C, Dilcher K (2000) Alexithymie und Krankheitsattribution bei chronisch-komplexem Tinnitus, Posterferat auf der 50. Arbeitstagung des DKPM, Hannover , PpM 50, 88. Stuttgart: Thieme
- Rothe H-M (2000) Biographische Arbeit mit personaler Existenzanalyse bei psychosomatisch Erkrankten, in: Längle, A. (Hrsg.) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas Verlag
- Uexküll Th v (1963) Grundfragen der psychosomatischen Medizin. Reinbeck: Rowohlt
- Weizsäcker V v (1973) Der Gestaltkreis Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. Frankfurt: Suhrkamp

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. H.-M. Rothe
Waldstraße 14
D - 01896 Pulsnitz
e-mail: Inrothel@aol.com

Im Angesicht des Todes das Leben bergen

Erfahrungsbericht einer psychotherapeutischen Arbeit mit KrebspatientInnen*

Elisabeth Andritsch

Viele PatientInnen erleben eine Krebserkrankung meist als "die Grenzerfahrung ihres Daseins", als Konfrontation mit dem Tod. Obwohl vordergründig verschiedene Bewältigungsmechanismen eingesetzt werden, bleibt "endlich zu leben" die große Herausforderung bei einer existenziellen Erkrankung um letztlich Ängste in "Gelassenheit" umzuwandeln zu können.

Einige Beispiele zeigen, welche Wege die PatientInnen aus ihrer Erschütterung finden, um in eine personale Existenz zu gelangen bzw. was für sie dabei auch hinderlich sein kann.

Schlüsselwörter: Grenzerfahrung, Erschütterung, Ängste, Gelassenheit, personale Existenz

A recent number of patients suffering on cancer experience their diagnosis as limit of their being and as confrontation with death. Although superficially they use different kinds of coping mechanisms the challenge for these people is to „live existential“ and to change fear and anxiety into calmness. Examples, which ways patients find to come out of the distress into „the personal existence“ and what can be an obstacle for that will be presented.

Key-words: Limit of being, distress, anxiety, calmness, personal existence

Eine existenziell bedrohliche Erkrankung, wie es die Krebserkrankung ist, bedeutet für die meisten Betroffenen unabhängig davon, ob die Prognose günstig ist - im Sinne von geheilt werden können - die Konfrontation mit dem Tod. Diese oftmals bis zu dem Zeitpunkt der Diagnose nie spürbar gewordene Grenze erschüttert plötzlich, verwirrt, macht ohnmächtig, ängstigt. Die plötzlich in die Nähe der Realität gerückte Wahrnehmung und Tatsache der Endlichkeit des eigenen Daseins löst die unterschiedlichsten Reaktionen im getroffenen Menschen, in der betroffenen Person aus.

Was ist das, was dem Menschen durch die Nähe des Todes näher gebracht wird? Worauf deutet uns die Endlichkeit hin?

Ist es nicht paradox, dass die bloße theoretische Vorstellung von der eigenen Grenze, von der Endlichkeit, die Vorstellung, nicht mehr lange zu leben haben, Menschen einerseits immer

wieder hinreißen lässt zu fast übermütigen Äußerungen von Wünschen, Träumereien, Visionen: "Dann wirklich eine Weltreise zu machen; es sich dann nur mehr gut gehen zu lassen; sich dann über vieles, was einem an Kleinkram jetzt den Tag vermiest, hinwegsetzen oder die Prioritäten anders als jetzt zu setzen". Zum anderen sind bei dem Gedanken, unheilbar krank zu sein, auch immer wieder Äußerungen präsent, wie z.B.: "Ich möchte es gar nicht wissen, ich könnte es nicht aushalten, wenn ich wüsste, dass ich sterben muss". Oder aber auch andere Assoziationen, wie "ich möchte nur ganz schnell sterben, ohne darüber nachdenken zu müssen; ich möchte keine Qualen aushalten", zeigen, wie sehr uns der Tod herausfordert.

Eine Patientin, an einem metastasierten Nierenzellkarzinom leidend, sagte einen Monat vor ihrem Tod einmal zu mir: "Es ist so schwer für mich. Mir als Krebspatientin verlangt

man wohl alles ab. Einerseits haben wir ständig im Schlepptau den Tod und andererseits sollen wir alles dafür tun, um bewusster zu leben." Auf meine Frage, was und wie sie denn gerne selbst handeln möchte, meinte sie: "Einerseits möchte ich mich gerne ablenken, mich nicht mit dem Tod auseinandersetzen müssen, aber dann hab' ich das Gefühl, dass dann noch mehr Angst in mir ist - und eine gewisse Faszination weichen könnte."

Diese Interdependenz von Leben und Tod, die Spannung und Untrennbarkeit dieser beiden Pole fordert jeden von uns auf, sich gleichermaßen dem Leben und dem Tod ständig stellen zu müssen, ständig stellen zu können. Seneca drückt das folgendermaßen aus: "Niemand erfreut sich des wahren Geschmacks am Leben außer derjenige, der bereit und willens ist, es zu verlassen." (zit. nach Yalom 2000, 44)

Wie geht ein Mensch mit dem Wissen, dass seine Krebserkrankung fortgeschritten ist, um? Wie geht er um mit der Konfrontation, dass er unheilbar krank ist?

Da ist zum einen die Hoffnung, die sich in den unterschiedlichen Gestalten zeigt, oder auch die „doppelte Buchführung“, wenn positive und negative Informationen und Erfahrungen getrennt verbucht werden. Dies ist aber kein Indiz dafür, dass Krebspatienten im Grunde die Wahrheit über ihren Zustand nicht wissen wollen, sondern zeigt, dass Menschen das Tempo der Annäherung an die Wahrheit selbst bestimmen möchten.

Hoffnung hilft also, den Schmerz zu lindern, schafft auch Zeit für die Verarbeitung der Realität, trägt dazu bei, die Kontrolle zu behalten, stellt eine Art Puffer gegen Resignation und Verzweiflung dar und ist auch Voraussetzung für aktive Angstabwehr. Die

*Impulsreferat anlässlich des GLE-Kongresses im April 2000 in Wien zum Thema „Wenn der Sinn zur Frage wird“

Hoffnung, die für den Krebspatienten eine Stützsäule darstellt, um sich aufrichten zu können, ist eine der Emotionen, die auf Zukunft gerichtet ist. Angst hingegen ist anders, die Hoffnung ist sozusagen der Gegenpol zur Angst (vgl. Kast 1994). „Hoffnung ist normalerweise Trost. Wenn ich sage, ich kann wieder hoffen, dann heißt es auch, ich bin getröstet, weil ich irgendwo in der Zukunft besseres ahne.“ (V. Kast 1994, 158) So kann die Angst immer auch als in die Vergangenheit hinweisend gedeutet werden und ist wohl Ausdruck für Versäumes, für nicht gelebtes Sein.

Andererseits wird die Idee, dass die Hoffnung eine Flucht sei, eine Ausflucht sei, dass wir in die Hoffnung fliehen, wenn wir uns vom Leben drücken wollen, vor Auseinandersetzung mit dem Unangenehmen, nicht nur von Camus beschrieben. In seinem Buch „Der Mythos von Sisyphos“ formuliert er die Botschaft, Hoffnung sei ein tödliches Ausweichen. Seine Maxime ist, „man habe das Leben zu leben und zwar jetzt und hier, ohne Rücksicht darauf ob jemand bestätigt, dass es gut sei oder nicht. Leben muss gelebt werden, nicht im Jenseits, nicht in der Perspektive auf einen Sperrsit im Himmel. Dieses Leben will hier gelebt werden, aktiv, tätig, entschlossen.“ (zit. nach Kast 1994, 164)

Nicht selten kommt es aber zu einer passiven, sich dem weiteren Schicksal ergebenden Grundhaltung. Der Patient erlebt sich nur noch in der Pathologie seiner Erkrankung und die Tumorerkrankung wird somit zu einem die ganze Existenz des Patienten umgreifenden Ereignis.

„Ich bin nicht der Krebs, sondern ich habe die Krankheit Krebs“ - dies zu erkennen und sich dadurch zum Leben hin zu befreien, ist ein wesentlicher Teil in der existenzanalytisch-psychotherapeutischen Arbeit mit Krebspatienten.

Was es heisst, die durch die existenzielle Erkrankung Krebs entstandenen Bedingungen wahrzunehmen und zu akzeptieren, formuliert Theodor Storm, selbst an einem Magenkarzinom leidend, in einem Gedicht:

Beginn des Endes

*Ein Punkt nur ist es, kaum ein
Schmerz,
nur ein Gefühl, empfunden eben,
und dennoch spricht es stets darein,
und dennoch stört es dich zu leben.
Wenn du es ändern klagen willst,
so kannst du's nicht in Worte fassen,
du sagst dir selber: "Es ist nichts"
und dennoch will es dich nicht lassen.
So seltsam fremd wird dir die Welt,
und leis' verlässt dich alles Hoffen,
bis du es endlich, endlich weißt,
dass dich der Todespfeil getroffen.*

In diesem Umstand des „Getroffen-Werdens“ wird die Charakteristik unseres Daseins als ein ständig in Frage stehen und unser Leben als das Antwort geben deutlich spürbar (vgl. Frankl 1988, 72, Längle 1988, 10f).

Wie in einem Röntgenshirm sehen wir das Skelett unseres Lebens, es kommen die tiefen Schichten unseres Seins zum Vorschein. Die Grenze, der Tod legt uns frei.

Die 52 jährige Patientin B., die vor drei Jahren die Diagnose eines Mammacarcinoms erfuhr, ist in ihrer Erscheinung zaghaft, leise. Ich hatte bei jeder Begegnung mit ihr das Gefühl, sie sitzt wie unter einer Glasglocke und hat Angst, dass jemand daherkommen und ihr diesen „Schutz“ wegnehmen könnte. Als ich ihr widerspiegelte, wie ich sie erlebe, erzählte sie, dass sie durch einen Autounfall ihres Mannes früh Witwe wurde und plötzlich mit zwei kleinen Kindern allein dastand. Die Kinder waren damals die einzige Überlebensmotivation. In den Gesprächen kam sie dann darauf, dass dieses Ereignis sie so erschütterte, dass sie wohl seit damals nie mehr wirklich ins Leben zurückkehrte. Bis zu ihrer Diagnose hatte sie „ihre Ruhe“ - jetzt spürt sie aber wieder „das Risiko“ zu leben. Angst begleitet sie zwar ständig, aber es verunsichert sie, dass sie doch bei jeder kleinen körperlichen Symptomatik sofort den Arzt aufsucht, weil sie ständig Sorge hat, dass es zu einem Rezidiv oder einer Metastasierung kommen könnte. Auf meine Frage, was diese Sorge ihr vermittele, meinte sie: „Ich hab wohl bis jetzt nichts vom Leben gehabt und will aber wahrscheinlich doch gern leben.“

Durch das Freilegen ihres bisherigen Lebens wird die Patientin fast hingedrängt, sich der Frage zu stellen, ob sie leben möchte. Sie tritt damit wieder in den Dialog mit dem Leben.

Christiane Lenker (1984) schreibt z. B. in ihrem Buch „Krebs kann auch eine Chance sein“: „So wie mein Todesbote Krebs der zündende Funke für ein neues bewußteres Leben sein konnte, so hatten auch vielleicht die recht, die behaupteten, der Tod sei die Schwelle zu einem anderen Leben. Die Metamorphose unseres Seins: Sterb und werde!“

Vor kurzem kam eine Frau zu mir, deren Mann vor vier Jahren verstorben ist, und meinte, sie könne immer noch nicht damit fertig werden, wie ihr Mann sie so verlassen konnte. Er verstummte nämlich schon vor seinem Tod, isolierte sich und das begann damit, als sie mit ihm in der Schmerzambulanz war und der dort behandelnde Arzt zu ihr (über den Kopf ihres Mannes hinweg) sagte: „Wie geht es denn Ihnen mit dem Wissen, dass Ihr Mann mit dieser Krebserkrankung sterben wird?“ Von da an war er sprachlos geworden. Niemand kam mehr an ihren Mann heran. Auf die Frage, ob sie mit ihm über das gemeinsame Erlebnis bei diesem Arzt gesprochen habe, meinte sie: „Ja, er wollte schon darüber reden, aber ich hab es ihm gleich ausge-redet und gesagt, das sei ein Blödsinn gewesen und stimme ja gar nicht!“

In der Nähe des Todes nicht ernst genommen werden verschließt den Menschen wohl noch zu Lebzeiten, grenzt ihn aus, vernichtet ihn, läßt ihn nicht sein und verhindert somit auch ein Werden (vgl. A. Längle 1993).

Andererseits kann das Erkennen von Werten und Zuwendung den Lebenswillen schärfen und läßt auch im Sterben eine „Ge-lassenheit“ entstehen.

Der 39 jährige Patient R., seit einem Jahr an einem Lungenkarzinom leidend, hatte vor seiner Erkrankung kaum Zeit für seine Familie, da er als Manager in einer großen Firma tätig und durch Geschäftsreisen stets unterwegs war. Außerdem waren die Wochenenden fast zu kurz, um all seine Vereinsposten auszuüben. Am Beginn seiner Erkrankung erlebte er die Tatsache, dass er seinen Beruf nicht mehr wie bisher ausüben konnte als

”Freiheitsberaubung“. Vom Behandlungsteam zwar als ziemlich fordernd und agierend erlebt, begann er dennoch seine Frau und seinen Sohn wieder wahrzunehmen und zu spüren. Fast hektisch wandelte er, als ihm bewußt wurde, wieviel Wärme und Geborgenheit ihn bis dahin umgeben hatte ohne es zu bemerken, diese Angst des Versäumnisses in ein gegenwärtiges Werterleben um. ”Ich hätte wohl nie erfahren, was für wunderbare Menschen um mich sind, wenn mir nicht klar geworden wäre, dass ich mich fast selbst ums Leben betrogen hätte, hätte ich nicht diese besch... Diagnose bekommen.“ Er ist in seinem Umgang mit dem Wissen um die Prognose und mit den körperlichen Einschränkungen durch Therapien, mit der Erkrankung insgesamt für viele andere Patienten Stütze und Halt geworden.

Die Selbst-Entschiedenheit der Person kann durch den Appell ”endlich zu leben“ geweckt werden und in

einen Lebensmut münden, der sicherlich Ressourcen im Handlungsraum eines existenziell erkrankten Menschen freisetzt. Vorausgehend muss aber eine Stellungnahme zu dem, was jetzt ist, zum Wissen und Erfahren der Grenze des eigenen Daseins möglich sein. Dadurch kann in diesem, durch eine Krebserkrankung entstehenden Entrücken der bisher so selbstverständlich erlebten Welt und dem Entsetzen über die unabdingbare Wirklichkeit des Todes das dabei verlorene Ich geborgen werden. Dabei werden sich die betroffenen Menschen der Traurigkeit, Wut, Verzweiflung und Angst nicht ausgeliefert fühlen, sondern erkennen die Möglichkeiten ihres Antwortens und Handelns.

Literatur:

Csef H (1998) Sinnfindung als Modus der Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. In: Csef H (Hrsg.) Sinnverlust und Sinnfindung in Gesundheit und Krankheit. Würzburg: Königshausen & Neumann, 325-347

- Frankl E V (1975) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber
- Frankl EV (1988) Ärztliche Seelsorge. München: Piper
- Kast V (1994) Freude Inspiration Hoffnung. Solothurn und Düsseldorf: Walter
- Längle A (1988) Was ist Existenzanalyse und Logotherapie. In: Längle (Hrsg.) Entscheidung zum Sein. V.E. Frankls Logotherapie und Praxis. München: Piper, 9-21
- Längle A (1993) Personale Existenzanalyse. In: Längle (Hrsg.) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE, 133-160
- Längle A (2000) Die Personale Existenzanalyse (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle (Hrsg.) Praxis der Personalen Existenz. Wien: GLE, 9-39
- Lenker Ch (1984) Krebs kann auch eine Chance sein. Frankfurt: Fischer
- Yalom I D (2000) Existenzielle Psychotherapie. Köln: Ed. Humanistische Psychologie

Anschrift der Verfasserin:

Elisabeth Andritsch
Körösisstrasse 16
8010 Graz
elisabeth.andritsch@klinikum-graz.at

HIV lebenslänglich - Körper und Seele in Not*

Gabriele Kessler

Die Diagnose einer HIV-Infektion bedeutet heute den Eintritt in eine chronische Krankheit mit tödlichem Ausgang. Deshalb ist das gesamte Lebenskonzept eines HIV-Infizierten davon betroffen und es bedeutet, sich dieser neuen Lebenssituation unausweichlich stellen zu müssen. Besonderheiten zeigen sich darin, dass die HIV-Infektion verbunden ist mit Themen wie Sexualität, Gesundheitsrisiken, moralisch gefärbten Krankheitsbewertungen, Sterben und Tod.

Schlüsselwörter: HIV-Infektion, chronische Krankheit, Sterben, Tod.

Today the diagnosis HIV-infection marks the beginning of a chronic disease leading to death. The self is fundamentally disturbed. Characteristically the HIV-infection is tied to topics like sexuality, risk-taking, moral judgement, dying and death.

Key-words: HIV-Infection, chronic illness, dying, death

Einstieg: Chronische Krankheiten allgemein

Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens mit einer chronischen Krankheit konfrontiert zu werden, ist sehr hoch, doch kaum einer von uns ist darauf vorbereitet. Die chronische

Krankheit macht in der Regel vor keinem unserer Lebensbereiche halt. Sie macht sich in den meisten Fällen derart vehement bemerkbar, dass ihr Vorhandensein nur schwer ignoriert werden kann.

Chronische Krankheit heißt:

- Der Körper versagt dauerhaft.
- Eine Rückkehr zu dem Ausgangszustand ist nicht möglich.
- Bestimmte Aktivitäten sind eingeschränkt oder unmöglich.
- Das Aussehen des Körpers ist verändert.
- Organe oder Organsysteme sind in ihrer Funktion beeinträchtigt.

In unserer Gesellschaft, in der Leistung, Erfolg, Fitness und Attraktivität hoch bewertet werden, wird derjenige, der diesen Idealen nicht (mehr) gerecht wird, in seinem Selbstwertgefühl schwer erschüttert.

Anpassung an die Krankheit bedeutet vor allem eine biographische Bewältigung. Chronische Krankheit führt immer zu einem Bruch in der Biographie. Die Form der Anpassung kann individuell sehr unterschiedlich sein. Die Krankheit kann zum Lebens-

*Impulsreferat anlässlich des GLE-Kongresses im April 2000 in Wien zum Thema „Wenn der Sinn zur Frage wird“

thema - also ins Zentrum der Biographie gerückt - werden, sie kann integriert, sie kann aber auch weitgehend verleugnet werden. Gelingt die Integration nicht, sind psychische Störungen, unter anderem Depressionen die Folge.

Die Verarbeitung der chronischen Krankheit ist sowohl abhängig von den Bedingungen der Krankheit als auch von den Bedingungen der Biographie.

Bedingungen der Krankheit:

- * Krankheitsverlauf: stabil oder Verschlechterung
- * Phase: früh, spät, Komplikationen
- * Schwere der Krankheit, Art und Zahl der Symptome
- * Kontrollierbarkeit der Symptome

Bedingungen der Biographie:

- * Lebensalter
- * Bedeutung der Verluste
- * Fähigkeit mit den Einschränkungen zurechtzukommen
- * Fähigkeit den Verlust zu bewältigen

Die chronische Krankheit unterbricht die individuelle Lebensplanung. Die Zeitwahrnehmung ändert sich, neue Zeitentwürfe müssen den Krankheitsverlauf berücksichtigen, die tägliche Krankheitsbewältigung führt zur Neuverteilung von Zeitressourcen. Der Körper verändert sich. Teile des Körpers stehen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt zur Verfügung. In welchem Ausmaß ist der Zustand stabil oder fluktuierend, wie sind die Prognosen? Ist die Zahl und die Bedeutung der verlorenen Handlungsmöglichkeiten hoch, wie wichtig sind z.B. Autonomie und Attraktivität?

Die chronische Krankheit HIV-Infektion

Ein HIV-positiver Mann beschreibt den Wandel seiner HIV-Infektion von der lebensbedrohlichen zur chronischen Krankheit:

„Ich bin vom Todesurteil zu lebenslänglich begnadigt worden.“ HIV-lebenslänglich bedeutet nie mehr frei von diesen Krankheitserregern zu sein. Es gilt zu lernen zwar nicht frei „von“ zu sein, aber frei „zu“ einem

neuen, anderem Leben.

Die HIV-Infektion ist überwiegend eine sexuell übertragbare Krankheit. Die Erfahrung, sich beim Sexualkontakt mit einer Krankheit angesteckt zu haben, und das Wissen, selbst ansteckend zu sein und zu bleiben, lässt Ängste sowohl bei Betroffenen als auch bei Partnerinnen und Partnern, Angehörigen und Pflegenden entstehen. Im Körper vermehren sich die Viren, nehmen von ihm gegen den Willen des Betroffenen Besitz und schwächen über die Jahre hinweg den Organismus. Der Körper gerät in Not und die Seele bemerkt die Veränderung. Ein immer noch nicht aufhaltbarer Prozess, der bewusst die Lebensbegrenzung, den Tod spürbar macht.

Der Tod ist das finale Ereignis allen Lebens. Er ist neben der Geburt die einzige unausweichliche Gemeinsamkeit aller Menschen, kaum ein Thema wird jedoch aus dem Leben so sehr ausgeklammert wie der Tod. Sterben und Tod werden gerne auf alte Menschen projiziert, bei jungen oder jüngeren werden sie als schockierend erlebt.

Sterben, Tod und AIDS sind Begriffe, die eng zusammenstehen. Das bisherige Unvermögen der Medizin und Forschung, die Krankheit durch eine Therapie erfolgreich in den Griff zu bekommen und das Sterben aufzuhalten, macht sowohl dem Patienten, wie auch den Pflegenden Angst. Der Patient hat immer wieder die infauste Prognose vor Augen. Er weiß, es gibt Maßnahmen und inzwischen Therapien, die einen Zeitaufschub bewirken können, trotzdem bleibt das Schicksal des Todes im Blickfeld.

Der psychische Aspekt in der Pflege HIV-positiver Menschen

Die Pflegenden werden sowohl mit den Ängsten der Patienten als auch mit ihren eigenen Ängsten vor dem Sterben und dem Tod konfrontiert. Der lange Krankheitsverlauf und nicht selten das gleiche Alter lassen zwischen Patient und Pflegenden oftmals eine vertraute Beziehung entstehen. Dadurch können das Sterben und der Tod als persönlicher schmerzlicher Verlust empfunden werden. Die Ohnmacht, einen Patienten nicht als geheilt entlassen zu können und/oder das

Ausbleiben geringer Erfolgserlebnisse lassen den Sinn dereigenen Arbeit manchmal fraglich werden.

Für den HIV-positiven Patienten ist die Zukunft zur Gegenwart geworden. Das Ziel ist es, das Leben so einzurichten, dass das individuell als wesentlich Empfundene realisiert werden kann, und zu vermeiden, dass die zunehmende Einschränkung der Leistungsfähigkeit dahin führt, das eigene Leben als wertlos zu betrachten. Also gilt es, trotz aller Einschränkungen und Begrenzungen Gestalter des gegenwärtigen Lebens zu bleiben.

Die Beziehung der Pflegenden zum Patienten wird nicht nur von den pflegerischen Maßnahmen beeinflusst, die am Patienten vorgenommen werden, sondern auch durch die Sprache. Sie ist eine Visitenkarte, die Gefühle wie Freude, Trauer, Missgestimmtheit etc. hörbar werden lassen. Natürlich kann eine Beziehung zum Patienten auch wortlos entstehen.

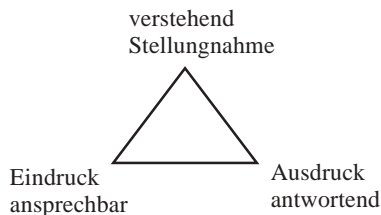
Ziel von Pflege ist gewöhnlich eine Veränderung. Dies bedeutet nicht, dass es unbedingt eine Steigerung der Leistungsfähigkeit sein muss, da diese eventuell gar nicht mehr möglich sein wird, sondern eine Akzeptanz der Lebensrealität.

Die Patienten durchleben u.a. Wut, Zorn, Verzweiflung und Resignation. Als Gegenüber muss ich in der Lage sein, diese Gefühle wahrzunehmen, zu akzeptieren und wertfrei zuzulassen. Grundvoraussetzung ist Offenheit und Vertrauen, hilfreich ist auch Sympathie. Von therapeutischem Wert ist bereits das Zuhören, denn der Patient weiß oft, dass ihm nur bedingt geholfen werden kann. Er kann es als Entlastung erleben, seine Ängste, seine Hoffnungslosigkeit, seine Gedanken über Sterben oder auch den Suizid auszusprechen. Er erwartet in der Regel kein Patentrezept. Es kann ein friedliches und vertrautes Erleben sein, wenn dann auch zusammen geschwiegen werden kann und einfach vermittelt wird: „Ich bin in deiner Nähe, ich halte dich in deinen Nöten aus.“ Diese Atmosphäre ist möglich, wenn ich authentisch bin und meine eigenen Empfindungen im Umgang mit Krankheit und Sterben mir nicht fremd sind.

Meine methodischen Ansätze bei psychotherapeutischen Gesprächen

mit HIV-positiven Klienten lehnen sich an die Personale Existenzanalyse (PEA) an. Nach A. Längle ist sie „eine Methode zur Mobilisierung personaler Kräfte, welchen im existenzanalytischen Psychotherapieprozess zum Durchbruch verholfen werden soll“ (Längle 1999, 20)

Eindruck: besteht aus dem spontanen, unreflektierten Gefühl, dem dazugehörenden Impuls (beide zusam-



men erzeugen den Affekt, sind die „primäre Emotion“) und dem phänomenalen Gehalt des im Eindruck enthaltenen verstehbaren Inhalts.

Stellungnahme: Sie beginnt mit dem Verstehen von sich selbst, dann des anderen, führt zur persönlichen Stellungnahme auf der Basis des Gewissens und geht über in das Finden des eigenen Wollens.

Ausdruck: Das auf der Basis der Stellungnahme zu entwickelnde Ausdrucksverhalten.“ (Längle 1999, 21)

In einem Fallbeispiel soll dieser Prozess kurz angedeutet werden.

Ein Patient kommt über die Infekti-

onsambulanz zu mir. Er ist niedergeschlagen, depressiv, sieht gleichsam ein schwarzes Loch, in dem er sitzt. Er spricht von Gefühlen der Leere, der Hilflosigkeit, ein Nichts umgibt ihn, unendliche Leere. Ängste halten ihn gefangen. Er versteht sich selber nicht mehr.

Zunächst beschreibt er seine Lebenssituation, er ist beruflich und körperlich erschöpft. Die körperliche Erschöpfung zwingt ihn, sich krank schreiben zu lassen. Bisher hat er sich durch seine HIV-Infektion nicht beeinträchtigt gefühlt. Jetzt sagt der Körper „Halt“, - und ihm wird durch den Zwangsstopp erst klar, wie sehr er in den vergangenen Jahren Raubbau mit sich und an seinem Körper getrieben hat.

Neben dem Klären der Faktenlage der Situation geht es vor allem darum, sie auch emotional aufzuspüren und sich darin zu verstehen.

Er hat sich beruflich aufgerieben und merkt nun, dass seine Kräfte rapide nachlassen. Die Angst ergreift ihn, in Kürze zu sterben, ohne wirklich gelebt zu haben. Permanente Müdigkeit, einhergehend mit Schlaflosigkeit verstärken die Unzufriedenheit, die Geiztheit und die tieftraurige Stimmung.

Die Erkenntnis der Zusammenhänge zwischen seinen Gefühlen und seiner Lebenssituation erschrecken ihn und lassen ihn geradezu aufwachen.

Überrascht ist er darüber, dass er nicht selber zu dieser scheinbar „simplen“ Wahrnehmung hat kommen können. Auf der Basis dieser Erkenntnis entscheidet er, den Beruf nicht mehr zum zentralen Inhalt seines Lebens zu machen und erlebt schon vor der Umsetzung dieser Entscheidung eine enorme psychische Entlastung.

Wenn der therapeutische Prozess gelingt, dann können Körper und Seele erleichternd und befreiend in Einklang kommen, trotz lebenslänglicher HIV-Infektion.

Literatur:

- Bauer R. (1998) Eine dialektische Betrachtung der psychotherapeutischen Wirksamkeit pflegerischer Intervention. In Pflege 11,305-311 Hans Huber Bern
- Corbin J.M. & Strauss (1987) A Accompaniments of chronic illness: changes in body, self, biography, and biographical time. Research in the Sociology of Health Care, Vol.6, 249 – 281 Discussion Paper
- Corbin J.M. (1994) Chronicity and the trajectory framework. Wissenschaftszentrum Berlin
- Conrad A. (1999) Umgang mit Sterbenden. In Heilberufe 51,10, 18-19 Urban & Vogel Berlin
- Längle A.(1999) Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). In Existenzanalyse 1, 18-25

Anschrift der Verfasserin:

Dipl.-Psych. Gabriele Kessler
Schumannstr. 22
D - 22083 Hamburg
e-mail: gabriele.r.v.kessler@gmx.de

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE (Wien),
GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE in Deutschland e.V. (GLE-D)
INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE SCHWEIZ
„Existenzanalyse“, vormals „Bulletin“ der GLE, ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse und erscheint 2x jährlich.
Die GLE ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart, der Wiener Internationalen Akademie für Ganzheitsmedizin, der Martin-Heidegger Gesellschaft e.V. und des Verbandes der wissenschaftlichen Gesellschaften Österreichs (VWGÖ).
Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz als Ausbildungsinstitution zum Psychotherapeuten gemäß dem Psychotherapiegesetz anerkannt.
Veröffentlichte, namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder.
© by Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.

OFFENLEGUNG NACH § 25 MEDIENGESETZ

Medieninhaber ist zur Gänze die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse, 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:

Vorsitzender: DDr. Alfred Längle. Stellvertretende Vorsitzende: Dr. phil. Liselotte Tutsch. Schriftführerin: lic.phil. Brigitte Heitger. Stellvertretender Schriftführer: Dr. med. Christian Probst. Kassier: Karl Rühl. Stellvertretende Kassierin: Dr. Silvia Längle. Beirat für BRD: Dr. paed. Christoph Kolbe. Beirat für die Schweiz: lic.phil. Brigitte Heitger. Beirat für Forschung: Dr. Silvia Längle und Dr. med. Christian Probst.

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

Begegnung mit bewusstlosen Menschen*

Herta Holzer

Die Begegnung mit dem bewusstlosen Menschen verlangt besondere Anforderungen, da die gewohnten Kommunikationsmöglichkeiten nicht eingesetzt werden können. In diesem Zustand sind die Menschen ihrer Sprache beraubt, sie können ihre Bedürfnisse und Wünsche nicht wie gewohnt mitteilen. Die nonverbale Kommunikation steht somit im Vordergrund und stellt den Therapeuten oft vor neue ungewohnte Herausforderungen. Er muss sich ganz auf sein Spüren und Einfühlen verlassen. Mit diesem Wahrnehmen der Person entsteht unweigerlich und augenblicklich Beziehung. Voraussetzung dafür ist jedoch die personale Integrität des Therapeuten, da sich sonst Angst vor dem bewusstlosen Menschen in den Vordergrund drängt. Darüber hinaus verbindet den Therapeuten mit dem Erkrankten ein gemeinsamer Sinn, den der Gesundheit, der weiteren Boden für Begegnung ermöglicht.

Schlüsselwörter: Begleitung, Bewusstlosigkeit, nonverbale Kommunikation

Encountering an unconscious person is challenging, since the normal possibilities of communication cannot be used. In this state, people are without language and cannot communicate their needs and wishes as usual. Therefore, nonverbal communication must be used and this puts special demands to the therapist. He is must depend exclusively on his feeling and empathy, which in turn create necessarily and instantaneously a relationship. A prerequisite is the personal integrity of the therapist, if not, the fear of the unconscious person will dominate him. In addition, the therapist is united with the patient by a shared meaning, which forms the basis for further encounter.

Key words: attendance, unconsciousness, nonverbal communication

Um sich dem Thema Bewusstsein und Bewusstlosigkeit zu nähern, bedarf es einer Standortbestimmung, denn die Begriffe und die Phänomene, auf die sie sich beziehen, sind mehrdimensional, uneindeutig und vielschichtig in ihrer Bedeutung. Wir haben es hier mit einem Grenzgebiet zwischen Geistes- und Naturwissenschaften zu tun und je nach fachlicher Ausrichtung und Herangehensweise tauchen verschiedene Facetten auf. Es scheint schwer eine gemeinsame Sprache zu finden, obwohl die Berührung mit Bewusstlosigkeit in den unmittelbaren Alltag hineinreicht, sei es im Krankenhaus oder in der Familie und zugleich grundlegende Fragen der menschlichen Existenz aufwirft.

Um in der Praxis eine Annäherung zu erreichen, sollten wir anerkennen, dass Naturwissenschaft und Philoso-

phie aufeinander angewiesen sind und Erkenntnis nur so Bestand haben kann. Die in den Lehrbüchern gängige Definition von Bewusstsein und Bewusstlosigkeit ist offenbar zu begrenzt, weil sie eben nur von außen beobachtbare Aspekte, das heißt quantitativ meßbares Verhalten, und nicht innere psychische Zustände, die subjektive Bedeutung haben, erfasst. Wir tun uns anscheinend schwer davon auszugehen, dass ein Mensch, von dem wir sagen, er sei bewusstlos, „ein Mensch wie Du und ich“ ist.

Die Beschreibung und Definition des Begriffes Bewusstsein stellt bis heute ein philosophisches Problem dar. Es wurde wiederholt versucht, seine Einheit aufzulösen und das Phänomen in Teilbereiche zu zerlegen und diese in Hierarchien zu ordnen. Doch subjektiv wird Bewusstsein als unteil-

bar erlebt. Die Existenzphilosophie und ihre Vertreter postulierten: menschliches Dasein ist immer auch bewusstes Sein. Jedes menschliche Sein ist bewusstes Sein, Sein, das sich auf sich, auf andere und auf die Welt bezieht. Wir können davon ausgehen, dass menschliches Leben, solange es andauert, sich auf zwei Weisen vollzieht: „Es wird gelebt und erlebt“ (Dörner 1994, 13). Das existenzanalytische Verständnis vom Menschen, ihr aus der Philosophie abgeleitetes Menschenbild erscheint mir besonders hilfreich bei der Begegnung mit dem bewusstlosen Menschen. Nach Frankl kann eine „psychophysische Funktionsstörung“ zwar bewirken, dass sich die hinter dem „psychophysischen Organismus“ stehende geistige Person nicht zum Ausdruck bringen, nicht äußern kann und solange ich der geistigen Person nicht gewahr werden kann, solange kann ich mich auch therapeutisch nicht ihr nähern und jeder Appell an sie wird daher scheitern. Die Aufgabe des Therapeuten ist es daher, sich mit dem Menschlichen im Kranken auseinander zu setzen, denn das Krankheitsbild ist nur ein reduziertes, verzerrtes Bild vom eigentlichen Menschen. Diese Auseinandersetzung geschieht nicht nur reflexiv, sondern auch implizit und kann durchaus eine stillschweigende sein. Unser Menschenbild und Selbstverständnis beeinflussen die persönliche Antwort auf die Frage nach dem Menschsein und kommen in unserem Denken, Handeln, Wahrnehmen und Fühlen zum Ausdruck.

Die medizinische Definition von Bewusstlosigkeit

Bewusstlosigkeit oder Koma ist ein unerweckbarer Zustand, in welchem der Patient die Augen weder auf Anruf noch auf Schmerzreize öffnet und auf Aufforderung keine Bewegungen ausführt. Anders ausgedrückt, unter Koma wird eine „komplette

*Impulsreferat anlässlich des GLE-Kongresses im April 2000 in Wien zum Thema „Wenn der Sinn zur Frage wird“

Nichtansprechbarkeit“ und „Reaktionslosigkeit“ verstanden. Wird der Bewusstlose aber nur mehr als defizitäres Wesen gesehen, das nicht empfindet, nichts wahrnimmt und nur leblos daliegt, hat dies in der Praxis fatale Folgen. Es entsteht die Meinung, mit diesem Menschen kann man nicht kommunizieren, und der Patient wird liegengelassen. Den Angehörigen wird damit oft jegliche Hoffnung genommen. Eine Defektdefinition hat somit negative Auswirkung auf die Kommunikations- und Begegnungsbereitschaft. Hinzu kommt, dass Menschen im Koma nicht nur tiefes Mitgefühl und Betroffenheit auslösen, sondern auch Ängste – vor dem Leblosen, dem Fremden und Unbekannten, vor dem Unverständnis, vor Schmerzen, Verletzungen und Ekelgefühlen und letztlich die Angst vor dem eigenen Tod. Diese Ängste sind ein wesentlicher Grund, warum Kommunikation misslingen kann. Bevor wir Komapatienten begegnen können, ist es wichtig, sich dieser Ängste bewusst zu werden. Es gilt die Abwehrmechanismen und Aktivitäten zu kennen, die zur Bewältigung dieser Ängste hervorgebracht werden, wie therapeutischer Aktionismus, Omnipotenzgefühl, Verleugnung, Verdrängung, Schuldzuweisungen, emotionaler Verarmung, Distanzierung und Selbstvorwürfe. Zur reifen Verarbeitung gehören das Akzeptieren der Realität und die Integration der Gefühle, um in eine Haltung der Annahme und Verantwortung zu gelangen.

Wann wird ein Mensch bewusstlos?

Die Ursache kann ein Unfall, eine schwere Operation oder eine Hirnerkrankung sein. Bewusstlose sind akut gefährdet und zwischen Leben und Tod liegt oft nur ein Atemzug. Durch einen Unfall wird der Mensch plötzlich aus seinem gesamten persönlichen und sozialen Gefüge gerissen. Er liegt auf der Intensivstation isoliert, in einer ihm völlig fremden, oft bedrohlich empfundenen Umgebung. Bekannte, vertraute Orientierungen fehlen, das Körper selbstbild geht verloren und man kann die Bewusstlosigkeit als Zusammenbruch der personalen Identität und Integrität verstehen. Die Folge dieser tiefgreifenden Erschütte-

rung wäre eine aktive Zurücknahme der Lebenstätigkeit auf die Kernzonen des autonomen Selbst. Koma könnte somit als eine Lebensform am Rande zum Tode, als eine bewusstseinsferne Kompetenz eines Menschen, im Sinne des Schutzes, der Abschirmung und Erholung gedeutet werden und könnte Ausgangspunkt für den Aufbau einer neuen Identität sein. Bewusstlosigkeit wäre daher kein „Ausfall des Bewusstseins“, sondern vielmehr ein Zustand tiefster Zurücknahme und Abgeschiedenheit auf die Ebene eines autonomen Körperselbst. Vielleicht ist Bewusstlosigkeit nicht das Verschwinden oder Fehlen von etwas, sondern eher dessen Umwandlung. Bewusstlosigkeit führt dazu, in ein frühes Stadium der Einheit von Körper und Geist zurückzufallen. Gewicht hat nur, was den Körper unmittelbar in seiner aktuellen Befindlichkeit betrifft. Für meine Erfahrung war es wichtig, dies nicht als primitive Stufe anzusehen, sondern als Basis für eine weitere Entwicklung. Bewusstlosigkeit ist dann nicht nur Ausdruck einer Krankheit, sondern zugleich die Möglichkeit einer neuen Lebensentwicklung.

Begegnung mit dem bewusstlosen Menschen

Für die Begegnung mit dem bewusstlosen Menschen reichen die Theorien, die Instrumente und Methoden der klassischen Psychotherapie vielfach nicht aus. Das Setting gestaltet sich auf einer Intensivstation anders und es ist oft schwer, einen Intimitätsraum aufzubauen und zu erhalten. Die Grundhaltung ist, dass der bewusstlose Mensch wie jeder Mensch für seine Entwicklung Kommunikation braucht. Auch der schwerkranke Mensch hat das grundlegende Bedürfnis nach Verständigung, nach Kontakt und Interesse für die eigene Person. Unter Kommunikation verstehen wir im Allgemeinen die gesprochene Sprache oder könnte dies über den Körper geschehen? Das gesprochene oder geschriebene Wort muss daher um den Aspekt der Körpersprache und des Körperausdrucks als Grundvoraussetzung für die Kommunikation ergänzt werden. Jede Eigenbewegung und sei sie auch noch so begrenzt, muss als „Ausdruck eines Willens“ mit der Welt in Beziehung zu treten

verstanden werden. Die körperbezogenen Wahrnehmungen, das Körperbild und die körperliche Identität sind stark gestört und dies kann zum Verlust der Identität führen. Diese gestörte Wahrnehmungsfähigkeit führt nicht selten zu Fehlinterpretationen der wahrgenommenen Information, zu räumlicher und zeitlicher Desorientiertheit, sowie zu Koordinationschwierigkeiten und emotionaler Überflutung. In dieser Phase benötigt der Patient vor allem ein stabiles Gegenüber, ein Du, das in eindeutiger Haltung dem Patienten Halt, Nähe und Wertschätzung spürbar werden lässt, damit er seine selbständige Wahrnehmungsfähigkeit, Sicherheit und damit seine Identität wieder erlangen kann.

Damit solcherart Begegnung gelingen kann, ist eine ganzheitliche Anerkennung des anderen vorausgesetzt, also Respekt, Würde, Achtung, ein Ja zum anderen, damit er in seiner Einmaligkeit und Einzigartigkeit hervortreten kann. Begegnung ist nicht Erfassen der Person, sondern nur die Berührung der inneren Gestalt. Der Mensch ist, solange er lebt, durch irgendeine Form der Wahrnehmung und Bewegung mit seiner Umwelt verbunden. Wer lebt, befindet sich in einem Austauschprozess, auch wenn dieser auf ein Minimum reduziert ist. Kommunikation findet also immer statt, nur die Art und Weise der Kommunikation kann unterschiedlich sein und dazu führen, dass der andere nicht verstanden wird, obwohl er mit uns kommuniziert.

Grundlage einer Begegnungshaltung ist ein ganzheitliches Menschenbild, das die Würde und Autonomie des Patienten achtet und unsere eigene Selbstachtung bewahrt. Die Begegnung mit bewusstlosen Menschen orientiert sich an frühen Wahrnehmungsformen, sie ist körpersprachlich, körperbezogen und entwicklungs- und subjektorientiert. Für die Kontaktaufnahme ist es wesentlich, die kleinen Zeichen wahrzunehmen. Jede Anregung soll individuell und behutsam sein, damit der individuelle Dialog „leidenschaftlich“ in Gang kommen kann, um somit den allmählichen Aufbau kleiner eigener Handlungsschritte zu ermöglichen.

Wir sollen ermutigt werden, auf Unbekanntes und Verunsicherndes mit

Bescheidenheit, Vertrauen, Sensibilität und Kreativität zuzugehen, Beziehung anzubieten, auch wo dies vielleicht aussichtslos erscheint. Die Begegnung mit bewusstlosen Menschen bringt uns zum Innehalten, zum Besinnen, zu uns selbst und aus dieser Stille heraus, durch Hören, Sehen, Fühlen und Spüren kann Beziehung entstehen, die dazu beiträgt, dass das vom Trauma gezeichnete Leben sich wieder entfaltet und so der Genesungsprozess Schritt für Schritt gefördert wird und zu neuen Selbstbewegungen führt.

Literatur zum Thema:

- Böschmeyer U (1988) Mut zum Neubeginn. Logotherapeutische Beratung in Lebenskrisen. Freiburg: Herder Taschenbuch Verlag.
- Buber M (1986) Begegnung. Heidelberg: Schneider Verlag.
- Dörner K (1994) Leben mit Be-wußt-sein? Eine Annäherung. In Bienstein Ch & Fröhlich K (Hrsg) Bewusstlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte. (10-15). Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Frankl V E (1987) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: Franz Deuticke.
- Frankl V E (1996) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Göttingen; Toronto; Seattle: Huber.
- Frankl V E (1996) Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. München: Piper.
- Fröhlich A (1994) Pädagogische Überlegungen zum Bewusstsein und zur Bewusstlosigkeit. In Bienstein Ch & Fröhlich K (Hrsg) Bewusstlos. Eine Herausforderung für Angehörige, Pflegende und Ärzte (35-43). Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben.
- Längle A (Hrsg) (1988) Entscheidung zum Sein. Logotherapie in der Praxis. München: Piper.
- Längle A (1989) Angst und Zuversicht in der Begegnung. In Rothbacher H & Wurst F (Hrsg) Wir und das Fremde (199-204). Salzburg: Selbstverlag der internationalen pädagogischen Werktagung.
- Längle A (1993) Personale Existenzanalyse. In Längle A (Hrsg) Wertbegegnung, Phänomene und methodische Zugänge. Tagungsbericht 1 und 2/1991(133-160). Wien: GLE
- Längle A (1999) Authentisch leben – Menschsein zwischen Sachzwängen und Selbstsein. In Existenzanalyse 16,1,26-34. Wien: GLE
- Längle A (1999) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. In Existenzanalyse 16,3,18-29. Wien: GLE
- Lévinas E (1999) Die Spur des Anderen. Freiburg/München: Karl Alber Verlag.
- Milz H (1994) Der wiederentdeckte Körper. Stuttgart: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Zieger A (1992) Frühe Dialoge mit komatösen Hirnverletzten. In: Mauritz K-H & Hömberg V (Hrsg) Neurologische Rehabilitation 2 (156-161). Bern: Huber Verlag.

Anschrift der Verfasserin:

Mag. phil. Herta Holzer
Alberstraße 19
A-8010 Graz
e-mail: herta.holzer@kfunigraz.ac.at

Ich pflege als die, die ich bin*

Rolle und Authentizität und ein daraus resultierendes Pflegeverständnis

Marie Luise Schneeweis

Pflege ich aus einer mir zugeschriebenen Rolle heraus oder bin ich bereit mich von der Pflegesituation vom Patienten befragen zu lassen?

Um authentisch pflegen zu können, bedarf es dieser ehrlichen Befragung hinsichtlich der Berufsfindung und des eigenen Selbstverständnisses. Daraus resultiert das eigene Pflegeverständnis.

Schlüsselwörter: Rolle, Authentizität, Pflege

Do I nurse because of a role that has been ascribed to me or am I ready to be called upon by the patient's need for nursing?

In order to nurse in an authentic way, on must ask these questions seriously as far as the choice of one's profession and of oneself is concerned. This will be the basis of one's own concept of nursing.

Key words: role, authenticity, nursing

Der Anlass bzw. der Titel dieses Vortrages hat mehrere Gründe.

Zum einem ist es die Erfahrung, dass sehr viele aus diesem Beruf nach relativ kurzer Zeit wieder ausscheiden, in ein Burnout geraten, zum anderen, dass wir durch die Veränderung der Berufsrolle eine große Möglichkeit erhalten, aus dem ehemaligen medizinischen Hilfsberuf in eine Eigenständigkeit zu gelangen.

Für mich ist diese Spannbreite in der Berufserfahrung eine große Herausforderung, welche ich in diesen Ausführungen aufgreifen möchte.

Die Inhalte beziehen sich nicht auf Fachspezifisches, sondern auf jene Bereiche, die meist jenseits vom Lehrplan bleiben, ich spreche von Bewusstheit, Verantwortlichkeit, Respekt und dem Wissen um sich selbst. Denn diese sind voneinander abhängig, sie

sind ein Zusammenklang von Haltungen und Einstellungen, die man im reifen, seine schöpferischen Kräfte entwickelnden Menschen findet - ich spreche von Bildung und Ausbildung einer reifen Persönlichkeit, diese führt zu einer reifen Rollenfindung bzw. ermöglicht die Fähigkeit einer echten Beziehung.

Krankenpflege wird immer mehr zur Beziehungspflege.

Wir alle wissen um die mannigfache Verflechtung von Gesellschaftsnormen und Berufsverhalten in der Geschichte der Krankenpflege. Auf Grund der immer größer werdenden Bewusstheitsentwicklung der Menschen verändert sich das Weltbild. Der Mensch prägt das Weltbild und das Weltbild den Menschen. Das Menschenbild wirkt wiederum auf die Rolle ein, in die wir uns einfügen und die wir verwirklichen.

Aus dieser Sichtweise wird uns klar, welche Verantwortung jeder Ein-

*Impulsreferat anlässlich des GLE-Kongresses im April 2000 in Wien zum Thema „Wenn der Sinn zur Frage wird“

zelle von uns in diesem Beruf hat, egal ob er zwei Jahre, 20 oder 30 Jahre diesen Beruf ausübt. Er wirkt unwiderruflich auf die kollektive Rolle ein.

Wie komme ich zu dieser Rolle?

Am Beginn erhalten wir von den Ausbildungszentren für Pflegeberufe Wissen vermittelt, aber auch ein Berufsverhalten. Dies dient einer klaren Abgrenzung und Definition unseres Arbeitsfeldes und ist somit ein Schutz. Mit diesem Wissen pflegen und definieren wir unsere Rolle. Dahinter steht die Person, die sich anfangs mit dieser Rolle identifiziert, jedoch sie zunehmend als „sie selbst lebt“. Hier wird folgendes deutlich.

Ob nun die Bestandteile der gesellschaftlichen Werte oder die eigenen inneren Werte mehr auf das Berufsverhalten des Einzelnen einwirken, hängt weitgehend davon ab, wie sich der Betreffende der Bewusstwerdung stellt. Dadurch wird die Person, die dahinter steht, sichtbar.

Der Begriff Rolle ist eng mit der Person verbunden und wurde in Analogie zur Theaterrolle aufgegriffen. Dementsprechend sind die Rollen vorgegeben, die Verhaltensmuster sind lernbar, austauschbar, ablehnbar usw.

Wie bereits gesagt, dient die Rolle als Schutz und ist aus dieser Perspektive positiv zu sehen. Negativ wird sie erst, wenn sich der Träger mit ihr identifiziert und nicht als „er selbst“ lebt. Will der Mensch jedoch über das Rollenverhalten hinauswachsen, so muss er den Weg der Individuation beschreiten und kann so zum eigenen Selbst werden, also zu dem was echt, wirklich und einmalig ist. Es gilt das Selbst aus der falschen Hülle der Rolle einerseits und der Gewalt der kollektiven Identifikation andererseits zu befreien.

Der Zweck der Identifikation als Zwischenschritt zur Authentizität ist somit die Demaskierung der Rollenhaftigkeit, wo Fremdes zum Eigenen gemacht wurde. Das Eigene wird erreicht durch Auseinandersetzung und Stellungnahme der Person.

Wie kann die Person Stellung nehmen?

Um zu einer Stellungnahme zu gelangen, bedarf es der Herausforderung des Eigenen, der Aktivierung der Per-

son in einer Anfrage nach der Position zum eigenen Erleben. Dies kann mit Fragen, wie z.B. den Folgenden geschehen:

- Ist es noch gut, stimmig für mich?
- Wozu habe ich das gewählt?
- Was hat das mit mir zu tun?
- Mag ich meine Tätigkeit?

Menschen, die sich ihren Lebensunterhalt mit der Tätigkeit verdienen, die sie mögen, sind meiner Erfahrung nach jene, die nicht so schnell aufgeben, sich nicht auf viele Kompromisse einlassen. Sie gestatten dem Leben nicht, sie nicht das tun zu lassen, was sie lieben. An dieser Stelle möchte ich den Unterschied von „Tun“ und „Sein“ einfließen lassen, denn es erscheint mir ein relevanter Aspekt im Verständnis von Lebensaufgaben zu sein, wobei der Großteil der Menschen Wert auf das Tun legt.

Wenn man seine höchste Idee durch bloßes Tun, das heißt durch eine Aktivität des Körpers, ein Agieren aus der Absicht des Leistenmüssens heraus erledigt, wird man kaum erleben, diese Idee zu erreichen. Denn das Tun ist dann eine Funktion des Körpers, während das Sein eine Funktion des inneren Selbst, der Person oder des Gewissens ist. Wenn dieses Tun von der Person beseelt wird, dann wird es echt, wertvoll, stimmig. Es wird authentisch.

Mit Authentizität wird eine Haltung beschrieben, die den anderen und sich selbst nicht täuscht. Mehr noch meint es, dass jemand authentisch ist, der nicht nur genau das meint, was er sagt, sondern auch durch sein tiefstes Empfinden dem entspricht, was er äußert, bei dem also inneres Erleben und äußeres Verhalten, Fühlen und Handeln deckungsgleich sind.

Es gilt also zu sein, aber was sein? Dafür braucht es viel Klarheit und Aufrichtigkeit um zu wählen und es dann auch zu erlangen.

Wenn ich sage – „Ich pflege“ - da ist das Tun angesprochen. In dem Satz

„ICH PFLEGE ALS DIE, DIE ICH BIN“

ist das eigene SEIN, das GEWORDENSEIN mit bedacht und enthalten

In diesem umfassenden Verständnis von Pflege hebe oder reduziere ich

den Mitmenschen auf mein eigenes, gewordenes Menschsein. Daraus geht deutlich hervor, dass es neben der Bildung der Ausbildung einer reifen Persönlichkeit bedarf.

In Bezug auf dieses Gewordensein kann man sich folgende Fragen stellen:

- Wo stehe ich derzeit in meinem Leben?
- Woher komme ich in meiner Begegnung mit dem Leben?
- Komme ich aus einem Ort der Angst, der Unsicherheit, des Kampfes?
- Woran liegt das?

Die eine Person ist bei der Arbeit offen, freundlich, sorgsam, hilfreich, zuversichtlich, ja sogar mit Freude bei der Arbeit, während die andere ihre Tätigkeit verschlossen, distanziert, gleichgültig, rücksichtslos oder gereizt ausübt. Hier kann die persönliche Entscheidung einfließen durch eine ehrliche Anfrage:

- Versuche ich zu sein, was ich gerne möchte?
- Wer bin ICH in meinem Beruf als Krankenpflegeperson?
- Was ist mein innerstes Verlangen?

Die noetisch geistige Dimension kann dem Psychophysischen gegenüber treten um die Bedingungen herzustellen, innerhalb denen der Mensch die Erfahrung erschaffen kann. Im Erschaffen ist Schöpfung drinnen, die Schöpfung ist die höchste Idee, die innerste Absicht. Wenn Körper, Geist und Seele in Harmonie und Einheit erschaffen, dann erkennt sich die Person in ihrer eigenen Erfahrung - es wird gewiss, stimmig, authentisch.

Dabei wird es stets eine Aufgabe bleiben, sich dem Ziel anzunähern und sich als die Person zu zeigen, die man gerade jetzt ist. Das heißt, derzeitige Gefühle und Einstellungen zu zeigen, statt sie zu verbergen und dem Gegenüber etwas vorzuspielen. Je mehr jemand das eigene So-Sein und damit auch die eigenen Mängel zu akzeptieren bereit ist, um so mehr wird er glaubwürdig. Dabei ist das Vertrauen in die auftauchenden Gefühle und Impulse entscheidend. Ehrlichkeit und Wahrhaftigkeit bedeuten ja nicht nur, jemanden nicht anzulügen, sondern eine grundsätzliche Haltung, einander nichts vorzumachen. Wir alle befinden uns auf dem Weg zu Etwas und brau-

chen einander. Jede Beziehungsform, sei es beruflich oder privat, jede menschliche Begegnung ist letztlich ein Spiegel für uns Selbst, um uns zu erfahren und uns zu gestalten.

Aus dem bisher Gesagtem stellt sich nun die Frage:

Wie komme ich zu dieser personalen Haltung?

Sehr häufig sind wir beschäftigt unser Ego in Kontrolle zu halten, aus Ängsten die wir haben, also uns zurückzunehmen und zu reduzieren.

Aber wie kann ich zu meinem SELBST finden?

In der Existenzanalyse bedarf es eines dreifachen „JA“:

- Das JA zur Welt
- Das Ja zum Leben
- Das Ja zur Person

Nun wende ich mich noch kurz diesem dreifachen JA zu.

1. Das „JA zur Welt“ - Leben als Raum nehmen

Diese Jahr ist das Basalste und ist die Ausrichtung das Sein zu erhalten.

Der Mensch steht vor der Tatsache, dass er „IST“. Wer sich einerseits dieser Selbstverständlichkeit und andererseits dieser Ungeheuerlichkeit bewusst ist und es auch annehmen kann, vermag schon aus diesem Faktum heraus Halt zu spüren.

Hier geht es um das Annehmen, Halt zu spüren, Raum zu haben, Vertrauen zu entwickeln und Risiko zu überwinden. Ein Mangel an Halterfahrung führt zum Gefühl der Verunsicherung und des Bedrohtseins. Solche Menschen sind empfänglich für starrgewordene Tätigkeiten, an die sie sich klammern, weil sie darin Halt finden. Sie tun alles, um sich diese Form des Lebensraums zu erhalten.

2. Das „JA zum Leben“ - Leben als Wert erleben

Der Mensch steht nicht nur vor der Tatsache, dass er IST, er will auch spüren, dass es gut ist, dass er da ist. Dazu braucht er die Erfahrung von Menschen, die ihm vermittelt haben, dass es gut ist, dass es ihn gibt. Diese Erfahrung wärmt ein Leben lang.

Diese Wertschätzung durch andere ist wie ein Funke, an dem sich die eigene Wertschätzung des Lebens ent-

zünden kann. Dieser Funke kann zu einer Flamme werden und führt zu einer Bewusstheitsentwicklung. Sie bringt mich zu einer Stellungnahme aus der Frage:

Mag ich? Mag ich das tun?

Mit dieser Frage konfrontiere ich mich mit mir. Dafür brauche ich Zeit, Nähe, Zuwendung.

Aus der gelungenen Näheaufnahme resultiert Wärme, ein Berührtsein und sie weckt Lebenskraft. Diese Kraft führt mich weiter in eine Richtung, sie ist also richtungsweisend dahingehend, wie ich Wert und Wohlwollen für mich selbst entwickeln und entfalten kann.

Störungen auf dieser Ebene führen zu blockierter Emotionalität, Beziehungsangst und leicht zu emotionaler Überlastung. Daraus resultiert ein Basisgefühl des Verpflichtetseins.

Solche Menschen sind empfänglich für helfende Berufe, in denen sie trotz ihrer Bemühungen den Schuldgefühlen nicht entkommen und wie in einem Gefängnis eigener Bedürftigkeit sich für andere hergeben.

3. Das „JA zu mir als Person“ - Leben als Recht so zu sein wie ich bin.

Nach dem Ja zur Welt und zum Leben geht es um das Finden und die Anerkennung des Eigenen, des Selbstwertes und der Rechtfertigung der eigenen Existenz vor sich selbst und den anderen.

Die Inhalte dieser Grundmotivationale sind sehr bedeutungsvoll für die eingangs erwähnten Kriterien der Berufsentwicklung. Der Mensch will weder seine Stärken noch seine Schwächen verstecken müssen, er möchte seine Eigenart entfalten und darin unverwechselbar sein. Dazu bedarf es einer Grenzziehung, das heißt die Person bezieht sich auf das Eigene, grenzt sich von den anderen ab und tritt für sich ein. Wenn ich die Grenze für mich nicht ziehen kann, kommt es zu einer Schutzlosigkeit, zu Überforderung, zu Übertreibungen im Handeln und sie machen den Menschen empfänglich für Verlockungen von Selbstwertangeboten, wie es Karriereberufe oder Geld mit sich bringen. Das Streben ist beseelt davon, von den Mitmenschen verehrt und geschätzt zu

werden. In helfenden Berufen kommt es leicht zu einem Nach-Außen-Gehen, zu einem scheinbar „Sich-Einfühlen“, wo ich selbst fehle, welches oft bis zur Selbstaufgabe führen kann. Ein Tun ohne zu Sein.

Im Gegensatz dazu sei die echte Selbsttranszendenz erwähnt, jene Fähigkeit des Menschen, wo er ganz „ER-SELBST“ ist, also seinem Wesen entspricht, authentisch ist in der Zuwendung und Hingabe zu Anderem. Darin lässt sich bereits die Sinnfrage aufspüren, die uns zu einem weiteren JA führt.

4. Das „JA zum Lebenswert“

Hier geht es um die Frage, wie bringe ich mein Leben zum Einsatz, damit es im Gefüge der Welt und meiner Biographie gut wird.

Wer diese existentielle Haltung, für die wie gesagt das dreifachen „JA“ Voraussetzung ist, nicht hat, ist anfällig für Sinnersatz, für Scheinsinne und dies wiederum führt sehr häufig zum Burnout.

Resümee

Nach diesem existenzanalytischen Beitrag kehre ich zu unserem Pflegealltag zurück. Leider ist die berufliche Situation in vielen Spitälern sehr instabil und liegt jenseits dieser Möglichkeiten. Pflegenden fühlen sich zwischen ihrem eigenen Rollenbild, den betrieblichen Anforderungen und den Erwartungen des Patienten oft zerrieben.

Trotzdem, Berufsidentität - so meine ich - erlangt die Pflege, in dem sie sich ihrer eigenen Interessen und Ziele bewusst wird und die Veränderung nicht im Außen erwartet, sondern die Möglichkeiten in sich selbst wahrnimmt. Das Gelingen eines Wandels hat damit seine Quelle im eigenen Selbstverständnis und hängt vom Zugang zur Authentizität ab.

Dies könnte dazu verhelfen, die Berufsrolle mit Freude, mit Erfüllung zu leben und das Ausbrennen in diesem viel versprechenden Beruf zu verhindern.

Anschrift der Verfasserin:

Marie Luise Schneeweis

Weinzingerg.11/22/2

A-1190 Wien

email:

psychotherapie_schneeweis@utanet.at

SCHIRL, C.I., KIMESWENGER I.P.
**Klientenzufriedenheit in
Existenzanalyse und
Logotherapie**

Forum Gesundheit „Gesundheitswissenschaften“
316 S. Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik,
Johannes Kepler Universität, Linz, 2001

Die Erhebung der Klientenzufriedenheit kann seit Beginn der 90er Jahre als Routinevorgangsweise angesehen werden. Die Gründe dafür sind vielfältig; ein wichtiger ist zweifellos die Notwendigkeit, die Effizienz von Therapieprogrammen zu überprüfen und die Kostenexplosion im Gesundheitswesen zu kontrollieren. Die Erhebung der Klientenzufriedenheit erlaubt festzustellen, wie KlientInnen ihre Psychotherapie beurteilen, wie sehr sie damit zufrieden waren oder warum sie auch nicht zufrieden waren.

Das vorliegende Buch untersucht die Klientenzufriedenheit in Existenzanalyse und Logotherapie und leistet damit einen Beitrag zur Erforschung einer in Österreich anerkannten fachspezifischen psychotherapeutischen Richtung. Die hier vorgelegte Arbeit wurde im Rahmen von zwei Diplomarbeiten an der Universität Salzburg unter Aufsicht von Dr. Laireiter und Doz. Sauer durchgeführt. Es ist bedauerlich, dass in Österreich solche wesentlichen Beiträge zur Psychotherapieforschung, zum Teil aus Mangel der öffentlichen Anerkennung der Bedeutung der Psychotherapieforschung, im Rahmen von Diplomarbeiten durchgeführt werden müssen. Allerdings geht die Qualität der hier vorliegenden Arbeit weit über die durchschnittlichen Diplomarbeiten hinaus. Es wird in dem Buch eine umfassende historische Darstellung der Psychotherapieforschung und ihrer Entwicklung, der Katamneseforschung, der Forschung zur Qualitätssicherung und Klientenzufriedenheit vorgelegt. Dieser Teil der Arbeit gibt eine hervorragende Übersicht über den derzeitigen Stand der Forschung in diesen Bereichen und kann allen diesbezüglich Interessierten wärmstens empfohlen werden. Da es sich bei diesem Buch um die Messung der Klientenzufriedenheit in Existenzanalyse und Logotherapie handelt, haben die AutorInnen auch eine umfassende Darstellung der Theorie der Existenzanalyse nach Länge geliefert.

Schließlich geben die AutorInnen eine sehr genaue Vorstellung ihrer empirischen Studie. Sie klammern dabei auch die Problematik der empirischen Psychotherapieforschung nicht aus, die sich unter anderem darin zeigte, dass 102 PsychotherapeutInnen in Deutschland, Österreich und der Schweiz angefragt wurden, ob sie sich an der Studie beteiligen würden, und nur 26 TherapeutInnen das Untersuchungsset angefordert haben. Ich halte es für außerordentlich bedauerlich, dass die Psychotherapeutinnen ihre Beteiligung an der Psychotherapieforschung derartig zurückhaltend auslegen und dies insbesondere bei einer Studie, die auf Datenschutz und ethische Richtlinien der Forschung im ganz besonderem Maße Rücksicht genommen hat. Diese Rücksichtnahme hat den Forschungsaufwand für die AutorInnen deutlich erhöht, trotzdem haben offensichtlich die

angeschriebenen PsychotherapeutInnen die Notwendigkeit der Beteiligung an derartigen Forschungsvorhaben nicht erkannt.

Der Vorteil der vorgelegten Studie liegt darin, dass eine Katamnese von Psychotherapien unter Alltagsbedingungen durchgeführt werden konnte. Das heißt, dass nicht speziell ausgelesene PatientInnen in speziellen Forschungseinrichtungen behandelt wurden. Das spiegelt sich auch im Anteil von Therapieabbrüchen wieder.

Grundsätzlich war ein hohes Maß an Klientenzufriedenheit feststellbar. Über 60% der befragten KlientInnen waren mit ihrer Therapie zufrieden. Dem steht allerdings gegenüber, dass über 21 % der KlientInnen angaben, ihr Problem nicht gelöst zu haben, und dass festgestellt werden konnte, dass die Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Befragung eindeutig mit der Zufriedenheit der Therapie korreliert. Das bedeutet, dass je besser die momentane Befindlichkeit zum Zeitpunkt der Befragung war, desto höher war auch die Zufriedenheit mit der Therapie.

Die vorliegende Arbeit zeichnet sich durch ein hohes Maß an Genauigkeit aus. Es wurden eine Vielzahl von KlientInnen- und TherapeutInnendaten erhoben und deren Korrelation mit der KlientInnenzufriedenheit überprüft. Im Wesentlichen entsprechen die Ergebnisse dieser Studie dem bereits aus der Literatur bekannten Ergebnissen. Allerdings geben einige Detailergebnisse Hinweise für weitere Forschungsprojekte. So haben z. B. weibliche TherapeutInnen zufriedener KlientInnen, was bei dem hohen Anteil weiblicher PsychotherapeutInnen in Österreich insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit der Therapie bedeuten müsste.

*Elisabeth Jandl-Jager, Wien
aus: Psychotherapieforum 9,3,2001, S 143*

NICOLAS HOFFMANN & HENNING SCHAUBENBURG

Psychotherapie der Depression

Thieme Verlag, Stuttgart, 2000, 199 Seiten,

ISBN 3-13-126061-0

Da eine Depression häufig entweder von körperlichen Symptomen überlagert wird oder als Begleiterkrankung im Kontext mit einer somatischen Grundkrankheit wie etwa Diabetes oder einer Krebserkrankung vorliegen kann, wird das depressive Krankheitsbild oft nicht sofort als solches erkannt und bleibt dabei auch unbehandelt. Gezielte Exploration und exakte Anamnese sind daher notwendig, um Depressionen richtig zu diagnostizieren. Oft schwere und zum Teil lang anhaltende Erkrankungen sowie ein erhöhtes Suizidrisiko rechtfertigen sicherlich die Dringlichkeit einer sachgemäßen Behandlung.

Als Arzt und Suchttherapeut werde ich selbst im klinischen Alltag immer wieder mit depressiven Menschen und deren Behandlung konfrontiert.

Dieses Buch vermittelt den aktuellen Wissensstand über Diagnostik und therapeutische Ansätze der depressiven Erkrankung und soll sowohl Fachärzte wie auch niedergelassene Praktiker dazu motivieren, diesem Gebiet wieder mehr

Beachtung zu schenken.

Das erste des insgesamt 16 Kapitel umfassenden Buches bringt vor allem Symptomatologie und Phänomenologie der depressiven Erkrankung sehr gut zur Darstellung. Hinsichtlich Diagnostikkriterien der affektiven Störungen werden die Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 einander gegenübergestellt. Epidemiologie, Verlauf und Prognose sowie Comorbidität werden ebenfalls in diesem Kapitel abgehandelt. Weitere Kapitel beschäftigen sich mit der therapeutischen Versorgung im allgemeinen sowie in der Folge mit schulspezifischen psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. Besonderes Augenmerk wird dabei auf verhaltenstherapeutische, psychoanalytische, gesprächspsychotherapeutische und systemorientierte Verfahren gelegt. Als einer der wirksamsten psychologischen Depressions-therapien wird nicht zuletzt die IPT (Interpersonelle Psychotherapie) genannt. Mit den therapeutischen Hilfen bei der Sinnfindung befasst sich schließlich der existenzanalytische Ansatz. Die Konzepte der stationären Psychotherapie werden in einem eigenen Kapitel ausführlich beschrieben. Als sehr wesentlich erachte ich vor allem die Darstellung und Abhandlung von Verschränkung und Interaktionen psycho- und pharmakotherapeutischer Maßnahmen in Kapitel 11. Auch auf die wichtige Rolle der Arzt-Patient-Beziehung wird in diesem Buch besonderer Wert gelegt. Weitere Schwerpunktthemen sind Suizidalität und Krisenintervention, Trauerreaktion und ihre therapeutische Begleitung sowie die Behandlung von Wochenbett-erkrankungen, Screeningmethoden und standardisierte Evaluation der Therapien im Zuge von Qualitätssicherung und -management bilden den Abschluss dieses Buches.

Die Vermittlung der Kenntnisse erfolgt praxisorientiert und fallbezogen. Die wesentlichen Inhalte des Buches werden durch markierte Textabschnitte besonders hervorgehoben. Übersichtliche Zusammenfassungen geben einen kurzen Überblick über jedes einzelne Kapitel. Das vorliegende Buch spricht Ärzte, Psychologen und Psychotherapeuten gleichermaßen an und ermöglicht die rasche Umsetzung des Erlernten in die Therapiepraxis.

Helmut Jarosik

Der Brockhaus. Psychologie. Fühlen, Denken und Verhalten verstehen.

704 Seiten, gebunden, • 49,95 (in D)

Ein umfangreiches neues Psychologie-Lexikon für den interessierten Laien ist jüngst von der traditionsreichen Lexikonredaktion des Hauses Brockhaus erschienen. Über 3.500 Stichworte werden leicht verständlich (und für den Leserkreis passend: i.a. ohne Angaben weiterer Literatur) erklärt. Dem visuellen Bedürfnis und stellenweise sichtlich zur Auflockerung des Buches sind einzelne Stichworte mit Fotos, Zeichnungen oder Schemata illustriert. 120 Infokästen geben einen aktuellen Bezug von Themen und stellen aktuell laufende Diskussionen dar. 25 Sonderartikel bieten ausführliche Information zu Themen wie Angst, Depression, Kommunikation, Mobbing, Partnerschaft, Psychoanalyse, Schmerz, Sexualität, Sucht oder Traum. Bei Begriffen,

deren Nachschlagen vom Leser u.U. von einem Bedürfnis nach Hilfe motiviert sein kann, wird auf leicht verständliche Fachliteratur verwiesen, so z.B. bei Stichworten wie Zwang, Angst, Depression, Eßstörungen, sexueller Mißbrauch, sexuelle Störungen.

Leseprobe zur Existenzanalyse: „von Viktor Emil Frankl begründete, auf der Psychoanalyse beruhende Methode, bei der die Geschichte eines Individuums unter dem Gesichtspunkt von Sinn- und Wertbezügen durchforscht wird. Dabei liegt der Gedanke zugrunde, dass neben einem Willen zur Lust (wie ihn Sigmund Freud beschrieb) und einem Willen zur Macht (den v.a. Alfred Adler konstatierte) ein Wille zum Sinn das Verhalten des Einzelnen weitgehend beeinflusst. Wenn dieses Sinngebungsbedürfnis unerfüllt bleibt, entstehen nach dieser Theorie Neurosen. Die von Frankl entwickelte Logotherapie soll dem Patienten bei der Suche nach demjenigen Sinn behilflich sein, der seiner individuellen Wertgeschichte entspricht.“

Auch wenn in der GLE die Existenzanalyse wohl etwas anders beschrieben wird, kann doch von einem insgesamt modernen, gut gelungenen Buch gesprochen werden, das viel dazu beiträgt, was in seinem Untertitel angekündigt wird: Fühlen, Denken und Verhalten verstehen.

Alfried Längle

REZENSIONSBÜCHER

- Zielinski Ch (Hrsg) **Medizin im Internet: Schwerpunkt Onkologie.** Wien: European School of Oncology, 1999
- Braun-Scharm H (Hrsg) **Depressionen und komorbide Störungen bei Kindern und Jugendlichen.** Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH 2002
- Bowlby J **Frühe Bindung und kindliche Entwicklung.** München: E. Reinhardt 2001, 4. Auflage
- Odgen Th H **Frühe Formen des Erlebens.** Wien/New York: Springer 2000
- Heimannsberg B, Schmidt-Lellek Ch J (Hrsg) **Interkulturelle Beratung und Mediation.** Köln: Ed. Humanistische Psychologie, 2000
- Springer-Kremser M, Ringler M, Eder A (Hrsg) **Patient Frau. Psychosomatik im weiblichen Lebenszyklus.** Wien/New York: Springer, 2001, 2. Auflage
- Ambühl H, Strauß B **Therapieziele** Göttingen: Hogrefe, 1999
- Franz M, Lieberz K, Schepank H (Hrsg) **Seelische Gesundheit und neurotisches Elend** Wien/New York: Springer, 2000
- Loch W **Die Krankheitslehre der Psychoanalyse** Stuttgart: S. Hirzel Verlag, 1999, 6. Auflage
- Dammann G, Janssen P L (Hrsg) **Psychotherapie der Borderline-Störungen** Stuttgart: Thieme, 2001
- Pervin L A **Persönlichkeitstheorien** München: E. Reinhardt, 2000, 4. Auflage
- Wagner R F, Becker P (Hrsg) **Allgemeine Psychotherapie: Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen** Göttingen: Hogrefe, 1999
- Dienelt K **Pädagogische Anthropologie. Eine Wissenschaftstheorie.** Köln: Böhlau, 1999
- Heuft G, Senf W **Praxis der Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Das Manual zur Psy-BaDo.** Stuttgart: Thieme, 1998
- Rudolf G **Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage.** Stuttgart: Thieme, 2000, 4. Auflage
- Senf W, Broda M (Hrsg) **Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie.** Stuttgart: Thieme, 2000, 2. Auflage

NEUE ARBEITEN AUS DER EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE

In dieser Rubrik wollen wir den großen Fundus an Bearbeitungen existenzanalytischer Themen bekanntmachen. Es sollen sowohl in anderen Medien veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten zur Existenzanalyse als auch die Abschlußarbeiten zur Beratungs- und Therapieausbildung vorgestellt werden. Gleichzeitig möchten wir Sie auf das nun vorliegende Gesamtverzeichnis mit Stichwortregister aller bis September 2000 vorliegenden Abschlußarbeiten, inklusive Diplomarbeiten und Dissertationen, die als Abschlußarbeit anerkannt wurden, hinweisen. Es ist, wie das Publikationsverzeichnis der GLE, über unser Sekretariat zu beziehen.

ABSCHLUSSARBEITEN

Die Beziehungsgestaltung zwischen dementen Menschen und ihren Betreuenden

Christiane Albrecht-Podschus

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Betreuung von Demenzkranken im Seniorenheim und der personalen Haltung ihnen gegenüber. Das Personenverständnis V.E. Frankls und die Grundmotivationen von A. Längle bilden den Ausgangspunkt. Im nächsten Schritt wird die Validation von N. Feil als eine hilfreiche Methode, dem Erkrankten zu begegnen, vorgestellt und als eine Ergänzung zur Logotherapie und existenzanalytischen Begleitung bei der Beziehungsgestaltung mit alten verwirrten Menschen gesehen. Abschließend wird ein Betreuungskonzept für die Tagesbetreuung von verwirrten Menschen im Seniorenheim erstellt, das auf diesen Grundlagen beruht.

Schlüsselwörter: Demenz, Beziehungsgestaltung, existenzanalytische Begleitung, Validation

Vom Geist der Beziehung in der existenzanalytischen Anthropologie. Seine Geschichte und möglichen Folgen

Mag. Gabriele Brandmaier

Grundsätzlich geht es in diesem Projekt um die Frage, wie ich das revolutionäre Menschenbild Viktor Frankls nicht nur wissen und verstehen, sondern wie ich es auch in der therapeutischen Beziehung wirksam werden lassen kann. Mich interessiert die Haltung des Therapeuten hinter den Methoden.

Diese Frage führt im allgemeinen Teil der Arbeit, wo es um die Suche nach dem Wesen des Menschen geht, zur **Entwicklungsgeschichte des Begriffes „Geist“**, der bei Buber und der **jüdisch-christlichen Tradition** „Beziehung“ meint.

In der anschließenden Ausfaltung der existenzanalytischen Anthropologie (Frankl, Längle) wird deutlich, dass dieser Beziehungsbegriff auch hier enthalten ist und im konkret gelebten Leben, im personalen Bezogensein, die Überwindung der Subjekt-Objektspaltung bedeuten könnte.

Die Traumauffassung von Veronica Gradl im Dialog mit der Existenzanalyse zeigt einen konkreten Weg, wie das „Aufwachen des Beziehungsbewusstseins“ im Menschen gelingen könnte, in Richtung personale Beziehung, das heißt in Richtung Genauigkeit der „Ich-Du-Beziehung-Liebe.“

Schlüsselwörter: Subjekt-Objektspaltung, Geist, Geist der Beziehung, existenzanalytische Anthropologie, Traum

Existenzanalytische Studie zur personalen und existentiellen Entwicklung von Jugendlichen im Alter von 16 bis 19 Jahren

(Existenzskala und Studie „Sinn 2000“)

Mag. Margit Janouch

110 Jugendlichen zwischen 16 und 19 Jahren aus dem ländlichen Bereich wurde in einer ersten Studie die Existenzskala (Längle, Orgler) vorgelegt, um die Ausprägung der noetischen Fähigkeiten in diesem Alter zu erfassen. Die Ergebnisse zeigen, dass Menschen unter 20 Jahren deutlich weniger in der Lage sind, noetische Fähigkeiten einzusetzen als Erwachsene, wobei ältere Jugendliche erwartungsgemäß besser abschneiden als jüngere. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind auch hier nicht signifikant.

Mit 30 Jugendlichen wurden in einer zweiten Studie im Rahmen der „Sinn 2000“ Studie (Tutsch u.a.) ein mündliches Interview, ein Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (Görz) und der Test zur existentiellen Motivation (Längle, Eckardt) durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass die jungen Menschen sich überwiegend mit Fragen und Problemen beschäftigen, welche die 3. Grundmotivation betreffen, wie sie um die Anerkennung der eigenen Person und ihrer Fähigkeiten ringen und an den einseitigen Anforderungen der Leistungsgesellschaft leiden.

Schlüsselwörter: Jugendliche, Entwicklung, Existenzskala, Grundmotivationen, personale und existentielle Fähigkeiten

Auseinandersetzung mit dem Älterwerden aus Sicht der Existenzanalyse

Therese Jones-Schläfli, Erika Luginbühl-Schwab

Die vorliegende Arbeit ist eine existenzanalytische Untersuchung zum Thema „Auseinandersetzung mit dem Älterwerden“. Sie basiert auf einer Interviewbefragung von 20 Personen, die im Ruhestand leben.

Der theoretische Teil gibt eine Übersicht über die psychologischen Alternstheorien, welche aus existenzanalytischer Sicht diskutiert und ergänzt werden. Im Untersuchungsteil wird dargestellt, mit welchen personal-existentiellen Grundmotivationen die Untersuchungspersonen bei der konkreten Lebensgestaltung beschäftigt sind. Im Weiteren wird aufgezeigt, wie die älteren Menschen auf einer geis-

tig-personalen Ebene mit schwierigen Lebenserfahrungen und dem Älterwerden umgehen.

Die Arbeit möchte aufzeigen, dass das Alter nicht nur durch Abbauprozesse dominiert wird, sondern dass es die Chance zu einer persönlichen Weiterentwicklung und Reife in sich birgt.

Schlüsselwörter: Existenzanalytische Untersuchung zum Älterwerden, Alternstheorien, personal-existentielle Grundmotivationen, Reife

Vom Über-Ich zum Gewissen Oder: Von der äußeren Autorität zur Freiheit Mag. Christan Kessler

Ausgehend von einer Darstellung des Über-Ich (Freud) sowie des Gewissens (Frankl, Fromm) wird in dieser Arbeit versucht zu zeigen, wo die wesentlichen Unterschiede zwischen den "beiden Gewissen" liegen, und inwiefern sie auch wieder zusammenhängen. Das Über-Ich erweist sich dabei als autoritäre, fremdestimmte Vorstufe des reifen, autonomen Gewissens. Auf der Basis einer ganzheitlichen Anthropologie, welche den Menschen als Einheit von Körper, Seele und Geist begreift, steht dieses Konzept des Gewissens in einem direkten Zusammenhang mit dem Problem der Willensfreiheit. Anhand des Freiheitsbegriffs von Frankl wird deutlich, dass das Gewissen jene Instanz ist, die selbstverantwortliches und freies Handeln erst ermöglicht. Freiheit ohne Gewissen wäre bloße Willkür. Abschließend wird am Beispiel von Logotherapie und Personaler Existenzanalyse dargestellt, welche grundlegende Bedeutung die hier vertretene Anschauung des Gewissens für die psychotherapeutische Praxis hat.

Schlüsselwörter: Über-Ich, Gewissen, Person, Verantwortung, Freiheit

Eine kritische Betrachtung der Denkansätze von Edmund Husserl und Karl R. Popper - ihr Bezug zum therapeutischen Konzept Viktor Frankls und die daraus folgende Relevanz für das therapeutische Arbeiten Barbara Lang

Begonnen wird mit dem Aufweis der historischen bzw. ideengeschichtlichen Rahmenbedingungen, unter denen die beiden Philosophen Husserl und Popper ihre Denkansätze entwickelten. Sie zeigen, daß beide Philosophen im wesentlichen mit denselben Hauptströmungen verschiedener Denkrichtungen konfrontiert waren, wie sie sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts manifestierten, natürlich mit anderen Akzentuierungen und unterschiedlich fortgeschrittenen Diskussionsständen.

Nach dieser Einleitung ist es erforderlich, zu beschreiben,

- in welchen Denktraditionen sie stehen,
- an welche Problemstellungen sie anknüpfen,
- welche Methoden sie verwenden und
- zu welchen Problemlösungen sie vorstoßen.

Dabei wird der Hauptakzent bei der Gegenüberstellung der Denkansätze auf Aspekte

- des Erkenntnis- und

- des Wahrheitsproblems

gelegt, die auch für die therapeutische Praxis relevant sind. Im Zusammenhang mit dem Problem der Unmittelbarkeit des Zugangs zur Erkenntnis kommt der Sprache und dem sog. Alltagsverstand ein besonderer Stellenwert zu. Diese beiden Themen werden daher auch gesondert ausgeführt. Um die Relevanz der theoretischen Überlegungen für die therapeutische Praxis aufzeigen zu können, werden die Arbeitsergebnisse thesenartig zusammengefaßt und es wird versucht, sie in einem Querverweis zu V. Frankl zu reflektieren. Dabei kommt man zu dem Schluß, daß Frankl die Position des kritischen Realismus und der klassischen Wahrheitstheorie (Korrespondenztheorie) einnimmt. Diese Standpunkte werden in einer seiner Hauptthesen zusammengefaßt: "Sinn ist eine Möglichkeit auf dem Hintergrund der Wirklichkeit."

Die Biodynamische Körperpsychotherapie im Spiegel der existenzanalytischen Störbilder Angst, Depression und Hysterie Annemarie Leeb

In der vorliegenden Arbeit werden zwei Therapieformen, die als antithetisch angesehen werden, verglichen. Es geht darum, ob es trotz grundlegend unterschiedlicher Denkansätze zu einer methodenübergreifenden, praxisbezogenen Anwendung beider Richtungen kommen kann: kann der personal-existentielle Ansatz der Existenzanalyse mit dem psychodynamischen der Biodynamik kombiniert werden? Nach einer Einführung in die Grundlagen der Biodynamischen Körperpsychotherapie werden anhand eines Vergleichs der psychischen Störbereiche Angst, Depression und Hysterie, sowie der damit in Zusammenhang stehenden körperlichen Phänomene, Gemeinsamkeiten, aber auch Ambivalenzen und Unterschiede zur Existenzanalyse herausgearbeitet. Anschließende Fallbeispiele untermauern die Berührungspunkte in ihrer praktischen Wirkungsweise. *Schlüsselwörter:* Existenzanalyse, Biodynamische Körperpsychotherapie, Integration von Psychotherapie

Psychodrama und Existenzanalyse/Logotherapie, Bibliodrama und Personale Existenzanalyse - der Versuch einer Verbindung dieser Psychotherapieschulen in Theorie und Praxis Dr. Maria Reiss-Pawlitschko

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, die Vernetzung von Psychodrama und dem aus ihm hervorgegangenen Bibliodrama mit der Existenzanalyse aufzuzeigen. Nach einer Kurzbeschreibung dieser Therapieschulen werden Jakob L. Moreno und Viktor E. Frankl als Begründer des Psychodramas respektive der Logotherapie und Existenzanalyse vorgestellt, ehe auf die Menschenbilder dieser beiden Schulen sowie auf die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA) eingegangen wird. Im Anschluss daran wird das therapeutische Konzept der PEA in Verbindung mit dem Psychodrama/Bibliodrama gebracht sowie das klassische Psychodrama mit dem Biblio-

drama verglichen. Danach werden die Handlungstechniken des Psychodramas kurz vorgestellt. In der gesamten Arbeit verlebendigen Beispiele aus meiner vierjährigen existenzanalytischen Praxis mit dem Bibliodrama den theoretischen Hintergrund. Ein Originalprotokoll gibt zum Abschluss den Verlauf und Inhalt eines existenzanalytischen Bibliodramas getreu wieder und dient der Verifizierung meiner Ausgangshypothese: Die PEA eignet sich ausgezeichnet für die Kombination mit der Methode der Psychotherapierichtungen Psychodrama/Bibliodrama.

Schlüsselwörter: Bibliodrama, Biografische Existenzanalyse, Feedback, Grundmotivationen, Gruppenpsychotherapie, Hilfs-Ich, Identifikation, Logotherapie und Existenzanalyse, Menschenbilder, Personale Existenzanalyse, Protagonist, Psychodrama, Rolle, Rollenspiel, soziales Atom, Spiegeln, Widerstandsarbeit, Zauberladen

Untersuchung über die Fähigkeit der Existenzbewältigung während der Haft und dem Einfluss durch Betreuungsmassnahmen (Group Counseling) in Justizanstalten mittels Logotest und Existenzskala

Dr. Gabriele Weghaupt

180 Insassen in österreichischen Strafanstalten wurden zur Erhebung ihrer existenziellen Verfassung unter der besonderen Belastung einer rechtskräftigen Verurteilung und des Freiheitsentzuges mit der Existenzskala befragt. Gleichzeitig wurde der Logo-Test zur Messung der existenziellen Frustration/Sinnlosigkeit vorgegeben.

Inhaftierte zeigten im Vergleich mit der österreichischen Bevölkerung nur wenig schlechtere Ergebnisse: Die Unterschiede bei der Existenzanalyse sind nicht - jene des Logo-Tests - sind signifikant. Beim Vergleich von zwei Insassen-Gruppen (mit oder ohne spezieller Betreuung durch Group Counselling) zeigten sich keine messbaren Unterschiede bei den Ergebnissen.

Verdrängen der Haftsituation, Beantwortung der Fragen der Existenzskala in Bezug auf Situationen vor oder ausserhalb der Haft und Vermeidung bestimmter Themen - die Sinnhaftigkeit des Lebens betreffend - dürften die nur geringen Abweichungen bei den Ergebnissen im Vergleich der Strafgefangenen mit der Gesamtbevölkerung erklären. Wegen Fehlens einer Kontrollgruppe ist jedoch Vorsicht bei dieser Interpretation geboten.

Schlüsselwörter: Gefangenenbetreuung, Existenzskala, Logo-Test, Existenzbewältigung, Group Counselling

Wahrnehmung und Be-Deutung von Allergischen Körperreaktionen aus Existenzanalytischer Sicht

Magarethe Wohlgenannt

Diese Arbeit beschäftigt sich mit allergischen Erkrankungen und deren psychischen und seelischen Hintergründen und Zusammenhängen. Es wird versucht, aus existenzanalytischer Sicht eine Be-Deutung bei Rückfällen und Therapieresistenzen zu finden, dies anhand von drei Fallbeispielen. Es wird weiter aufgezeigt, wie sich Leben und

Krankheit verändern können, wenn ein Verständnis dieser Zusammenhänge gelingt.

Schlüsselwörter: Allergien, Stoffwechselerkrankungen, Psychosomatischer Formenkreis, Existenzanalytische Betrachtung, Personale Grundmotivationen

Sterben ist Leben Hospizpraxis - Sterbebegleitung Konrad Wutscher

Ausgehend vom derzeitigen Hospizkonzept wird in dieser Arbeit der Versuch gemacht, sich dem existenziellen Faktum der Sterblichkeit des Menschen anzunähern.

Es geht nicht um die philosophische Betrachtung des Todes, sondern um den existenzanalytischen Ansatz, dass die Tatsache der Sterblichkeit des Menschen von grundlegender Bedeutung für ein verantwortetes und erfülltes Leben ist.

Bei der Begleitung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase muss aber häufig davon ausgegangen werden, dass man auf Patienten trifft, die ihr Leben nicht als erfüllt erleben und keine positive Einstellung zu ihrem Sterben finden können. Was soll der Sterbebegleiter wissen und welche Möglichkeiten bietet die Logotherapie und Existenzanalyse für diese Situation an? An zwei Beispielen aus der Hospizpraxis werden diese Möglichkeiten veranschaulicht. Ein Aufruf, sich rechtzeitig, bevor es zu spät ist, auf sein Leben einzulassen, schließt die Arbeit ab.

Schlüsselwörter: Hospizkonzept, Würde, Sterblichkeit, Sterbebegleitung, Vergangenheit, Halt, Zuwendung, Wertschätzung, Sinn

DIPLOMARBEITEN

Auswirkungen der Arbeitslosigkeit im Mittleren Lebensalter auf das Psychische Wohlbefinden

Caroline Inaebnit

Das mittlere Lebensalter wurde lange Zeit in der Forschung vernachlässigt, obwohl sich in dieser Entwicklungsphase zahlreiche normative und nicht-normative Lebensereignisse und Transitionen ereignen. Zentraler Lebensbereich neben der Familie ist der Arbeitsbereich, welcher neben materiellen Ressourcen eine kontinuierliche Basis für Selbstwert, Kompetenzgefühle, Sinn und allgemeines Wohlbefinden bietet und zudem die soziale Integration in die Gesellschaft fördert. Die existentielle Bedeutung der Berufstätigkeit wird meistens erst offenbar, wenn jemand plötzlich arbeitslos wird. Eine längerfristige Arbeitslosigkeit im mittleren Lebensalter führt zu negativen Auswirkungen auf das allgemeine (physische, psychische und soziale) Wohlbefinden, welches eine wichtige Voraussetzung ist für ein erfolgreiches Altern in späteren Jahren.

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf einem ressourcenorientierten Modell des psychischen Wohlbefindens (Perrig-Chiello, 1997). Als psychische Ressourcen des Wohlbefindens wurde die selektive und kompensatorische primäre bzw. sekundäre Kontrolle (Heckhausen &

Schulz, 1993; 1995) und die personalen Fähigkeiten für eine sinnvolle Lebensgestaltung nach der existenzanalytischen Anthropologie von Frankl (Längle, Orgler & Kundi, 2000) untersucht. Es sollte dabei herausgefunden werden, inwiefern diese Ressourcen als Prädiktoren des psychischen Wohlbefindens und dessen Dimensionen Lebenszufriedenheit, Lebenssinn, Mastery und den zeitlichen Wohlbefindens-Dimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft fungieren. Zusätzlich wurden soziale Ressourcen (z.B. ehrenamtliche Tätigkeiten, Kontakthäufigkeit mit Nachbarn etc.) und Daten zur psychosozialen Lebenssituation im mittleren Lebensalter erhoben.

42 arbeitslose Männer und Frauen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren aus der Region Bern wurden in bezug auf ihr psychisches und physisches Wohlbefinden und ihre sozialen und psychischen Ressourcen mit 269 Personen aus einem Projekt, das die differentiellen und entwicklungspsychologischen Aspekte von Ressourcennutzung und Lebensperspektiven bei Transitionen im mittleren Lebensalter in der Normalpopulation untersucht, verglichen. Die Arbeitslosen unterscheiden sich in allen Dimensionen des psychischen Wohlbefindens, dem physischen Wohlbefinden sowie in ihren psychischen und sozialen Ressourcen signifikant negativ von der Vergleichsgruppe. Vor allem die arbeitslosen Männer sind zum Teil massiv in ihrem psychischen Wohlbefinden und in ihren sozialen Ressourcen (familiäres Netz, Mangel an alternativen Aufgaben und Tätigkeiten) beeinträchtigt.

Von den psychischen Ressourcen hat sich in erster Linie die Selbstdistanzierung, d.h. die Fähigkeit, von sich selbst und seinen Gefühlszuständen Abstand zu nehmen, über die verschiedenen Dimensionen des psychischen Wohlbefindens hinweg als signifikanter Prädiktor erwiesen.

Ressourcen des psychischen Wohlbefindens bei der Bewältigung stiller und altersnormierter Transitionen.

Lizentiatsarbeit phil.-hist. Fak. Univ. Bern (2001)
Gerda Ritter

Bei dieser Arbeit geht es um die Frage nach dem Einfluss von altersnormierten und stillen Transitionen auf das Wohlbefinden sowie nach der Rolle, welche die psychischen und sozialen Ressourcen im Hinblick auf das psychische Wohlbefinden spielen.

Es werden zwei Gruppen von Frauen hinsichtlich ihres psychischen Wohlbefindens und der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen untersucht und verglichen. Die erste Gruppe besteht aus 35 Frauen, welche dabei sind, eine berufliche Weiterbildung zu absolvieren, sich also in einer stillen Transition befinden. Diese Gruppe wird verglichen mit 105 Frauen aus dem Nationalfondsprojekt „Differentielle entwicklungspsychologische Aspekte von Ressourcennutzung und Lebensperspektiven bei Transitionen im mittleren Lebensalter“, Schwerpunktprogramm „Zukunft der Schweiz“ des Schweizerischen Nationalfond, das unter der Projektleitung von PD Dr. Pasqualina Perrig-Chiello durchgeführt wurde. Die beiden Gruppen unterscheiden sich bezüglich ihres psychischen Wohlbefindens nicht

voneinander, sodass die Theorien, welche einen Unterschied im psychischen Wohlbefinden zwischen den beiden Gruppen von Frauen in normativen und nonnormativen Transitionen postulieren, nicht bestätigt werden können. Hingegen bestehen Unterschiede bei den psychischen und sozialen Ressourcen. Für beide Gruppen haben sich als hauptsächliche negative Prädiktoren für das habituelle psychische Wohlbefinden bei den psychischen Ressourcen die Persönlichkeitsdimensionen Offenheit und Neurotizismus (Messinstrument NEO-FFI) sowie ein hohes Verantwortungsgefühl (Messinstrument ESK) erwiesen; die sozialen Ressourcen erwiesen sich nicht als prädiaktiv.

Weitere Arbeiten:

Keller Damian (2001) Sinnfragen im Lebensrückblick – eine Standortbestimmung für Senioren. Studienarbeit an der Abt. f. Klin. Psychologie der Univ. Zürich (in GLE-Bibliothek) – Eine Literaturarbeit zur Sinnthematik

DISSERTATION

Einstellung zum Suizid, existentielle Motivation und Suizidalität.

*Eine vergleichende empirische Studie mit suizidpräventiv relevanten Berufsgruppen und einer klinischen Stichprobe im Rahmen des Projektes:
Suizidprävention Salzburg
Mag. Anton Nindl*

Neben der vertiefenden Darstellung von Suizidalität aus verschiedenen Perspektiven wird in der vorliegenden Arbeit die existenzanalytische Sichtweise der Suizidalität vorgestellt. Zusätzlich zum aktuellen Forschungsstand bezüglich der Einstellungen zum Suizid wird die Thematik im Licht verschiedener Epochen und Denkweisen beleuchtet. Im empirischen Teil wird eine Untersuchung mittels Fragebogenmethode (Attitudes towards Suicide, Salander-Renberg & Jacobsson, 1998; Test zur existentiellen Motivation, Längle & Eckhardt, 2000) zu Einstellungen zum Suizid, existentieller Motivation und Erfahrungen mit selbst erlebter Suizidalität mit Ärzten, Lehrern, Pflegeschülern, Politikern und Patienten einer Kriseninterventionsstation referiert.

Vergleiche der Berufsgruppen bzw. der Patientengruppe zeigen eindeutige Unterschiede in den Einstellungen zum Suizid. Für die Patientengruppe können tendenziell permissivere Einstellungen und eine Neigung zum Tabuisieren nachgewiesen werden. Das Ausmaß der existentiellen Motivation zeigt neben den signifikanten Unterschieden zwischen den Berufsgruppen und der Patientengruppe auch einen eindeutigen Zusammenhang mit Erfahrungen von selbst erlebter Suizidalität. Im komplexen Modell der Klassifikationsbäume und Neuronalen Netze können die Werte für die existentielle Motivation als gewichtigste Prädiktorvariablen für Suizidalitätserfahrungen identifiziert werden. Die theoretisch dargelegte existenzanalytische Sichtweise kann empirisch bestätigt werden. Die gefundenen Zusammenhänge

menhänge zwischen Einstellungen zum Suizid einerseits und existentieller Motivation und Erfahrungen mit selbst erlebter Suizidalität andererseits bestätigten die Komplexität von Einstellungen zum Gegenstandsbereich. Die Heterogenität der hier erfragten Einstellungen wird zwar durch die Befunde gebündelt, nämlich in der Form, dass Patienten tendenziell eher ein Recht auf den Suizid beanspruchen, mehr durch Vorurteile geprägt sind und weniger Wissen über und Verständnis für suizidale Phänomene haben. Sie erachten für sich selbst Suizidalität eher als mögliche Coping-Strategie, tabuisieren stärker und sehen Auslöser vermehrt in sozialen Beziehungen. Allerdings kann daraus weder eine Aussage über einen Ursache-Wirkungs-Zusammenhang abgeleitet, noch eine im Sinne einer anzustrebenden Veränderung bestimmter Einstellungen vorgegeben werden. Die überwiegende Mehrheit der Untersuchungsteilnehmer ist für eine umfassende Suizidprävention.

Schlüsselwörter: Einstellungen zum Suizid – Existentielle Motivation - Suizidalität

PUBLIKATIONEN

- Görtz A., Längle A., Rauch J., Haller R. (2001) **Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse im stationären Setting.** In: Hofmann P., Lux M., Probst Ch., Steinbauer M., Zapotoczky H.G., Zeiringer H. (Hrsg.) *Klinische Psychotherapie Update 2001.* Linz: Univ.-Verlag Trauner, 24-33
- Längle A. (2001) **Old age from an existential-analytical perspective.** In: *Psychological Reports* 89, 211-215
- Längle A. (2001) **Psychotherapie – Methode oder Spiritualität? Zum Verhältnis von Immanenz und Transzendenz am Beispiel der Existenzanalyse.** In: Schmidinger H. (Hrsg.) *Geist – Erfahrung – Leben. Spiritualität heute.* Innsbruck: Tyrolia, 177-206
- Längle A. (2001) **Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie.** In: Hofmann P., Lux M., Probst Ch., Steinbauer M., Zapotoczky H.G., Zeiringer H. (Hrsg.) *Klinische Psychotherapie Update 2001.* Linz: Univ.-Verlag Trauner, 59–70
- Längle A. (2002) **Existenzanalyse und Bioethik.** In: Déczy J. (Hrsg.) *Medizin 2002 – aus Forschung und Praxis.* Wien: Müller, 113-121
- Längle A. (2002) **Grenzen, Brüche, Schicksale – wie ist Bindung an das Leben möglich?** In: Mehta G., Rückert K. (Hrsg.) *Bindungen, Brüche, Übergänge. Beziehungen und ihre Veränderungen in unterschiedlichen Lebensphasen.* Wien: Falter, 226-245
- Reichenbacher E (2001) **Pokémon im Kindergarten, nein danke!** In: *Kindergarten. Zeitschrift für Erziehung im Vorschulalter*, 91. Jg., Hrsg. Verband KindertnerInnen Schweiz, Nov. 2001, 20
- Zeiringer H. (2001) **Falldarstellung einer Existenzanalytischen Psychotherapie bei einem Patienten mit chronischem Alkohol-Abusus seit dem 16. Lebensjahr.** In: Hofmann P., Lux M., Probst Ch., Steinbauer M., Zapotoczky H.G., Zeiringer H. (Hrsg.) *Klinische Psychotherapie Update 2001.* Linz: Univ.-Verlag Trauner, 148-153

HINWEIS AUF NEUERSCHEINUNGEN



Alfried Längle
Sinnvoll Leben
Logotherapie als
Lebenshilfe

Freiburg:
Herder spektrum
Band 5210
ISBN: 3-451-05210-5
Taschenbuchausgabe
• 7,90 (D)

Neuer Tagungsbericht von Prag 1999

Hysterie

(Hrsg. A. Längle)

Mit Beiträgen von: A. Längle
S. Mentzos
M. Probst
L. Tutsch
Ch. Wicki-Distelkamp
W. Winkelhofer
sowie einem Anhang von P. Gruber und K. Luss

Erscheint Mitte April 2002.

ERRATUM

Leider ist uns in der letzten Ausgabe ein Fehler unterlaufen und in den Seitenangaben innerhalb des Heftes stand ein falscher Jahrgang. Es müsste richtig heissen:

EXISTENZANALYSE 18/2+3/2001 SEITE



Mein Selbst - dein Problem

Narzissmus in Interaktion und Therapie

Internationaler Kongress

26. April bis 28. April 2002

Salzburg Congress Center

Kongressleitung:
Anton Nindl (anton.nindl@existenzanalyse.org)

Veranstalter:
Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse,
Eduard-Sueß-Gasse 10, A-1150 Wien
Telefon: +43-1-985 95 66 Telefax: +43-1-1982 48 45
e-mail: gle@existenzanalyse.org

Programm: www.existenzanalyse.org (Download)
oder per Post

Themen

- * Phänomenologie und Psychopathologie des Narzissmus
- * Fähigkeiten und Stärken der narzisstischen Persönlichkeitsstruktur
- * Das Zerstörerische des Narzissmus
- * Die Behandlung des Narzissmus

Narzissmus und seine Auswirkungen auf

- Beziehungen
- Geschlechtlichkeit
- Suchtverhalten
- Glaube
- Krisenanfälligkeit
- Kriminalität
- Freizeitverhalten
- Führungsverhalten
- Erziehung

Referenten

A. Längle, L. Tutsch
J. Bozok, B. Heitger,
S. Jäger-Gerlach,
A. Nindl, K. Rühl,
P. Gruber, K. Luss,
M. Probst, A. Kunert...

Gastreferenten

R. Haller, R. Fartacek,
S. Sulz, H. Wahl

Subsymposia zu

- Klinik und Therapie des Narzissmus
- Pädagogik und Jugendtherapie
- Seelsorge
- Politik und Wirtschaft



Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse