

1/ 2008
25. Jahrgang

Praxis
und
Empirie

Impressum 82

COMMENTS

Comments on the State of Psychotherapy Research (*David Orlinsky*) 4

ÜBERSICHTSARTIKEL

The Person-centered Approach from an Existential Perspective
(*Gerhard Stumm*) 7

KASUISTIK

Vom Eindruck zum Ausdruck (*Erika Luginbühl-Schwab*) 16

Rauchen passt nicht in mein Leben (*Silvia Längle*) 21

Der Traum – ein Leben? (*Christine Koch*) 26

Therapeutische Arbeit mit dem TAT bei Jugendlichen (*Astrid Görtz*) 34

Die EMDR-Methode und ihr Bezug zur ersten Grundmotivation
(*Rudolf Leuenberger*) 44

Paula: The Rebirth of the Person (*María Laura Asid Cardigni*) 54

Über die Wahrnehmung unseres TUNS (*Ruth Kathan-Windisch*) 58

Die wegweisende Kraft der inneren Bilder (*Wilhelmine Popa*) 61

EMPIRISCHE FORSCHUNG

Die Anwendung des Tests zur Existentiellen Motivation (TEM) in einer psycho-
therapeutischen Einrichtung (*Daniela Grabner*) 64

Reliability and validity of the Shortened Hungarian Version of the Existence Scale
(*Barna Konkoly Thege, Tamás Martos*) 70

Die funktionelle Stimmstörung als ‚personal-existenzielles‘ Geschehen
(*Karin Parschalk*) 75

Adaptation of the Existence Scale to the Russian Sample (*Irina Maynina*) 78

Different types of empathy indications in psychological practice (*Anna Taller*) 79

Existential Fulfillment and Burnout among school teachers and human resources
managers (*Ekatarina Ermakova*) 81

PUBLIKATIONEN 83

BANKVERBINDUNGEN DER GLE-INT.

Österreich: Konto Nr.: 040-33884, Erste Österr. Spar-Casse-Bank, BLZ 20111
BIC:GIBAATWW; IBAN: AT932011100004033884

Deutschland: Konto Nr.: 7000006, Acredobank Nürnberg, BLZ 76060561

Schweiz: Konto Nr. 203054-10-556, Credit Suisse

Andere Länder: Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung
oder mittels DC, VISA, EC/MC

BANKVERBINDUNGEN DER LÄNDERVEREINE

GLE-Österreich: Konto Nr.: 281-120-961/00, Erste Österr. Spar-Casse-Bank

GLE-Deutschland: Konto Nr.: 8460700, Bank für Sozialwirtschaft

IGEAP-Schweiz: Konto Nr. 42 391044435, Berner Kantonalbank (BeKB)

ABO-PREISE FÜR DIE EXISTENZANALYSE

Jahresabonnements für Nichtmitglieder: Euro 25,-/sfr 38,- inkl. Versand

Einzelpreis: Euro 16,-/ sfr 24,- inkl. Versand (Europa) – Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.

Die EXISTENZANALYSE mit Info Beilage erscheint 2 mal jährlich.

Wissenschaftlicher

B E I R A T

Michael ASCHER
Philadelphia (USA)

Karel BALCAR

Prag (CZ)

Gion CONDRAU

Zürich (CH)

Herbert CSEF

Würzburg (D)

Reinhard HALLER

Feldkirch (A)

Hana JUNOVÁ

Prag (CS)

Christoph KOLBE

Hannover (D)

George KOVACS

Miami (USA)

Jürgen KRIZ

Osnabrück (D)

Anton-Rupert LAIREITER

Salzburg (A)

Alfried LÄNGLE

Wien (A)

Karin MATUSZAK-LUSS

Wien (A)

Corneliu MIRCEA

Temesvar (RO)

Christian PROBST

Graz (A)

Heinz ROTHBUCHER

Salzburg (A)

Christian SIMHANDL

Wien (A)

Christian SPAEMANN

Braunau (A)

Michael TITZE

Tuttlingen (D)

Liselotte TUTSCH

Wien (A)

Helmuth VETTER

Wien (A)

Beda WICKI

Unterägeri (CH)

Wasiliki WINKLHOFFER

München (D)

Elisabeth WURST

Wien (A)

HINWEISE

Themenredaktion

Astrid Görtz

Kongress GLE-Int.

Le[i]b

Körper mit Psyche

Salzburg, 1. bis 3.5.2009

Seite 87

Herbsttagung GLE-Ö

Zum Glück braucht der Mensch Sinn

Bregenz, 27. bis 28.9.2008

Seite 25

Herbsttagung GLE-D

Authentizität in der Arbeitswelt

Hannover, 20.9.2008

Seite 53

Medien

GLE-Kongress Berlin 2008

Paarberatung und -therapie

Seite 20

**Info zur GLE
auf der Homepage**

www.existenzanalyse.org

**Aktuelles
Institute**

Kontaktadressen

Ausbildung

Kongresse

THEMEN-VORSCHAU

2/2008

Tagung Berlin:

Paarberatung und -therapie

1/2009

Palliativarbeit

**gle@existenzanalyse.org
<http://www.existenzanalyse.org>**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Mit diesem Heft halten Sie einen Spiegel aktueller Vorgangsweise in der Praxis der EA und aus der Forschung in Händen. Beide Bereiche sind vital für uns: die Anwendung und die Untersuchung der Anwendung. Seit dem letzten ausführlichen Heft zur Empirischen Forschung sind es nun schon sieben Jahre her. Daher möchten wir von nun an in Abständen von circa zwei bis drei Jahren immer wieder auf sie mit einem Themenheft zurückkommen.

Einleitend bringen wir einen Artikel des international vielleicht renommiertesten Psychotherapieforschers David Orlinsky zu seiner Sicht des aktuellen Stands der Psychotherapieforschung. Der Autor hat uns diesen vielbeachteten Artikel dankenswerterweise zur Verfügung gestellt. Gerhard Stumm, ein namhafter Vertreter des Rogerschen personenzentrierten Ansatzes, hat über existentielle Verfahren eine Zusammenstellung gemacht. Behandlung und Gesprächsführung stellen den Hauptteil des Heftes dar: Fallbesprechungen von E. Luginbühl-Schwab, S. Längle, C. Koch, A. Görtz, R. Leuenberger, M.L. Asid Cardigni, sowie Fallvignetten von R. Kathan-Windisch und W. Popa.

Schließlich zeigt sich, daß auch zunehmend nicht deutschsprachige Länder an der empirischen Forschung zur EA teilnehmen. Dazu gibt es Arbeiten aus Ungarn (B. Konkoly Thege, T. Martos) und Zusammenfassungen über Forschungen aus Russland (I. Maynina, A. Taller, E. Ermakova). Aber auch einen ersten Forschungsbericht zu einer Studie in Wien von D. Grabner und zur funktionellen Stimmstörung (K. Parschak).

Immer mehr interessante Studien zur Existenzanalyse sind Inhalt von Abschlussarbeiten der Ausbildung, und daher soll es in Zukunft ein weiterer Schwerpunkt der Zeitung sein, sie auch unseren Lesern zugänglich zu machen. Für dieses neu geschaffene Ressort, die Publikation von Inhalten aus Abschlussarbeiten zu betreuen, konnten wir Mag. Christine Koch gewinnen und wir freuen uns sehr, sie als neue Mitarbeiterin in der Redaktion begrüßen zu dürfen.

Mit diesem vielseitigen Heft in Händen wünschen wir unseren Lesern eine schöne und erholsame Sommerzeit!



Ihre Silvia Längle
Im Namen des Redaktionsteams

Comments on the State of Psychotherapy Research (As I See It)

David Orlinsky

This essay was written in response to an invitation by Chris Muran, current president of Society for Psychotherapy Research North American chapter. I was requested to contribute my views on the current state of psychotherapy research for the past-president's column of the chapter's Newsletter, and it appeared (sans references) in the January 2006 issue of the NASPR Newsletter. I hope it will be understood as a constructively intended critique of current therapy research and not as an attack on scientific research on psychotherapy (to which I have devoted many decades of my life). My argument is that our research needs to become more realistic and thus more truly scientific.

I must start by confessing that I don't really read psychotherapy research when I can help it. Why? The language is dull, the story lines are repetitive, the characters lack depth, and the authors generally have no sense of humor. It is not amusing, or at least not intentionally so. What I do instead of reading is scan or study. I do routinely scan the abstracts of articles as issues of journals arrive to assure myself there is nothing I need or want to know in it, and if the abstract holds my interests then I scan tables of results. Also, at intervals of years, I have agreed to study the research on psychotherapy systematically, usually with a specific focus on studies that related process and outcome (Howard, Orlinsky 1972, Orlinsky, Howard 1978, 1986, Orlinsky, Grawe, Parks 1994, Orlinsky, Rønnestad, Willutzki 2004). I have been doing this for 40 years more or less, and on that basis (for what it is worth) here is what I think about the state of psychotherapy research.

I think in recent years that psychotherapy research has taken on many of the trappings of what Thomas Kuhn (1970) described as „normal science“ meaning that research by and large has become devoted to incrementally and systematically working out the details of a general „paradigm“ that is widely accepted and largely unquestioned. The research paradigm or standard model involves the study of (a) manualized therapeutic procedures (b) for specific types of disorder (c) in particular treatment settings and conditions. This is very different from the field that I described three decades ago (Orlinsky, Howard 1978) as „pre-paradigmatic,“ and in some ways it represents a considerable advance. However, I refer above to the „trappings of normal science“ as a double entendre to suggest that the appearance (trappings) of normal science with its implicit paradigmatic consensus may also represent entrapment (trapping) in a constricted and unrealistic model.

The paradigm is familiar. It holds that psychotherapy is basically a set of specific and specifiable procedures („interventions“ or „techniques“) that can be taught, learned, and applied;

and that the comparative potency or efficacy of these procedures in treating specific and specifiable psychological and behavioral disorders defines more or less effective forms of psychotherapy – if patients are willing and able to comply with the treatment provided by a competently trained therapist.

In this process, therapists are assumed to be active subjects (agents, providers) and patients are assumed to be reactive objects (targets, recipients). Researchers may well believe theoretically that patients as well as therapists are active subjects, and that what transpires between them in therapy should be viewed as interaction, but in practice the paradigm or standard research model that they typically follow implicitly defines treatment as a unidirectional process.

Evidence of these implicit conceptions of the patient, therapist, and treatment process is to be found in experimental designs that randomly assign patients to alternative treatment conditions, just as if they were ‘objects’ (rarely bothering to inquire about their preferences) whereas they never assign therapists to alternative treatment conditions, randomly or systematically (because it seems essential to consider their subjective treatment preferences). The consequence is that comparisons between treatment conditions reflect treatment-x-therapist interaction effects rather than treatment main effects – as Elkin (1999) and others have made clear – but it is an embarrassment that is conveniently ignored by all (as in the tale of the emperor's new clothes).

In addition, the dominant research paradigm constricts our view of the phenomena that psychotherapy researchers presume they are studying by focusing on certain abstracted qualities or characteristics of patients and therapists. The target of treatment is not actually the patient as an individual but rather a specifically diagnosed disorder. Other personal characteristics of patients are presumed to be „controlled“ either through random assignment (another embarrassing myth, since the effectiveness of random assignment depends on the law of large numbers, and the number of subjects in a sample or of replicated samples is rarely large enough to sustain this), or controlled statistically by using the few characteristics of patients that are routinely assessed in studies as covariates. The covariates most typically are atheoretically selected demographic variables assessed for the purpose of describing the sample – age, gender, marital status, race/ethnicity, and the like – since there are no widely accepted theories to guide the selection of patient variables. (More recently, „alliance“ measures have been routinely collected from patients, reflecting the massive accumulation of empirical findings on the impact

of therapeutic relationship.)

Psychotherapists are likewise viewed in terms of certain abstracted qualities or characteristics. The agent of treatment studied is not actually the therapist as an individual but rather a specific set of manualized treatment skills in which the therapist is expected to have been trained to competence and to which the therapist is expected to show adherence in practice. The few other therapist characteristics that are routinely assessed – professional background, career level, theoretical orientation, and perhaps gender and race/ethnicity – are used largely to describe the sample or, occasionally, as covariates. Again, this is because there are no widely accepted theories, or extensively replicated empirical findings, to guide the selection of therapist variables.

The constricted and highly abstracted view of patients, therapists, and the therapeutic process in the dominant research paradigm is supported by cognitive biases in modern culture that all of us share. One of these was well-described by the sociologist Peter Berger and his colleagues as componentiality. This is a basic assumption that „the components of reality are self-contained units which can be brought into relation with other such units - that is, reality is not conceived as an ongoing flux of juncture and disjuncture of unique entities. This apprehension in terms of components is essential to the reproducibility of the [industrial] production process as well as to the correlation of men and machines. ... Reality is ordered in terms of such units, which are apprehended and manipulated as atomistic units. Thus, everything is analyzable into constituent components, and everything can be taken apart and put together again in terms of these components“ (Berger, Berger, Kellner 1974, 27).

This componentiality is reflected in the highly individual and decontextualized way that we think about persons. We tend to think of individuals as essentially separate, independent and basically interchangeable units of ‘personality’ that in turn are constituted by other internal, more or less mechanistically interacting components – whether those are conceptualized as traits that may be assessed quantitatively as individual difference variables, or more holistically but less precisely as clinical components of personality (e.g., ego, id, and superego). Thus when researchers seek to assess the (hopefully positive but sometimes negative) impact of psychotherapy on patients, they routinely focus their observations on componential individuals abstracted from life-contexts, and on the constituent components of individuals toward which therapeutic treatments are targeted – symptomatic disorders and pathological character traits. They do not generally assess individuals as essentially embedded in sociocultural, economic-political and developmental life-contexts. A componential view of psychotherapy and of the individuals who engage in it is implicit in the dominant research paradigm, and produces a comforting sense of cognitive control for researchers – but does it do justice to the realities we seek to study or does it distort them?

Another widely shared bias of modern culture that complicates and distorts the work of researchers on psycho-

therapy and psychopharmacology (and medicine more broadly) is the implicit assumption of an essential distinction or dichotomy between soma and psyche (or matter and mind), notwithstanding the efforts of modern philosophers like Ryle (1949) to undo this Cartesian myth. Because of this, findings that psychological phenomena have neurological or other bodily correlates (e.g., using MRI or CT scans to detect changes in emotional response) are viewed as somehow amazing and worthy of note even in the daily press. The materialist bias of modern culture also fosters a tendency to view this correlation in reductionist terms, so that the physiological aspects of the phenomena studied are assumed to be more basic, and to cause the psychological aspect.

Thanks to a conversation at the recent SPR conference in Montreal among colleagues from different cultural traditions (Bae et al., 2005), I became aware of how unnatural the bodymind dichotomy (with its consequent distinction between ‘physical health’ and ‘mental health’) appears from other cultural perspectives, and of how grossly it distorts the evident psychosomatic continuity of the living human person. When this basic continuity is conceptually split into ‘psyche’ and ‘soma’, a mysterious quality is created as the byproduct (much as energy is released when atoms are split) – a mysterious quality that is labeled (and as much as possible viewed dismissively) as „the placebo effect.“ This effect, mysteriously labeled in Latin, is viewed as a „contaminant“ in research designs – but, struggle as researchers do to „control“ it (rather than understand it), they typically fail in the attempt because the ‘effect’ reflects an aspect of our reality as human beings that cannot be eliminated.

The reality, as I see it, is that a person (a) is a psychosomatic unity, (b) evolving over time along a specific life-course trajectory, and (c) is a subjective self that is objectively connected with other subjective selves, (d) each of them being active/responsive nodes in an intersubjective web of community relationships and cultural patterns, a web in which those same patterns and relationships (e) exert a formative influence on the psychosomatic development of persons.

The reality of psychotherapy, as I see it, is that it involves (a) an intentionally-formed, culturally-defined social relationship through which a potentially healing intersubjective connection is established (b) between persons who interact with one another in the roles of client and therapist (c) for a delimited time during which their life-course trajectories intersect, (d) with the therapist acting on behalf of the community that certified her (e) to engage with the patient in ways that aim to influence the patient’s life-course in directions that should be beneficial for the patient.

Neither of these realities seems to me to be adequately addressed by the dominant paradigm or standard research model followed in most studies of psychotherapeutic process and outcome. Instead, the dominant research paradigm seriously distorts the real nature of persons and of psychotherapy (as I see them). Why then does this paradigm dominate the field of psychotherapy research, and why do researchers persist in using it if it is as uncomfortably illfitting a Procrustean

bed as I have claimed?

The answer is partly cultural, as the paradigm neatly reflects the componential, psycho/somatically split, materialist cognitive biases of Western culture. It is also partly psychological, with supporters of the paradigm becoming more militant as a result of cognitive dissonance generated by the incipient failure of the paradigm's utopian scientific promise (see, e.g., Festinger, Riecken & Schachter, 1956). It is partly historical too, as the field of psychotherapy originated and initially evolved largely as a medical subspecialty in the field of psychiatry – as well as the field of clinical psychology that overlapped with, imitated, and set out to rival psychiatry. Again, the answer is partly economic, since it is necessary to please research funding agencies (the real 'placebo' effect) in order to gain funding for research and advance one's career by contributing publications to one's field and reimbursement for „indirect costs“ to the institution where one is employed.

It may be ironic that the paradigm adheres so closely to the medical model of illness and treatment at a time when the psychiatric profession which historically represented medicine's presence in the field has largely (and regrettably) withdrawn from the practice of psychotherapy (Luhmann, 2000). The apparent solidity of the paradigm that survives is based (a) on the fact that psychotherapeutic services still are largely funded through health insurance which had been politically expanded (after much lobbying) to include non-medical practitioners, and (b) on the fact that psychotherapy research still is largely funded through grants from biomedical research agencies. Although there is no for-profit industry promoting psychotherapy and supporting research on it as Big Pharma does with the psychopharmacologic treatments of biological psychiatry, most of the money that can be had in psychotherapeutic practice and psychotherapy research comes from sources that implicitly support a medical model of mental health. As ever „they who pay the piper call the tune,“ though perhaps it is more subtle and accurate to say that pipers who need and seek financial support (therapists and researchers) play their tunes in ways that they hope will be pleasing to potential sponsors. Necessity drives us (always), but we (all) have an uncanny ability to persuade ourselves that advantage and merit coincide.

A sociology-of-knowledge confession: I know full well that I can say these things mainly because I am privileged by having an old-fashioned, tenured, hard-(but small)-money position in an arts and sciences faculty, and because I am not really in the competition for funds. As a producer of psychotherapy research, I am free to go my own way through my work as participant in the SPR Collaborative Research Network; but as a consumer of psychotherapy research, I have serious misgivings about the state of the field that stem from a perception that the prevailing paradigm which permits researchers to pursue their studies in the manner of „normal science“ represents a risky premature closure in understanding the actual nature of psychotherapy and the people who engage in it. If it is not overtly corrupting (as I think is true of some

research on psychopharmacological treatments funded by pharmaceutical firms), it is nevertheless constricting in ways that seem to me highly problematic.

If we are indeed to have evidence-based psychotherapies grounded in systematic, wellreplicated research (e.g., Goodheart, Kazdin & Sternberg, 2006), and evidence-based training for psychotherapists (e.g., Orlinsky & Rønnestad, 2005) – both of which I approve – then it would be very nice (in fact, I would think essential) for that research to be based on a standard model or paradigm which more adequately matches the actual experience and lived reality of what it presumes to study. I don't know what a more satisfactory paradigm or model for research will turn out to be. Constructing it is the task of the next generation – but from it will come the sort of psychotherapy research I think I would like to read.

References

- Bae S H, Smith D P, Gone J, Kassem L (2005) Culture and psychotherapy research-II: Western psychotherapies and indigenous/non-western cultures. Open discussion session, international meeting of the Society for Psychotherapy Research, Montreal Canada, June 22-25, 2005
- Berger P, Berger B, Kellner H (1974) The homeless mind: Modernization and consciousness. New York: Vintage Books
- Elkin I E (1999) A major dilemma in psychotherapy outcome research: Disentangling therapists from therapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 10-32
- Festinger L, Riecken H H & Schachter S (1956) When prophecy fails: A social and psychological study of a modern group that predicted the destruction of the world. New York: Harper
- Goodheart C D, Kazdin A E & Sternberg R J (Eds) (2006) Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet. Washington, DC: American Psychological Association
- Kuhn T S (1970) The structure of scientific revolutions (2nd edition). Chicago: University of Chicago Press
- Howard K I, Orlinsky D E (1972) Psychotherapeutic processes. In *Annual review of psychology*, vol. 23. Palo Alto, Cal.: Annual Reviews
- Luhmann T M (2000) Of two minds: The growing disorder in American psychiatry. New York: Knopf
- Orlinsky D E, Grawe K, Parks B K (1994) Process and outcome in Psychotherapy – noch einmal. In A Bergin & S Garfield (Eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th ed. New York: Wiley
- Orlinsky D E, Howard K I (1978) The relation of process to outcome in psychotherapy. In S Garfield & A Bergin (Eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 2nd ed. New York: Wiley
- Orlinsky D E, Howard K I (1986) Process and outcome in psychotherapy. In S Garfield, A Bergin (Eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd ed. New York: Wiley
- Orlinsky D E, Rønnestad M H (2005) How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth. Washington, DC: American Psychological Association
- Orlinsky D E, Rønnestad M H, Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M Lambert, Ed Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5th ed. (pp.). New York: Wiley
- Ryle G (1949) The concept of mind. New York: Barnes & Noble

*Anschrift des Verfassers:
Prof. David Orlinsky
University of Chicago
d-orlinsky@uchicago.edu*

The Person-centered Approach from an Existential Perspective¹

Gerhard Stumm

This paper deals with the question of how far existential issues are considered in the Person-centered Approach. Starting with the topic of existentialism and a short summary about its most inspiring promoters, a brief introduction is given to five approaches in existential therapy and their affinities with person-centered aspects. Thereafter the Person-centered approach in its classical tradition will be compared to and contrasted with existential perspectives, first outlining some parallels and then stressing the differences between the two orientations. The paper concludes with a discussion of the extent to which the Person-centered Approach has integrated existential concepts and also, vice versa, what Person-Centered Therapy has to offer for an existential approach to therapy.

Keywords: *Existentialism, Existential therapy, Person-Centered Approach*

Although I am not an authority on existential philosophy, I nonetheless feel attracted to existential questions regarding authenticity, freedom, anxiety, free will, choice, decision, responsibility, relationship, subjectivity, meaning and values, as well as tragic dimensions such as suffering, guilt, transitoriness, finiteness and death. During my training for psychotherapy and in theoretical writings I got the impression that, in the context of person-centered psychotherapy (PCT), these aspects have caught on only partially. In the course of my practical work as a person-centered therapist I found for myself that it would be worth investigating the matter further.

The paper deals with the question of how far existential dimensions are considered or neglected, respectively, in the Person-centered Approach (PCA), including an outlook as to whether the Person-centered Approach, as a prototype of Humanistic Psychology, starts from a fundamentally different point from existentially oriented therapies.

As a dilettante, so to speak, I approach a subject that in two respects is difficult to digest: first, because of the often complicated representation of this subject and, second, because of the challenges it presents to each individual addressed.

In the following, I will first introduce some of the essential features of existential thinking.

What does Existential mean?

According to existentialism, a human being has no (a priori) essence, only their existence; or as Sartre (1944) has put it: 'existence precedes essence'! A rather general definition of existence might be that it contains those givens (existential conditions) that are due to our being. Based on their freedom – which is one of those givens – it is up to each

individual how they take a position in regard to self and being-in-the-world: 'The person must create his own essence by throwing himself into the world, by suffering in it, by fighting in it, he defines himself gradually' (Sartre 1944/2000a, 116). Incidentally, in his dialogue with Rogers, Tillich, an existentially orientated theologian, objected to the above existential principle noting that it also characterizes a trait: namely, the essential nature of freedom (Rogers/Tillich in Kirschenbaum and Henderson 1989, 67f).

In the light of the high value which subjectivity enjoys in this tradition, it is almost a characteristic of the existential paradigm that there is no unified definition for it. For example, Yalom (1980) describes four thematic areas as existential givens, which form a fundament for our existence: death, freedom, existential isolation and search for meaning. Walsh and McElwain (2001, 253-260) choose for themselves, however, other key words as characteristics of existential psychotherapy: freedom, intersubjectivity, temporality, becoming, existential anxiety and existential guilt, authenticity, therapeutic relationship, understanding, psychotherapeutic liberation and flexibility. For his part, Cooper arrives in his article (2003b) on the connection of the PCA and the existential approach at the aspects of freedom and choice, limitations of our existence, intersubjectivity and meaning. In his thorough and excellent presentation of the variety of existential therapies (2003a, 8-30) and in a systematic comparison of existential therapies with classical Client-centered Therapy (2004, 96-106) Cooper elaborates the following characteristics of human existence:

- uniqueness of each individual;
- existence as a process (as opposed to an objectifying approach);

¹ This paper is dedicated to Hans Swildens, a pioneer of the existential branch in Client-centered Psychotherapy. Many thanks to Christina Metz who translated a first draft of the article, to Kathy Joslyn for her help to provide an improved English version and to two of the reviewers and Mick Cooper for their helpful feedback. An earlier version of the contribution was presented at the PCE Conference in July 2003 in Egmond aan Zee. Der Artikel ist in dieser Form in *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 4, 2, 106-123 erschienen.

- existence as being fundamentally free (within given limits such as the context into which we are born, time, death);
- an orientation towards future (motivation through goals, intention and meaning);
- existence as being-in-the-world (emphasizing our inseparable connectedness with our environment);
- being with others (accentuating the insoluble interrelatedness with others);
- the embodiedness of our being;
- tragic dimensions including existential anxiety and guilt;
- the challenge of living authentically as an existential task; and
- as a basis of a phenomenological stance.

The meaning of 'existential' can perhaps best be illustrated with a practical example: the incarnate situation of uncertainty, that 'being-thrown-back-upon-oneself' while waiting for the results of medical testing with far-reaching consequences such as, for example, the results of an AIDS test. In such a 'limit-situation' (to use Jaspers' phrase) a human being is most likely living in immediate experience and threatened as a whole by what is about to come in the future (above all by the final limit, their death); but, at the same time, is free to stand up against it, facing authentically what it means to them, and also in relation to others. Of course one can deny the outstanding quality of such an extreme experience, but in existential terms this would mean choosing not to be involved in existential concerns.

Though existential issues are as old as mankind, the history of existential philosophy in a narrower sense is a relatively young one, representing a complete departure from classical philosophy. In the following section I will briefly introduce the most prominent protagonists of existential philosophy, with the key themes and guiding ideas that are also relevant for and from a person-centered view.

On the historical background and the roots of Existential Psychotherapy

The most important proponents of existential philosophy were, among others, Kierkegaard (1813-1855), Heidegger (1889-1976), Jaspers (1883-1969), Sartre (1905-1980), and Buber (1878-1965) (Zimmermann 1976). Yalom also mentions these thinkers and labels existentialism in regard to existential psychotherapy as 'Home of the Ancestors' (1980/1989, 26).

With *Kierkegaard* the themes of freedom and anxiety (dread) as well as authenticity are primarily addressed. 'Freud ... knew about anxiety, ... Kierkegaard ... knew anxiety' (May 1969, 3).

The question of freedom was also of the utmost significance for *Sartre*. He was even of the opinion that we are 'damned to freedom'; his concept of freedom leads towards the freedom 'to' something and not the freedom 'from' something, a thought which was also emphasized by Fromm and Frankl, the founder of logotherapy (see also the following chapter on existential therapies).

Buber especially – also in a psychotherapeutic context – became famous for his concept of the 'I-Thou-encounter'

(1923/1958). His emphasis on polarity and (sometimes tragic) limits (facticity) plays a role in our topic here.

Heidegger (first of all 1927) presented numerous concepts that in this context are of importance, such as, essentiality („*Eigentlichkeit*“) vs. non-essentiality ('one') („*man*“) as modes of being (that is, authentic/existential mode of being vs. every day mode of being). Also his comparison of *types of caring for someone else* („*Fürsorge*“) is highly significant for person-centered psychotherapy. While '*leaping in*' takes over the responsibility of the other, '*leaping ahead*' on the other hand facilitates self-exploration of the other in order that he/she finds his/her own direction.

Jaspers defined existential illumination as a concept of possibilities for a fulfilling existence and 'existential choice' as active decision making (Jaspers 1935). He classified the confrontation with illness, death, emptiness and existential anxiety as '*Boundary Situations*' (i.e., the loss of a loved one, the collapse of a self-concept or a concept of meaningfulness, an irreversible decision), which allow people to get in authentic touch with themselves.

Let it be noted that at the beginning of his career as counsellor and therapist Rogers was not familiar with the existential thinkers. Only after his students pointed out that they had found some parallels in his approach did he seriously take up existential philosophy. As a consequence, he refers repeatedly (e.g., 1961a) to Kierkegaard (speaking for instance of the 'true self' in the sense of authenticity, but also with his references to freedom and anxiety) - and to Buber (primarily his concept of encounter); and sporadically to Sartre. That he did not quote Heidegger and Jaspers, is, in my opinion, due to the fact that their writings, at the time Rogers was busy with existential philosophical texts, were in part not yet translated (Heidegger's main work *Being and Time*, for example, originally published in 1927, was first translated into English in 1964). Shlien (1997, 69f) shows how interested Rogers was around 1950 in Buber's books, *I and Thou* and *Between Man and Man*. (Shlien further commented that, 'Buber was far ahead of us' (ibid., 70). One may also assume that Rogers, in his pragmatic way and with his experience-relevant theorizing, would not have enjoyed Heidegger's highly complicated language.

Anyway, Rogers and some of his associates, for instance Gendlin (1966; 1975), Braaten (1961) and Prouty (2002, with his reference to Leslie Farber), drew much from the existentialistic wave that entered the American scene. I shall return to Rogers' references to existential perspectives in later sections on the parallels and the differences of the two paradigms.

Existential Psychotherapy

'Existential Psychotherapy' is not a unified school of psychotherapy. To a much greater extent, it represents a paradigmatic trend in psychotherapy with diverse examples and varieties (Yalom 1980; Cain 2001, 22-29; Cooper 2003a; 2004).

Cooper (2003a; 2004) distinguishes five main streams in

existential therapy: Daseinsanalysis, Logotherapy, The existential-humanistic approach, Laing's approach and the British school of existential analysis. In both publications, he analyzes the significant characteristics of these five approaches. In the second one he compares each of them systematically with the main concepts of the Person-Centered Approach. To be brief, I will restrict myself to a condensed illustration of the five forms of existential therapy, extracting a few conclusions from Cooper in regard to a comparison with PCA, and will also add some aspects.

Daseinsanalysis

This branch of existential therapies has been developed by Binswanger, Boss and others such as G. Condrau, drawing many elements from the work of Heidegger, for instance a strong emphasis on *openness to the world*. With Cooper (2004, 108-109) I share the view that Rogers (e.g., 1961a), too, in his conception of the process-continuum of personal development classifies openness for experiences as an indicator of a mature and functioning person. Cooper, however, refers to a subtle difference between the two schools of thought: while PCA focuses on 'inner' experiences, stressing self-relatedness, Daseinsanalysis lays emphasis on the person's relatedness to the world.

Logotherapy and Existential Analysis

Originating in the work of Viktor Frankl, the classical approach is clearly meaning-centered. For Frankl it is the striving for meaning which is the core motive of human beings. That concept shows a clear distinction from PCA, because Frankl assumes a preference in the motivation of human beings that is not the case in the concept of the actualizing tendency. I agree with Cooper that the original version of logotherapy, which is still communicated in trainings and in literature (e.g., Lukas 2002), applies a much more directive attitude than PCT.

Apart from the classical branch, however, a second school inspired by Alfried Längle (2000), has been established within the existential analytical community. By adding 'one's relation to the world', 'one's relation to life' and 'one's relation to oneself', he arrives at four fundamental motivational forces, thereby lessening significantly the crucial role of meaning as the main motivational force in human beings (Längle 2002). Frankl himself thought this to be 'Person-centered therapy at its best' (Stumm 2000), as it places 'self-acceptance' as a third pillar of human capacities – 'anthropological implications' – besides 'self-distancing' and 'self-transcendence' in the theoretical framework of existential analysis. As a result, Frankl left his own logotherapeutic organization. For him the introduction of the self via self-acceptance and self-experience was a break with his meaning-orientated outlook. Though this new trend in existential analysis is certainly less authoritarian in practice, I doubt that it really tends to be non-directive, as it includes both a lot of systematic techniques and holds that the therapist must be a challenger for his clients.

The Laingian approach

Though this specific conception has a strict phenomenological and interpersonal profile, the similarities to PCT, at least in my view, are rather superficial. Neither in theory nor in practice do the two approaches have remarkable attributes in common. Disregarding that Laing obviously detested Rogers (Cooper 2004, 115; see also the Rogers-Laing meeting in 1978, reported by Maureen O'Hara, 1995, 118-127), it seems to me that Laing's often rude tone reveals a lack of fundamental positive regard towards others. Further, although perhaps just a detail, the fact that he is said to have 'often' gone 'through whole sessions without saying a word' (Cooper 2004, 117) is not to me convincing proof for receptivity and a non-directive involvement. Though it might imply accurate listening, from a person-centered standpoint it does lack communicating of empathic understanding and positive regard.

The British school of existential analysis

Initiated and especially inspired by Emmy van Deurzen, this approach emphasizes everyday life challenges and philosophical dialogue in therapy. It shows – even more so in the writings of Spinelli who employs a type of client-oriented attitude – some affinities with the Person-Centered Approach, e.g., a depathologizing stance that values the subjective world of the client (see Van Deurzen 2001).

The existential-humanistic approach

Represented and advocated above all by Rollo May (Schneider 2005) and others such as Bugental (deCarvalho 2005), Yalom (1980/1989) and Schneider (1998), it grew out of the humanistic movement (see also the following section on the comparison of the person-centered and existential paradigm). Widely spread in the USA, it has emphasized client subjective experiences and therapist authenticity, including the external side of the latter, the therapist's frankness and self-revelation. While this shows a distinct affinity to PCT, existential-humanistic therapists not only rely on the trustworthiness of human nature and organismic self-regulation but challenge their clients to focus on specific issues and defenses (see also Rogers' dialogue with May: Rogers 1981, 1982; May 1982). In many respects this brand of existential therapy is closely related to explicit humanistic ideas and views. Yalom therefore expressed the existential viewpoint when he coined the term 'optimistic neighbors' to refer to the North American advocates of Humanistic Psychology (see Table 1).

In the following section I compare existential therapies and the classical Person-Centered Approach in therapy in a more systematic way. It should be evident that despite its interest in existential concerns, PCA is rooted more in conceptions originating in and associated with Humanistic Psychology. Schematic categories and tables naturally oversimplify the diversity and complexity of the subject being represented and may suggest entities that – regarding differentiation and genuineness of the various streams and persons – do not exist in reality. The reader must understand that only for didactic reasons have I chosen to present the material in such a formal way.

European Tradition				British School of Existential Analysis	American Existential Humanistic Approach	Humanistic Psychologists (as 'Optimistic American Neighbors')	Humanistic Analysts (as 'Friends of the Family')
Existential Oriented Analysts	Daseinsanalysis	Logotherapy/ Existential Analysis					
Gebsattel Caruso	Binswanger Boss Condrau	Frankl Längle	Laing	van Deurzen Spinelli H. Cohn	May Bugental Yalom Schneider	Goldstein Maslow Bühler Rogers Perls	Adler Rank Horney Fromm Kohut

Tab. 1: Family Tree of Existential Psychotherapy and its Proponents (adapted from Irvin Yalom, 1980 and Cooper 2003a; 2004)

The person-centered approach and Existential Psychology

I will now present my comparison of the two paradigms, first highlighting parallels, similarities and commonalities between PCA and existential therapies. In a second step the two models will be contrasted by illustrating the differences (see Table 2) and commenting on each of the oppositions. Of course, a strict separation of commonalities and differences is an artificial venture; again, for didactic reasons, it might be tolerated.

Existential aspects in the classical Person-Centered Approach

Since its foundation, PCA has experienced modifications and expressions that show existential inspiration. Starting with Rogers himself, Gendlin, Prouty and many others – such as van Kalmthout, Lietaer, Zurhorst and, above all, Swildens whose ‘Process Oriented Client-Centered Psychotherapy’ (1988/1991; 2002) is based on Heidegger’s existential philosophy – have been concerned with existential philosophy. Limiting myself in this paper I will refer only to Rogers.

Phenomenology, the frame of reference and uniqueness of the client

First of all, Rogers takes a radical *phenomenological stance*, attempting to encounter his clients with no preconceptions, following their track and catching their inner experiencing. To me, Rogers supersedes in this respect many of the existential therapists who are often preoccupied with their frame of reference (for example, that clients should be worried about certain ‘ultimate concerns’), though they claim phenomenology as indispensable fundament of an existential attitude. Rogers had great respect for *subjectivity*, the *client’s inner frame of reference* as his/her phenomenal field and for his *uniqueness*; in Rogers’ early phase he particularly emphasized being careful not to introduce external frames of reference onto the client.

Client’s ability for awareness and the experiencing individual

Rogers was totally convinced of the fundamental *ability of the client for awareness*, to evaluate and solve their own problems, as long as favorable intersubjective conditions were available. As in existential theory, there is *no assumption of an unconscious as an agent*; instead, we go through proces-

ses that we are not (fully) aware of. According to both Rogers and the existentialists, we are capable of becoming aware of the relevant psychological processes that determine our being in the world. *Experiences* are appreciated as tools to help us adjust to our environment and in life; for Rogers they are the highest authority.

‘Being with’ and autonomy

As I previously noted, Rogers emphasized the necessity of the therapist providing *specific attitudes* within the therapeutic relationship. Rogers referred to this as ‘a way of being with persons’ (Rogers 1980), and he saw the individual as ‘uncurably social’ and a ‘social animal’ (1961b). This is reminiscent of Heidegger’s ‘*Being-with*’ and the ideal that humans are interconnected with others as one of our existential givens. Though ‘being with others’, for existential philosophy, belongs to the ‘*conditio humana*’, it seems that existential therapy tries to balance the polarities of being for oneself and being with others. Rogers, too, moves between the two poles of a continuum: on one side, he affirmed, above all, the need for positive regard through others. But Rogers also advocated autonomy as a criterion for a mature person, hence moderating the importance of interpersonal dependency.

The last example, again, reminds us that parallels, as well as sharp distinctions, should be regarded with caution. As I stated above they are inclined to oversimplification.

Process character of the self

In PCA the *self* is not an agent or an item within the person, but a phenomenologically derived concept: that is, how the person regards him- or herself. As such the self constantly changes, and it changes more as a person integrates new self-experiences. In this way, as Art Bohart (1991, 44) has stated, the self is more a ‘river’ than a ‘house’. This is also valid for the ‘organismic self’, a term Rogers often used to designate a flexible ‘gestalt’ of the self that is congruent with the organism as a whole. That corresponds with the existential view, in which the process character of the self dominates and in which a reification of the self is rejected.

Reservation against static labeling

At least with some approaches in existential therapy (above all the British school), the classical PCT shares its reservation about pathologizing categorizations.

Authenticity

Probably one of the strongest commonalities of the two orientations is the stress on *authenticity* (congruence, genuineness), and also the therapist's non-abstinent but transparent part in the therapeutic relationship. For Rogers authenticity is the result of mature development and belongs to his health concept (with the 'fully functioning person' as the idealized final stage). As it requires an 'existential choice' and courageous personal engagement, including the courage to be oneself, even more existential dimensions such as freedom and existential anxiety come in.

Freedom of the individual

For Rogers, *freedom* certainly is a very important quality. Though coupled with (existential) anxiety, it can be achieved during personal development (also measured on the process scale). The 'fully functioning person' would be free to choose whatever is good for the organism. The 'good life', however, is not for the faint-hearted, but rather is bound to excitement and challenge (Rogers 1961a/1973, 195). The increasing openness to experience and existential choice as person-centered criteria of the growth process make the individual more independent and self-reliant. The 'experiential flow' going on in a highly congruent person, in my view, resembles Heidegger's 'openness to the world' stressed in the Daseins-analytic approach.

Cooper (2004, 98) stated a contrast between Rogers' view and an existential standpoint by noting that Rogers presents 'freedom as something that human beings can attain', while for existential approaches freedom is an existential given that is innate to our being. To summarize Rogers' attitude towards the free will of people, two tracks are revealed in Rogers (1961a/1973, 192): He is a determinist *and* an existentialist.

Subjectivity in the research process

According to an existential point of view, researchers resemble individuals as they create and construe the world through their selection of the research subject, of the hypotheses to be checked, of the research designs being used, and of the interpretations of the results. Arguing against a split between subject and object, existential theory underlines that there is no such thing as an objective observation. The researcher developing or deciding for a research design or doing observation is part of the world and of the research process. Though Rogers did quantitative studies and tested his theories and concepts by means of objective material, contributing to a view of him also as a positivist, he stressed the importance of *subjectivity in the research process*, and advocated that in selecting specific topics and using certain designs the researcher brings in their own values and choices (Rogers 1969).

Differences between PCA and existential approaches

The Person-Centered Approach has been labeled both as a prototype of the humanistic paradigm (e.g. Cain 2001, 16; Quitmann 1991; Hutterer 1998) and as having a more or less

strong affinity to existential philosophical positions. Thus, it seems appropriate to start this section with a short exploration of the relation between these two orientations.

Some who attempt to systematize psychotherapy combine 'humanistic' and 'existential' together, by placing two overlapping headings under one historically derived common roof. There exists some proof that, at the beginning, Humanistic Psychology in the USA 'imported' terminology and an existential approach from Europe (primarily via the work of Rollo May; note also the partly enthusiastic review by Rogers 1959, of the book *Existence*, published in 1958 by May, Angel and Ellenberger); but gradually the differentiation between humanistic and existential crystallized. The 'American existential-humanistic approach' (Cooper 2003a, chapter 5; see also the previous sections including Table 1) could be regarded as a link between the two paradigms. However, some others – myself included – argue from today's perspective for a stronger differentiation between these orientations. Although in gestalt therapy (for instance the concepts of self-responsibility, contact, and the creative experiment in the here and now), as well as in the Person-Centered Approach, an existential emphasis can clearly be found, it is my opinion that a list of differing emphases on central aspects justifies this differentiation. I will now turn to these differences as they become visible in a comparison of existential therapy and the Person-Centered Approach as a branch of Humanistic Psychology.

<u>Existential</u>	<u>Person-centered</u>
Freedom within Limitations	Growth, Expansion and Development of Potential
Tragic Dimensions, Anxiety, Guilt, Death	Optimism
'Boundary Situations' (Jaspers)	'Peak Experiences' (Maslow)
Orientation towards Future	Here-and-Now
'Call' of the World	Assumption of an Actualizing Tendency
Therapy as Challenge	Therapy as Facilitating the Exploration of the Inner Being
Constructive vs. Destructive Forces in Human Beings Struggle between Polarities	Trust in Constructive Nature
Taking a Stand as Task Conscience and Responsibility of the Individual for own Existential Choices and Decisions 'Make It Happen'	'Wisdom of the Body' 'Organismic Self-Regulation' (Goldstein) 'Let It Happen'
Self-Creation	Self-Discovery
'Realization of Meaning' (Frankl)	Self-Actualization
Loneliness (Existential Isolation)	'Encounter'

Tab. 2: Different Emphases in the Existential and the Person-centered Paradigm

Limitations vs. growth tendency and human potential

The emphasis on growth as it has been outlined by Humanistic Psychology tends to ignore limits. The failure to acknowledge limits and existential givens would, from an existential viewpoint, then result in an overestimation of our potential. In the context of psychotherapy this means that anxiety, guilt, despair, emptiness and meaninglessness, disappointment and grief are not recognized as immanent in human existence. An existential orientation, however, does not see these as pathological, but rather understands such phenomena as caused by our existential condition, and therefore prefers terms like ‘existential anxiety’, ‘existential guilt’, and ‘existential despair’ to distinguish them from clinical manifestations.

Tragic dimensions vs. optimism

For existential philosophy *anxiety* is the flip side of freedom, which is one of the fundamental existential givens. It arises in the wake of avoided possibilities. It is not the cause but, rather, the symptom! *Guilt* is equally not a cause; rather, it is a result of the feeling of avoided life activities and missed encounters.

Psychotherapy offers a space to catch up and correct these missed chances. An authentic life (‘to decide for one’s self’) makes the person stronger and less fearful. But psychotherapy, in fact, promotes not only the liberation of potential and resources, but rather is often simply ‘grief work’, addressed at that which never was, is not now and never will be. Grief work is necessary in order to recognize and integrate the not-achieved and the non-achievable and, in so doing, to free up energy and clear the path for further progress. One could say: in the course of a successful psychotherapy the non-appropriate ‘neurotic’ (pathological) fear decreases; however, the ‘existential anxiety’ can not be alleviated, because it exists due to the uncertainty (abyss) of our existence. ‘Fear is in no way an obstacle for acting; rather much more its prerequisite’ (Sartre 1946/2000b, 177). ‘The patients who were gay and hopeful and tried to make light of the disease frequently died. Those of us who lived with it, accepted it, struggled against it, recovered’ (May, in the introduction to the *Rogers-May dialogue* in Kirschenbaum and Henderson 1989, 230). Acknowledging boundaries, in my experience, leads clients finally to a harmonious state of mind and often has a surprising effect on them, i.e., increasing their optimism. To confront oneself with the ultimate questions helps one find the courage to live. Anxiety then becomes the motor for authentic being. When Rogers (1957a) refers in his condition 2 to anxiety and vulnerability, he also makes reference to the experience of fear which goes along with the growth of freedom.

Problems may pile up when the therapeutic optimism is used by psychotherapist and to form of a collusion against the recognition of limitations. Also *death*, one of the four (extracted by Yalom 1980/1989) crucial existential categories (‘ultimate concerns’, a term coined by Tillich), is a more or less neglected topic in the PCA. Although separation and parting, as well as the transitory nature of life and death, are

often relevant in psychotherapeutic practice, it is notable how little these themes have been taken into account by Rogers. If we look at the title of one of his later publications ‘Growing old – or older and growing’ (1980), we see that his dominant perspective is growth, even when he was already 78 years old! At the end of a video recorded in 1984 he states stoically: ‘When death comes, it comes’.

‘Boundary-situations’ vs. ‘peak-experiences’

The first term (coined by Jaspers) defines the encounter with decisive situations ‘which at the limits of our existence are everywhere felt, experienced, conceived’ (Jaspers, 1931, in the translation of Friedman 1964/1991, 100) as if ‘being-thrown-back-upon-onself’. On the other hand, Maslow described his ‘peak experiences’ as feelings of limitless horizon (Maslow 1962/1985), which in their ecstatic and mystical quality could be released, for example, by a first kiss or an overwhelming experience of nature. Here again the existential thinker focuses on confrontation and struggle with unavoidable limits, while Maslow’s optimistic humanistic perspective is concerned with infinite expansion.

Orientation towards the future vs. here-and-now

It is true that existential and person-centered theory downplay the overall importance of the past of an individual for their further development. However, Client-Centered Therapy especially values the work in the *here-and-now* of the therapeutic situation, and the relationship as most effective therapeutic means; whereas an existential perspective highlights people’s *orientation towards the future*, their being directed towards and influenced by what is to come.

‘Call’ of the world and dialogue vs. the actualizing tendency

The *actualizing tendency* is the only a priori axiom in the PCA. It promotes the maintenance and enhancement of the organism including its sub-system, the self (Kriz and Stumm 2003, 18-21). Together with the human need for positive regard and self-regard, it represents a cornerstone of person-centered developmental theory. It is thought to have specific characteristics, for instance movement in a constructive and social direction.

The concept of the actualizing tendency has a great impact on person-centered therapeutic practice, as it implies a rather non-directive attitude. As just stated above, person-centered theory tends to facilitate the client’s capacities by providing specific therapeutic conditions, thus actualizing the client’s potential. This often leads to a rather passive understanding of the therapist’s role in the therapeutic process. To use a metaphor, person-centered practice sees the client rather as a wind-surfer taking advantage of the power of the wind. As compared to that, existential practice sees the client – and the therapist – rather as rowing through rough waters, and sometimes facing the calm of the wind with no other means than their own efforts to move forward. Existentialism holds that the human being is asked and *called by the world*.

Friedman – a Buberian – brings to light the opposition

between self-actualization and dialogue. He holds that existential thinking views the dialogue as a goal and the self-actualization as a by-product; for Rogers sometimes the encounter is seen as a value in itself, while at other times it is just a means of promoting self-actualization – according to Friedman (1986, 416) a ‘pseudobiological’ construct.

Challenging vs. facilitating through listening and empathic understanding

One finds here two opposing concepts (in German: „fördern“ und „fordern“). *Facilitating* („fördern“) means to support, help, and promote in the sense of following as ‘alter ego’ (primarily through communicating empathic understanding). Though emphasizing the encounter quality of a therapeutic relationship, in my view, PCT puts more weight on a non-directive attitude, i.e., not imposing anything onto the client. Opposed to that quality of listening and resonating is *challenging* („fordern“) the client, which means to demand, to call for, to expect something from the point of view of the ‘other’. That brings in the ‘opposing’ therapist as a partner, in the form of offering meaning, confronting, clarifying relationship, and self-involvement, preferably in the form of I-messages. Existential therapists usually employ such a perspective. Facing their existence, the client should be challenged regarding their free will, choices, decisions and responsibility for themselves and towards others. Here the danger of moralizing and of being directive, which Rogers absolutely wanted to ban from his approach, is evident.

Person-centered psychotherapy in its further development through Rogers himself makes the psychotherapist’s congruence (especially transparency) of the highest priority. With that, the interactive exchange is not only in conformity with theory, but perhaps is even as imperative as understanding the experiencing of the client. My friend and colleague, Wolfgang Keil (personal communication), puts it this way: ‘The person-centered therapist must challenge the enhancing force of the actualizing tendency’. The therapist is needed as an expert on him- or herself, and as a professional who is at the same time an existential companion along the way. To work ‘at the edge of awareness’ takes into account that which has just become possible; therefore the therapist is sometimes already a step ahead. But that certainly can be rejected by the client.

Choice between destructive and constructive vs. fundamentally constructive (as nature of human beings)

This contrast turned out to be one of the strongest controversies in the dialogues of Rogers with Buber (Rogers and Buber 1989, 41-63; Anderson and Cissna 1997), May (Rogers 1981, 1982; May 1982), and Laing (O’Hara 1995, 18-127). Rogers did not cease to underline that human beings are *fundamentally positive and social* creatures. In his utopian outlook, he believed that through education and social activities, such as encounter groups, destructive manifestations could be decreased significantly. Supposedly, Rogers’ own experiences with and in sheltered encounter groups contributed to his conviction. For him, destructive behavior is a result of social processes such as conditions of worth and failure of

positive regard. For most existentialists this position is simply untenable. There is always the option to be *destructive* or ‘evil’, there is always a ‘dark side’ in us. It belongs to our nature, to our equipment, to live with a destroying energy within ourselves. It is up to each individual to struggle with the destructive potential, to create a life that is pro-social by making adequate choices and decisions.

Taking a position vs. ‘trust in the process’ and ‘organismic self-regulation’ (‘wisdom of the body’)

While Rogers (1957b) works with the fundamental idea of the organismic nature of the human being, the existential perspective stresses the importance of the person’s choice.

Regarding personal evaluation the question arises nevertheless: Who or what is the valuing or decisive authority? The organism? The person? The I? The self? Quitmann (1991, 163) offers an answer: ‘The organism is a completely reliable partner ... but: it can not make decisions. Only the person, who is more than his organism, can decide and choose’. For this reason, the client in the search for coherence is, as the first step, called upon to turn to their *inner wisdom* for advice, to their felt sense (‘to let it happen’). It is nonetheless necessary for the (acting) person in order ‘to make it happen’ to *take a stand* upon incurring the consequences of implementing the decision, referring to their *conscience* and taking over *responsibility*.

Self-creation (-construction) vs. self-exploration (-discovery)

This pair of opposites is closely connected with the previous point. According to the existential view the congruent self is less *found* than *created* and put, wrestling, into the world. It is a task. It is not just there to be found. It has to be constructed.

Realization of meaning vs. (self-)actualization

This opposite emerges especially in a comparison between Frankl’s Logotherapy and Existential Analysis and the Person-Centered Approach (see also the section on existential therapies above). In Frankl’s Logotherapy and Existential Analysis, the *search for meaning* is seen right at the center of human existence. It is *the* motivational force, and thus a person’s being is dependent upon the fulfillment of personal values and personal meaning. For Frankl (1969/1988), finding meaning transcends the self.

As I pointed out earlier, Rogers did not define particular values or singular motivational systems. The only motivational system in PCA is the actualizing tendency. A person’s becoming and being congruent therefore is dependent upon the adequate *actualization* of their potentials and its representation in the self-concept.

In Frankl’s view, on the other hand, meanings have to be found and discovered, rather than construed and created, which resembles somewhat the notion of actualizing one’s own already-existing potential in the person-centered tradition.

In PCA there is also no rapport with the topic of *meaninglessness* as it has been discussed by Sartre, Camus and Yalom. For Rogers, it is in no way an existential dimension but rather the consequence of lacking congruence.

Loneliness/existential isolation vs. relationship/'encounter'

In my opinion, this controversial field is well illustrated in Rogers' commentary on the case of Ellen West (1961b/1980). In this case, Rogers arrives at very divergent opinions and evaluations from the Daseinsanalyst, Ludwig Binswanger, who in 1944 had presented the case. While Binswanger focused on the tragic fate and *existential isolation* of the young woman, who finally committed suicide, Rogers' comments on the case reveal both his therapeutic optimism and his deep conviction that the self-alienation and loneliness of the client could have been kept at bay through healing care and appropriate understanding in a nurturing *relationship*. For Rogers, 'existential isolation' is definitely not an 'existential given'.

Conclusion

The Person-Centered Approach as a prototype of Humanistic Psychology, to quote and affirm Yalom's conclusion, belongs to the 'American neighbors' (Yalom 1980) of the existential approach(es) in psychotherapy. While some essential elements of existentialism have moved into the theoretical foundation of the Person-Centered Approach (i.e., phenomenology, recognition of subjectivity, significance of authenticity, encounter, the specific understanding of research), some features of the person-centered identity (i.e., non-directivity, the organismic valuing process, the concepts of self and self-actualization) oppose a radical integration of the existential orientation into the PCA. This applies to Rogers who, in my view, took up a serious liaison with an existential perspective, but not an everlasting marriage, and also to Gendlin, who equated existential with experiential. Alternatively, Swildens' 'Process-oriented Client-centered psychotherapy' provides an existentially based conceptualization within the Person-Centered Approach (Swildens 1991; 2002).

All in all, in my view, the impulses that the existential approach can bring to psychotherapy have not yet been fully elaborated and discussed in the person-centered community (Cooper 2003b). In this sense, it would be worthwhile to explore the person-centered literature beyond Rogers and Swildens. I'm sorry to say that I could not cover this goal. Also the reader should forgive me for abstaining from quoting some of the primary existentialist sources.

At the same time, existential therapies can also profit by valuing, implementing, and applying in practice some person-centered principles. The positive effects of being client-centered, in terms of being open to the world as the client perceives and experiences it, seem obvious to me. These include the crucial role of empathy in PCA; a clearly non-authoritarian stance; a view critical of the therapist as an expert of client's matters, while seeing the client as the ultimate judge relying on their ability to figure out their concerns, experiences and decisions; and a reservation against methods and techniques that might interfere with the therapist's immediate experience of the client and of the encounter between the client and the therapist. All these aspects, in my view, are not taken for granted in existential approaches and should

therefore be given particular consideration by existential therapists.

In particular, the dynamic balance of polarities that I have described offers advantage for both models. Rogers shows in some respect balances: Regarding the free will of human beings he is a determinist *and* an existentialist. We can see a similar phenomenon in his understanding of science, where he reveals himself as a positivist *and* phenomenologist, and in regards to self-actualization, where he is an actualist/vitalist *and* adherent of encounter theory.

It is up to both orientations to avoid or, at least, to decrease one-sidedness and to integrate fruitfully such polarities as freedom *and* limitations, optimism *and* pessimism, autonomy *and* interdependency, an inward-focused openness (self-experience) *and* an outward-focused openness (openness to the world). On the one hand, the therapist acts as an empathic and positive regarding alter ego by trusting in the client's actualizing tendency and the organismic wisdom, and on the other hand challenges the client by being the other who enlargens and enriches the client's horizon through bringing in their own views and experiences.

References

- Anderson R and Cissna, KN (1997) The Martin Buber – Carl Rogers dialogue: A new transcript with commentary. Albany, NY: State University of New York Press
- Bohart A C (1991) Empathy in Client-centered Therapy: A contrast with Psychoanalysis and Self-psychology. *Journal of Humanistic Psychology*, 31(1), 34-48
- Braaten LJ (1961) The main themes of „existentialism“ from the viewpoint of a psychotherapist. *Mental Hygiene*, 45(1), 10-17
- Buber M (1923/1958) I and Thou. 2nd ed. New York: Charles Scribner's Sons
- Bugental J (1978) Psychotherapy and process: The fundamentals of an Existential-Humanistic Approach. Boston: McGraw-Hill
- Cain D (2001) Defining characteristics, history, and evolution of Humanistic Psychotherapies. In D Cain and J Seeman (Eds), *Humanistic Psychotherapies. Handbook of research and practice* (3-54). Washington, DC: American Psychological Association
- Cooper M (2003a). *Existential therapies*. London: Sage
- Cooper M (2003b) Between freedom and despair: Existential challenges and contributions to person-centered and experiential therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2(1), 43-56
- Cooper M (2004) Existential approaches to therapy. In P Sanders (Ed), *The tribes of the person-centred nation. An introduction to the schools of therapy related to the Person-centred Approach* (95-124). Ross-on-Wye: PCCS Books
- deCarvalho R (2005) Bugental, James FT In G Stumm, A Pritz, P Gumhalter, N Nemeskeri and M Voracek (Hrsg), *Personenlexikon der Psychotherapie* (75-77). Wien-New York: Springer
- Frankl V (1969/1988) *The will to meaning. Foundations and applications of logotherapy*. Expanded edition. New York: New American Library
- Friedman M (Ed) (1964/1991) *The worlds of existentialism. A critical reader*. Reprint. Amherst, NY: Humanity Books
- Friedman M (1986) Carl Rogers and Martin Buber. *Self-actualization and dialogue*. *Person-Centered Review*, 1(4), 409-435
- Gendlin ET (1966) *Existentialism and Experiential Psychotherapy*. In C Moustakas (Ed), *Existential child therapy* (70-94). New York: Basic Books
- Gendlin ET (1975) *Experiential Psychotherapy*. In R Corsini (Ed), *Current psychotherapies* (317-352). Itasca, IL: Peacock

ÜBERSICHTSARTIKEL

- Heidegger M (1927) Sein und Zeit. Halle: Niemeyer
- Hutterer R (1998) Das Paradigma der Humanistischen Psychologie. Entwicklung, Ideengeschichte und Produktivität. Wien: Springer
- Jaspers K (1931) Psychologie der Weltanschauungen. Berlin: Springer
- Jaspers K (1935) Vernunft und Existenz. Fünf Vorlesungen. Groningen: Wolters
- Kriz J and Stumm, G (2003) Aktualisierungstendenz. In G Stumm, J Wiltschko and WW Keil (Hrsg), Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung (18-21). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Längle A (Ed) (2000) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas
- Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. Fundamenta Psychiatrica, 1(16), 1-8
- Lukas E (2002) Lehrbuch der Logotherapie. Menschenbild und Methoden. München: Profil
- Maslow A (1962) Toward a psychology of being. Princeton: Van Nostrand [dt (1985): Psychologie des Seins. Ein Entwurf. Frankfurt/M: Fischer]
- May R (1969) The Emergence of Existential Psychology. In R May (Ed), Existential psychology. 2nd edition (pp 1-48). New York: Mc Graw-Hill
- May R (1982) The problem of evil: An open letter to Carl Rogers. Journal of Humanistic Psychology, 22(3), 10-21
- O'Hara M (1995) Streams. On becoming a postmodern person. In M Suhd (Ed), Positive regard. Carl Rogers and other notables he influenced (105-155). Palo Alto: Science & Behavior Books
- Prouty G (2002) Prä-Therapie: Eine Einführung zur Philosophie und Theorie. In WW Keil and G Stumm (Hrsg), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie (499-512). Wien-New York: Springer
- Quitmann H (1991) Humanistische Psychologie. Zentrale Konzepte und philosophischer Hintergrund. 2nd ed Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie
- Rogers CR (1957a) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 21, 95-103
- Rogers CR (1957b) A note on „The nature of man“. Journal of Counseling Psychology, 4(3), 199-203 [also in: H Kirschenbaum and V Land Henderson (Eds) (1989) The Carl Rogers reader (pp 401-408). Boston-New York: Houghton Mifflin]
- Rogers CR (1959) Review of „Rollo May, Ernest Angel, and Henri F Ellenberger (Eds), Existence: A new dimension in psychiatry and psychology“. American Psychologist, 4, 196-198
- Rogers CR (1961a) On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy. Boston: Houghton Mifflin [dt (1973): Entwicklung der Persönlichkeit. Stuttgart: Klett]
- Rogers CR (1961b/1980) Ellen West - und Einsamkeit. In CR Rogers and R Rosenberg, Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit (94-103). Stuttgart: Klett-Cotta
- Rogers CR (1969) Two Divergent Trends. In R May (Ed), Existential psychology. 2nd ed (84-92). New York: Mc Graw-Hill
- Rogers CR (1980) Client-centered psychotherapy. In HI Kaplan, BJ Sadock and AM Freeman (Eds), Comprehensive textbook of psychiatry. Vol III (2153-2168). Baltimore: Williams & Wilkins
- Rogers CR (1981) Notes on Rollo May. Perspectives, 2(1) [also in H Kirschenbaum and V Land Henderson (Eds), Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, BF Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others (237-239). London: Constable]
- Rogers CR (1982) Reply to Rollo May's letter. Journal of Humanistic Psychology, 22(4), 85-89 [also in H Kirschenbaum and V Land Henderson (Eds), Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, BF Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others (251-255). London: Constable]
- Rogers CR and Buber, M (1989) Dialogue. In H Kirschenbaum and V Land Henderson (Eds), Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, BF Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others (41-63). London: Constable [First publication: 1960; auch in M Friedman (Ed) (1964/1991). The worlds of existentialism. A critical reader (485-497). Reprint. Amherst, NY: Humanity Books]
- Rogers CR and Tillich, P (1966/1989). Paul Tillich and Carl Rogers: A dialogue. In H Kirschenbaum and V Land Henderson (Eds), Carl Rogers: Dialogues. Conversations with Martin Buber, Paul Tillich, BF Skinner, Gregory Bateson, Michael Polanyi, Rollo May, and others (64-78). London: Constable
- Sartre JP (1944/2000a) Zum Existentialismus – Eine Klarstellung. In JP Sartre, Der Existentialismus ist ein Humanismus und andere Essays (113-121). Reinbek: Rowohlt
- Sartre JP (1946/2000b) Der Existentialismus ist ein Humanismus. In JP Sartre, Der Existentialismus ist ein Humanismus und andere Essays (145-192). Reinbek: Rowohlt
- Schneider K (1998) Existential processes. In LS Greenberg, JC Watson and G Lietaer (Eds), Handbook of Experiential Psychotherapy (103-120). New York-London: The Guilford Press
- Schneider K (2005) May, Rollo Reese. In G Stumm, A Pritz, P Gumhalter, N Nemeskeri and M Voracek (Hrsg), Personenlexikon der Psychotherapie (315-317). Wien-New York: Springer
- Shlien J (1997) Empathy in psychotherapy: A vital mechanism? Yes. Therapist's conceit? All too often. By itself enough? No. In AC Bohart and LS Greenberg (Eds), Empathy reconsidered (63-80). Washington, DC: American Psychological Association
- Stumm G (2000) Die personale Existenzanalyse aus der Sicht des personzentrierten Ansatzes nach C Rogers. In AL Längle (Hrsg), Praxis der Personalen Existenzanalyse (S 85-98). Wien: Facultas
- Swildens H (1991) Prozeßorientierte Gesprächspsychotherapie. Köln: GwG (holl. Original: 1988)
- Swildens H (2002) Prozessorientierte Gesprächspsychotherapie. In WW Keil and G Stumm (Hrsg), Die vielen Gesichter der Personzentrierten Psychotherapie (187-206). Wien-New York: Springer
- Van Deurzen E (2001) Existential Counselling & Psychotherapy in practice. 2nd ed London: Sage
- Walsh RA and McElwain B (2001) Existential psychotherapies. In D Cain and J Seeman (Eds), Humanistic Psychotherapies. Handbook of research and practice (253-278). Washington, DC: American Psychological Association
- Yalom I (1980) Existential psychotherapy. New York: Basic Books [dt (1989): Existentielle Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie]
- Zimmermann F (1976) Einführung in die Existenzphilosophie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Anschrift des Verfassers:
Dr. Gerhard Stumm
Kalvarienberggasse 24
1170 Wien
gerhard.stumm@tplus.at

Vom Eindruck zum Ausdruck

Existenzanalyse einer depressiven Dekompensation

Erika Luginbühl-Schwab

Nachfolgend geht es um eine junge Frau, welche wegen einer depressiven Entwicklung und Panikattacken in Behandlung kam. Anhand dieses Fallbeispiels sollen das existenz-analytische Verständnis der Krankheitsentwicklung bei der Patientin erläutert und das therapeutische Vorgehen, das sich aus diesem Krankheitsverständnis ableitet, aufgezeigt werden.

Schlüsselwörter: Depression, Fallstudie

From the impression to an expression
Existential analysis of a depressive decompensation

The following article presents the case of a young woman who sought therapy because of a depressive downturn and panic attacks. Her case study is to explain the existential-analytical understanding of the development of the patient's pathology as well as the therapeutic procedure derived from this understanding.

Key words: depression, case study

1. Aktuelle Situation

Bei der Patientin handelt es sich um eine kleine, feingliedrige, attraktive junge Frau mit dunklen Augen und rötlich-braunen langen Haaren. Sie trägt modische und recht farbige Kleider. Beim Erstgespräch wirkte sie total erschöpft, schwach und zerbrechlich, und ihre Hände zitterten. Ihre Stimme war monoton, das Gesicht blass und etwas geschwollen, die Mimik starr, außer einem wiederholten feinen Zucken der Wangenmuskulatur. Sie erschien antriebsarm und saß in sich zusammengesunken im Stuhl. Meistens sah sie vor sich auf den Boden, und es kam kaum zu Blickkontakten. Obwohl sie dadurch eher zurückhaltend wirkte, beantwortete sie bereitwillig meine Fragen. Ihre spontanen Äußerungen kreisten um ihre aktuelle Lebenssituation. Dabei erschien sie ratlos und orientierungslos. Sie beschrieb ihr physisches und psychisches Befinden sowie ihre soziale Situation mit den folgenden Worten:

„Ich habe mich total verausgabt. Ich bin Mutter, ich arbeite, und ich studiere. Ich bin sehr leistungsorientiert, bin nie zufrieden mit mir und hatte schon mehrere kleinere Zusammenbrüche.“

Sie berichtete, sie sei sehr angespannt, könne seit Wochen kaum mehr schlafen und erwache bereits um drei Uhr morgens. Ihre Gedanken kreisten um die Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und im Studium. Das Zusammensein mit der Familie mache ihr keine Freude mehr, bei der Arbeit und beim Studieren falle es ihr schwer, sich zu konzentrieren und sie komme nicht vorwärts. Sie sei verzweifelt, habe Angst vor der Zukunft und wisse nicht wie weiter. Auch körperlich gehe es ihr schlecht, sie fühle sich kraftlos, könne fast nichts

essen, ihr sei dauernd übel, und sie müsse öfters erbrechen, meist sogar mit leerem Magen. Nähe ertrage sie nicht mehr, weder zu ihrem Kind noch zu ihrem Mann. Die Verantwortung für die Betreuung des Kindes habe deshalb ihr Mann ganz übernommen. Intimität in der Partnerbeziehung sei ihr zu viel und ihre Libido erloschen.

Der Patientin ging es sehr schlecht, und ich sah keine andere Möglichkeit, als sie krank zu schreiben. Es brauchte aber viel Überzeugungsarbeit meinerseits, bis sie einsah, dass es so nicht weitergehen konnte, dass sie erst einmal Ruhe brauchte, um wieder zu Kräften und zu sich selber zu kommen.

Diagnosen:

- Rezid. depressive Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD 10: F 33.11)
- Panikstörung (ICD 10: F 41.0)
- Probleme mit Bezug auf negative Kindheitserlebnisse (ICD 10: Z 61)
- Probleme mit Bezug auf die Erziehung (ICD 10: Z 62)

2. Kurze Zusammenfassung der Lebensgeschichte

Die Kindheitsgeschichte der Patientin kann in knappen Worten so zusammengefasst werden: Sie erlebte eine sehr traumatische Kindheit. Von ihrer egozentrischen, depressiven und suizidalen Mutter wurde sie vernachlässigt, herum geschoben und ausgenutzt, vom alkoholkranken, dissozialen und kriminellen Vater brutal zusammen geschlagen und in der Adoleszenz vom Großvater sexuell missbraucht. Einzig die Großmutter brachte ihr Verständnis und Wärme entgegen.

Durch die wichtigsten Bezugspersonen ihrer Kindheit erfuhr sie Gewalt, Gefühlskälte und Respektlosigkeit. Damit fehlten ihr die basalen Voraussetzungen zur Entwicklung der Grundbedingungen des Existenzvollzugs.

Trotzdem hat sie das Leben bis zu ihrem depressiven Zusammenbruch auf bewundernswerte Weise alleine gemeistert. Sie ist selbständig und überlebenstüchtig geworden. Mit 16 Jahren stand sie auf eigenen Füßen, hatte eine eigene Wohnung, absolvierte erfolgreich eine Lehre, machte anschließend die Berufsmatura, wobei sie Tag und Nacht arbeitete, um sich die Schule und den Lebensunterhalt finanzieren zu können. Sie lernte ihren Mann kennen, und sie gründeten eine Familie. Als sie zu mir kam, war sie die Ernährerin der Familie, und ihr Mann betreute das gemeinsame Kind. Mit viel Engagement und Herzblut arbeitete sie in einem sozialen Beruf und studierte berufsbegleitend an einer Fachhochschule. In den vorangehenden Monaten fühlte sie sich bei der Arbeit kräftemäßig überfordert. Dazu kamen Konflikte mit den Vorgesetzten und den ArbeitskollegInnen, und die Patientin geriet immer tiefer in eine Depression.

3. Existenzanalytisches Verständnis der Pathogenese der Depression

Zum Verständnis der Krankheitsentwicklung und des therapeutischen Vorgehens sollen nachfolgend das Strukturmodell der vier personal-existentialen Grundmotivationen (Längle, 1999) sowie das Prozessmodell der Person beigezogen werden (Längle, 1993a, 1003b).

3.1 Pathogenese aufgrund der vier personal-existentialen Grundmotivationen (GM)

1. GM: Dasein-Können

Die Patientin wurde in eine Welt hinein geboren, in der es für sie kaum Raum, Halt oder Schutz gab. Im Gegenteil, ihre Welt war bedrohlich. Von ihr wurde viel gefordert, und sie war schon als kleines Kind ganz auf sich allein gestellt. Sie ist dadurch sehr selbständig und tüchtig geworden. Sie ist eine Kämpferin, immer angespannt und beständig auf der Hut, was als nächstes passiert, bereit zu reagieren. Sie ist ruhelos, immer aktiv, und da sie viel zu leisten vermag, achtet sie kräftemäßig nicht auf sich und läuft Gefahr, sich zu überfordern und zu erschöpfen.

2. GM: Wertsein-Mögen

Die Patientin lebte nicht nur in einer bedrohlichen, sondern auch in einer kalten Welt. Sie kämpfte ums Überleben, um ihre Daseinsberechtigung, und ihre Eltern gaben ihr demzufolge auch keine Zuwendung, einzig bei der Großmutter spürte sie etwas Wärme. Insgesamt gab es in ihrem familiären Umfeld jedoch zu wenig Resonanz für die Entwicklung ihrer emotionalen Kompetenzen.

Es ist nicht verwunderlich, dass sie Schwierigkeiten hat in der Beziehung zu ihren Mitmenschen und zu sich

selber. Sie spürt zwar, dass sie Beziehungen braucht, und hat sich deshalb ein gutes soziales Umfeld geschaffen. Sie bringt aber nicht die Ruhe auf, um zu verweilen, innerlich bei sich oder bei anderen Menschen zu sein und sich berühren zu lassen. Bei zu großer Nähe in Beziehungen wird ihr eng, und sie zieht sich deshalb zurück. Dadurch fehlt ihr die Möglichkeit, aus Beziehungen Kraft und Vitalität zu schöpfen. Dieses Unvermögen, aus Beziehungen Kraft zu schöpfen, stellt nach existenzanalytischer Auffassung einen wesentlichen Grund für eine depressive Entwicklung dar.

3. GM: Sosein-Dürfen

In ihrer Kindheit wurde die Patientin kaum gesehen oder beachtet, sie wurde ganz im Gegenteil in ihrem Sosein abgewertet. Ihre Würde wurde von den Eltern und dem Großvater mit Füßen getreten, und darüber hinaus erfuhr sie in der Schule noch zusätzlich viel Abwertung. In der Kindheit lebte sie in der Vorstellung, „wenn ich es ganz gut mache und mir große Mühe gebe, dann interessiert sich jemand für mich und ich bekomme sogar Anerkennung.“

Um Anerkennung zu bekommen, hat sie in ihrem jungen Leben viel auf sich genommen. Dabei hat sie vor allem darauf geachtet, was die anderen von ihr erwarten, und nicht auf das, was sie selber möchte und was gut für sie ist. So hatte sie beispielsweise während der ersten Schwangerschaft körperlich schwer gearbeitet, weil sie der Meinung war, dass der Vorgesetzte das von ihr erwartete. Dabei hat sie erst spät, fast zu spät bemerkt, dass sie eine Gestose, eine Schwangerschaftsvergiftung, entwickelte und dringend Spitalbehandlung benötigte.

Einerseits übergang sie ihre persönlichen Bedürfnisse, andererseits vertrat sie – aus der oben beschriebenen Enge heraus – ihre persönlichen Ansichten übertrieben emotional und wurde deshalb nicht ernst genommen, was sie sehr verletzte. Insbesondere am Arbeitsplatz kam es zu heftigen Auseinandersetzungen, in welchen sie z.T. sehr verletzend geworden war. Sie hatte deswegen Schuldgefühle und fragte sich: „Wieso verheize ich mich? Wieso engagiere ich mich so stark, dass ich polarisiere? Wieso verletze ich Menschen, die ich gern habe?“ Ihre respektlosen Reaktionen taten ihr leid, denn die Achtung vor der Würde des Menschen bedeutet für sie den höchsten Wert, den sie anstrebt. Es ist bemerkenswert, dass sie gerade denjenigen Wert zu ihrem Thema macht, der bei ihr so missachtet wurde.

4. GM: Sinnvoll leben

Während es Menschen gibt, die mit ihrem Leben nichts Sinnvolles anzufangen wissen, wird die Patientin geradezu überschwemmt von den Anfragen der Situation. Sie sieht so viele Dinge, die sich ändern müssten auf dieser Welt. Aus ihrer tiefen inneren Not möchte sie am liebsten die ganze Welt verbessern und befürchtet, sich selber untreu zu sein, wenn sie sich nicht bis zur Erschöpfung für die Verbesserung der Welt engagiert.

3.2 Pathogenese aufgrund des Prozessmodells der Person

Anhand des Strukturmodells der vier personal-existentialen Grundmotivationen versuchte ich aufzuzeigen, was der Patientin in ihrer Kindheit gefehlt hat und wie sich das auf ihr heutiges Leben auswirkt.

Um die depressive Entwicklung bei ihr noch tiefer verstehen zu können, ist es hilfreich, auch noch darauf zu schauen, wie sie als Person mit sich und mit ihrer Umwelt umgeht.

Bei der Patientin zeigte sich, dass sie im Umgang mit sich und der Welt vorwiegend am Reagieren und nicht am personalen Handeln ist. Beispielsweise genügte ein Telefonanruf der Großmutter, sie sei krank, und schon saß die Patientin im nächsten Zug, um ihr helfen zu gehen. Ihr ganzes Programm warf sie über den Haufen.

Sie bezog sich kaum ein in das, was sie tat. Sie kam vom Eindruck direkt zum Ausdruck, und dabei fehlte ihre innere Stellungnahme.

Sie musste in der Therapie erst lernen nachzufragen, was der Großmutter überhaupt fehle, was sie genau an Hilfe benötige. Sie musste aber auch lernen, innezuhalten und Stellung zu beziehen und sich selber fragen, was sie geben kann und mag, wie sie sich selber fühlt und was für sie in der jetzigen Situation wichtig ist – der Großmutter helfen oder ihre persönlichen Pläne und Bedürfnisse bzw. diejenigen ihrer Familie verfolgen.

In den Gesprächen zeigte sich, dass es der Patientin deshalb Schwierigkeiten bereitete, zu einer Stellungnahme zu kommen, weil sie kaum Zugang zu ihren eigenen Gefühlen hatte. Als Kind lebte sie in der ständigen Angst, dass wieder etwas Schlimmes passiert. Sie war deshalb immer angespannt und bereit, auf schwierige Ereignisse zu reagieren. Ihre Aufmerksamkeit war nach außen gerichtet und nicht nach innen. Es war auch niemand da, der sie anfragte, wie es ihr geht, was sie eigentlich möchte. Sie kam gar nicht dazu, im Zusammenleben mit anderen Menschen auf ihre eigenen Gefühle und Gedanken zu achten. Wahrscheinlich war sogar das Gegenteil der Fall, und sie hatte aufgrund der traumatischen Erfahrungen in der Kindheit gelernt, aufkommende Gefühle zu unterdrücken und abzuspalten.

3.3 Pathogenese zusammenfassend

Die Patientin ist am Existenzvollzug behindert, weil ihr aufgrund der schwierigen Kindheit wichtige Grundvoraussetzungen dazu fehlen. Die größten Defizite scheint sie auf der Ebene der zweiten und der dritten Grundmotivation zu haben. Dazu kommen große Schwierigkeiten im Umgang mit sich und der Welt. Bemerkenswerterweise hat sie trotz der schrecklichen Erfahrungen in der Kindheit und Jugend ein sehr feines ethisches und moralisches Empfinden ausgebildet, und sie engagiert sich mit Leib und Seele für eine sozial gerechtere und menschlichere Welt. Dabei hat sie nur dieses

Ziel vor Augen und übergeht sich selber. Sie leistet unglaublich viel und erschöpft sich deshalb kräftemäßig, sie nimmt sich keine Zeit, um zu sich selber zu kommen, Beziehungen zu pflegen und den Wert des Lebens zu fühlen. Da sie sich als Person in ihrem Tun nicht mit einbezieht, ist sie am Agieren statt am Handeln. Sie reagiert auf ihre unmittelbaren Gefühle, zu welchen sie noch keine Stellung bezogen hat. Wenn sie unter Druck gerät, wenn es eng wird, agiert sie übertrieben emotional. Dadurch wirkt sie fragwürdig und kann so ihre Ideen/Überzeugungen schlecht vertreten. Sie stößt sogar auf Ablehnung und Kritik, fühlt sich abgewertet, verletzt und gekränkt. Aus dieser Verletzung heraus kommt es bei ihr zu einer Überreaktion, und sie wird nun ihrerseits verletzend. Im Nachhinein macht sie sich deswegen Selbstvorwürfe und hat Schuldgefühle. Erschöpft, traurig, frustriert, gekränkt und voller Selbstvorwürfe hatte sie in der aktuellen psychosozialen Überforderungssituation einer depressiven Dekompensation nichts entgegensetzen.

4. Therapeutisches Vorgehen und Behandlungsverlauf

Die Patientin stand gut zwei Jahre bei mir in Behandlung, und wir hatten etwas über 50 Gespräche in dieser Zeit.

Zu Beginn der Behandlung brauchte die Patientin Entlastung, Unterstützung und einen Schonraum, in welchem sie zur Ruhe und zu sich selber kommen konnte (1. GM). Ich empfand ihr gegenüber mütterliche Gefühle und begegnete ihr mit Empathie und emotionaler Wärme. Dadurch konnte sie erfahren, dass sie Zuwendung bekommt, auch wenn sie nichts leistet (2. GM). In dieser ersten Phase der Therapie lag das Hauptgewicht somit auf den ersten beiden Grundmotivationen.

Im späteren Verlauf verlagerte sich der Schwerpunkt auf die dritte Grundmotivation und insbesondere auf das Arbeiten an dem personalen Umgang mit sich und der Welt. Mit der Methode der Personalen Existenzanalyse versuchte ich die Patientin in einen Dialog mit sich selber zu bringen, um so zu einem Selbstverständnis zu kommen.

Dazu möchte ich ein Beispiel herausgreifen. Da die Patientin durch den Krankenstand meist zu Hause war, wurde die Beziehung zu ihrem Kind zu einem wichtigen Thema. Die Patientin schilderte, wie sie sich in der Beziehung zu ihm eingengt fühlte und sie nicht mit ihm allein sein könne. Das Kind ihrerseits lehnte sie ab und suchte die Nähe zum Vater. Die Patientin machte sich Selbstvorwürfe und verurteilte sich selber als beziehungsunfähig und egoistisch.

Was passierte da? Die Patientin merkte, dass es ihr eng wurde, wenn sie mit dem Kind zusammen war, und schloss daraus, noch bevor sie verstanden hatte, warum ihr eng wurde, dass sie beziehungsunfähig und egoistisch sei. Sie interpretierte ihr Erleben – „mir wird eng“ – als „ich bin egoistisch und beziehungsunfähig“.

Sie glaubte, damit eine Erklärung für ihr Erleben – „mir

wird eng in der Nähe des Kindes“ – und für ihr Verhalten – dem Kind aus dem Weg gehen – gefunden zu haben.

In dieser Situation war es therapeutisch wichtig, offen zu bleiben, sich nicht mit dieser Erklärung zufrieden zu geben, denn es ging darum, zu verstehen, warum ihr eng wurde, warum sie dem Kind aus dem Weg ging. Die Erklärung, die sie gab, war eigentlich ein Vorurteil: ein Engegefühl in Beziehungen bedeutet „beziehungsunfähig und egoistisch“ zu sein (auch hier wieder: vom Eindruck direkt zum Ausdruck). Es ging nun darum, die Patientin von ihrem Vorurteil wegzuführen und sie durch gezielte Fragen in einen Prozess des vorurteilsfreien Suchens und Verstehens der beiden Phänomene Enge und Rückzug zu bringen.

Meine Haltung im anschließenden therapeutischen Prozess war vorurteilsfrei, offen, phänomenologisch. Ich fragte, was denn für Gefühle aufkommen in dieser Enge, und die Patientin konnte für sich fassen, dass die Enge mit Angst verbunden war. Ich fragte weiter, was ihr denn Angst mache, was denn passieren könnte? Da wurde ihr bewusst, dass sie Angst hatte, sie könnte reagieren wie ihre Mutter oder ihr Vater, sie könnte ausrasten und dreinschlagen. Und das war die schrecklichste Vorstellung für sie. Sie lebte in einer dauernden Angst, so zu werden wie ihre Eltern. Da sie selber sehr impulsiv reagierte, hatte sie Angst davor, sie könnte das Kind anschreien oder gar schlagen.

In dieser Phase des Gesprächs wurde mir selber eng, und ich war versucht, sie zu beruhigen und ihr beispielsweise zu sagen, dass sie ja ein guter Mensch sei und nicht so wie ihre Eltern. Da wären wir aber auf halbem Weg stehen geblieben und dem Problem nicht wirklich auf den Grund gegangen.

Ich blieb deshalb dran und fragte, wie stellen sie sich vor, wie sie ihr Kind schlagen würden? Würden Sie die Kontrolle völlig verlieren und das Kind ernsthaft verletzen? Nein, ich würde ihm vielleicht einen Klaps auf den Hintern geben, wenn es mich nervt. Damit hatten wir den Impuls gefasst. Nun wandte ich mich dem auslösenden Affekt zu. Was für ein Gefühl könnte sich einstellen, wenn sie mit dem Kind allein sind und dieses sie nervt? Ich könnte wütend werden.

Nun fragte ich nach dem Gefühl, das ihr von ihrem Vater entgegen kam, wenn er sie geschlagen hatte. Bei ihm spürte und spürt sie blanken, vernichtenden Hass. Ihr Vater muss sie unglaublich hassen und droht ihr auch heute noch, sie umzubringen.

Nach existenzanalytischer Auffassung gehört die Wut auf die Ebene der 2. GM, denn auffallende Wut sucht Beziehung. Hass hingegen gehört auf die Ebene der 1. GM, da geht es um Sein oder Nicht-Sein.

Durch die oben beschriebene phänomenologische Analyse war es der Patientin gelungen, ihre mögliche Wut zu fas-

sen und sie vom Hass des Vaters abzugrenzen. Dadurch konnte sie sich ein kleines Stück von ihren Eltern abgrenzen und sich sagen: „*Ich bin nicht sie, ich bin ich.*“ (3. GM) Dadurch konnte sie sich von ihrer Angst, so zu werden wie ihr Vater oder ihre Mutter, etwas distanzieren.

Nun ging es noch um die Frage, weshalb sie sich von ihrem Kind zurückzog. Es könnte beispielsweise darum gehen, etwas Unangenehmes aus dem Weg gehen. Dann wäre dieses Verhalten vorwiegend psychodynamisch bestimmt. Die Patientin könnte sich aber auch aus gutem Grund von ihrem Kind zurückziehen, es könnte ihr dabei auch um einen Wert gehen, den sie für sich noch nicht gefasst hatte.

Durch mein Nachfragen wurde ihr bewusst, dass sie sich zurückzog, weil sie das Kind vor ihren allfälligen Wutanfällen schützen wollte. Diese Erkenntnis berührte sie tief. „*Das tut gut, es so anzusehen*“. Sie erlebte es auch als sehr befreiend und bekam dadurch eine ganz andere Einstellung zu sich als Mutter. Sie beurteilte sich nun nicht mehr als beziehungsunfähig und egoistisch, sondern als verantwortungsbewusste Mutter, die ihr Kind vor ihren Wutanfällen schützen möchte. So konnte sie sich als Mutter annehmen, und aus diesem neuen Selbstverständnis gelang es ihr dann zunehmend, eine entspannte und liebevolle Beziehung zu ihrem Kind und nunmehr zu ihren beiden Kindern aufzubauen, denn sie ist in der Zeit des Krankenstandes zum zweiten Mal Mutter geworden. Ohne Angst kann sie nun, wenn ihr Mann nicht da ist, über längere Zeit die volle Verantwortung für deren Betreuung übernehmen. Die Kinder hängen mittlerweile auch sehr an ihr und finden, sie sei die beste Mama.

Dank dieses entscheidenden Entwicklungsschrittes in der Therapie ist es ihr zunehmend möglich geworden, Nähe zuzulassen, ohne Angst zu empfinden. Daraus hat sich eine ganz andere Lebensqualität entwickelt, weil sie jetzt den Grundwert ihres Lebens fühlen und pflegen kann. In der Beziehung zu ihren Nächsten erfährt sie, dass es gut ist zu leben und dass es gut ist, dass es sie gibt.

Diese neuen Lebenserfahrungen mit Nähe, Beziehungen und einem sorgfältigen Umgang mit ihrer Emotionalität und mit sich selber führten sie aus der Depression. Ein halbes Jahr nach der Geburt des zweiten Kindes nahm sie eine neue Stelle an, wiederum in einem sozialen Beruf. Sie und ihr Mann arbeiten je halbtags und teilen sich die Betreuung der Kinder. Am neuen Arbeitsplatz geht es ihr gut, sie kommt mit Arbeitskolleginnen und Vorgesetzten gut zurecht und arbeitet wieder mit viel Engagement, ohne sich kräftemäßig zu überfordern. Die Therapie konnten wir nach zwei Jahren abschließen.

5. Ergebnisse

Die Patientin hat in knapp zwei Jahren eine beeindruckende Entwicklung durchgemacht. Sie ist ruhiger und gelassener geworden, sie hat einen guten Zugang zu sich selber, zu ihren Empfindungen und Gefühlen gefunden. Sie kann sich

selber fassen und über sich selber reflektieren. Im Umgang mit sich und der Welt wird sie nicht mehr so stark von ihren unmittelbaren Gefühlsregungen bestimmt, es gelingt ihr, dazu auf Distanz zu gehen, und sie hat einen personalen Umgang mit sich und der Welt gefunden.

- Sie hat eine liebevolle Beziehung zu ihren Kindern aufgebaut, in welcher sie Nähe zulassen und genießen kann und aus welcher sie Kraft schöpfen kann.
- Sie kann sich Ruhe gönnen, verweilen, mit ihren Kindern sein, ohne etwas leisten zu müssen.
- Sie agiert nicht mehr kopflos und lässt sich nicht mehr ausnutzen. „*Ich fühlte mich unter Tennisballbeschuss, und ich meinte, ich müsste jeden Ball annehmen, den man mir zuspielt.*“
- Sie gibt sich und ihren Mitmenschen mehr Raum und Zeit. Sie muss nicht immer auf alle Vorkommnisse sofort reagieren. „*Ich habe festgestellt, dass die Zeit manchmal für mich arbeitet.*“
- Es gelingt ihr, sich von ihrer Herkunftsfamilie abzugrenzen.
- Sie hat gelernt, ihre Kräfte einzuteilen und auf sich zu achten. Sie arbeitet, ohne sich kräftemäßig dauernd zu überfordern. „*Solange ich noch Spaß habe, mit meinen Kindern zu spielen, solange habe ich mich noch nicht verausgabt.*“
- Sie hat eine klare Meinung zu ihrer beruflichen Aufgabe, und diese kann sie nun ruhig und entschieden gegenüber den Vorgesetzten vertreten.
- Mit Konflikten am Arbeitsplatz kann sie gut umgehen, ohne auszurasen, zu verletzen oder verletzt zu werden. Sie muss nicht mehr kämpfen und ist in ihrem Verhalten nicht mehr von ihren unmittelbaren Gefühlen bestimmt.
- Sie hat nun einen guten Zugang zu sich und versteht sich viel besser. „*Ich bin mir viel näher.*“

6. Resümee

Aus existenzanalytischer Sicht sind die depressiven Erkrankungen auf der Ebene der 1. und 2. Grundmotivation anzusiedeln. Für die Therapie bedeutete dies, dass die Patientin in der ersten Phase Entlastung brauchte, um zu Kräften zu kommen und Empathie in der therapeutischen Beziehung, um zu erfahren, dass sie gemocht wird, auch wenn sie nichts leistet. Darüber hinaus hatte sie auch Defizite auf der Ebene der 3. Grundmotivation, d.h. auf der Ebene des Selbst, des „Sich-selber-sein-Könnens“, und insbesondere hatte sie auch Schwierigkeiten im Umgang mit sich selber und der Welt. Die Behandlung dieser Defizite und Probleme erforderten in der zweiten Phase der Therapie ein konfrontatives Vorgehen mit Hilfe der Methode der Personalen Existenzanalyse. Dadurch lernte sie, in einen Dialog mit sich selber zu kommen und sich so in ihr Handeln mit einzubeziehen und sich nicht mehr zu überfordern.

Dieser innere Dialog war nicht nur wesentlich für den Genesungsprozess. Er ist auch im Sinne der Prävention einer depressiven Dekompensation von Bedeutung.

Literatur

- Längle A (1993a) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Praxis der Personalen Existenzanalyse, Tagungsbericht der GLE, 92, 73-76
- Längle A (1993b) Schematische Darstellung der einzelnen Schritte der PEA. In: Praxis der Personalen Existenzanalyse, Tagungsbericht der GLE, 92, 77-84
- Längle A (1999) Was bewegt den Menschen. Die existentielle Motivation der Person. Existenzanalyse, 3,99,18-29

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. med. et lic. phil. Erika Luginbühl-Schwab
Kappelenring 54D
CH-3032 Hinterkappelen/BE
erika.luginbuehl@bluewin.ch*

Medien zum GLE-Int. Kongress Berlin 2008

„Für immer und ewig...?“ Parkkonflikte zwischen Sehnsucht und Realität

Live-Mitschnitte CD und DVD bestellbar bei

Auditorium Netzwerk

Tel.: 0049/76 31/17 07 43; Fax: 17 07 45

audionetz@aol.com

www.auditorium-netzwerk.de

Rauchen passt nicht in mein Leben

Silvia Längle

Es wird eine niederfrequente Therapie einer Patientin mit dem Anliegen, das Rauchen aufzuhören, geschildert. In der ausgiebigen phänomenologischen Analyse ihrer Rauchgewohnheiten zeigt sich der Hintergrund einer inkonsistenten Selbstbeziehung auf dem Boden eines unklaren Grundwerts. Es werden die Fremdanteile gehoben und durch eine authentische Stellungnahme ersetzt. Die Darstellung folgt dem therapeutischen Prozess und wird durch eine Methodenreflexion der Vorgangsweise abgerundet.

Stichwörter: Kasuistik, Phänomenologie, Personale Existenzanalyse, existentielle Grundmotivationen

Smoking doesn't fit into my life

A low frequency case study is presented of a patient who wants to stop smoking. An intensive phenomenological analysis of her smoking habits reveals a background of an inconsistent self-relationship on the basis of an insure fundamental value. Foreign parts are identified and replaced by authentic positioning. The presentation follows the therapeutic process and is completed by a methodological reflection of the proceedings.

Key words: casuistics, phenomenology, Personal Existential Analysis, existential fundamental motivation

Einleitung

Frau E kommt in psychotherapeutische Gespräche, weil etwas in ihrem Leben nicht passt: das Rauchen. Sie ist 40 Jahre, verheiratet, zwei Kinder, schlank, sportlich, eine liebenswürdige, warmherzige Persönlichkeit, klar in ihrer Beobachtung und eigenständig im Umgang mit sich. Sie ist im Haushalt und in Teilzeit selbstständig als Logopädin tätig.

Ich werde im Folgenden unsere Arbeit nach meiner ausführlichen Mitschrift schildern, so wie sie Schritt für Schritt erfolgt ist. Die Aussagen sind keine Interpretationen meinerseits, sondern wörtliche Zitate, auch wenn sie nicht unter Anführungszeichen stehen. Damit soll die schrittweise Vertiefung des Unverstandenen bis hinein in die Schicht der psychodynamischen Spannungen nachvollziehbar werden. Die Psychodynamik erweist sich dabei als Auswirkung einer ambivalenten Haltung in den anthropologischen Grundlagen im Sinne der Existenzanalyse, d.h. im Grundwelterleben, im Werterleben des eigenen Lebens. Die sich dem anfügende authentische Stellungnahme als Vollzug personalen Seins ist der abschließende existenzanalytisch-therapeutische Schritt.

Frau E hat schon vor einigen Jahren eine längere Therapie gemacht und ist aus dieser Arbeit heraus mit den relevanten Personen ihrer Geschichte versöhnt. Sie hat ein friedliches Gefühl für ihre Biographie, das sie in der Aussage auf den Punkt bringt: „Es darf so gewesen sein.“

Womit Frau E allerdings nicht im Frieden ist, ist ihr Rauchen. Es macht ihr Beschwerden (Kreislauf), und sie mag

den unangenehmen Geruch, diese „Stinkerei“, nicht. Sie hat schon öfter deswegen aufgehört zu rauchen, aber nie lange durchgehalten. Sie raucht derzeit zwischen sieben und zehn Zigaretten am Tag, je nach Situation. Sie möchte aber gänzlich aufhören. Für Frau E bleibt unverständlich, warum sie beim Rauchen so inkonsequent ist, was sonst – wie sie meint – nicht ihre Art sei. Diese Inkonsequenz möchte sie besser verstehen: Was hat es mit dieser Willensschwäche auf sich? Sie würde gerne das Aufgeben des Rauchens mit einem besseren Selbstverständnis verbinden.

Methodisch würde sich von der Existenzanalyse her eigentlich die Methode der Willensstärkung anbieten, um die Motivation für ein angestrebtes Ziel zu klären und zu stärken (Längle A 2000b). In diesem Fall steht aber das Bestreben im Vordergrund, zu verstehen, warum sie es nicht geschafft hat, auf das Rauchen konsequent zu verzichten, warum diese Unterschiede im Rauchverhalten bestehen und warum sie sich nicht treu sein kann. Dies stellt sich alsbald in der phänomenologischen Analyse als ein Thema der Selbstbeziehung dar.

Phänomenologische Analyse

Die Gespräche beginnen mit einer Beschreibung ihrer Situation. Die therapeutische Arbeit setzt dann an mit einer phänomenologischen Erhebung ihrer Rauchgewohnheiten. Das Nachfragen richtet sich zunehmend auf konkrete Situationen und das darin enthaltene Erleben. Dabei zeigt sich Folgendes:

Rauchen ist für sie ein Pausenritual. Es hilft ihr, vom Alltag einen Schritt zurück zu treten, auf Distanz zu kommen, aus ihrer Situation heraus zu treten und sich wieder sich selbst zu zuwenden. Frau E meint sogar, es habe etwas von einer

Trotzreaktion, kann aber nicht fassen, wogegen sich der Trotz richtet. Auch war unklar, warum sie Pausen braucht, wovon sie sich distanzieren möchte.

Ihren Alltag, ihr Familienmanagement und ihren Haushalt lebt sie nach einem Plan. Dabei ist es ihr wichtig, möglichst effizient zu sein und darin eine Struktur zu behalten. Hier findet sich ein eklatanter Unterschied zu der Zeit, die sie mit Rauchen verbringt. Rauchen ist gestattete ungeplante Zeit, die in offensichtlichem Kontrast zur verplanten Zeit steht. Diese Erkenntnis wird weiter bestätigt durch die Beobachtung, dass sie in Urlaubszeiten und auf Reisen kaum ein Bedürfnis nach einer Zigarette hat. Kaum ist sie aber wieder zu Hause, wird das Verlangen drängend. Diese Beobachtung leitet uns an, phänomenologisch dem Lebensgefühl zu Hause nachzugehen. Dabei wird deutlich, wie sie in ihrer Hausarbeit von einer Tätigkeit zur nächsten springt (aufräumen, staubsaugen, Waschmaschine einräumen, Wäsche aufhängen, kochen etc). In Gedanken ist sie nie ganz bei der Sache, sondern immer schon dort, was sie als nächstes noch schnell erledigen könnte. Sie fühlt sich dabei wie ein „Hamster im Rad“.

Sie kann dieses Gefühl nicht verstehen, da sie ein Leben hat, das sie wirklich will. Und dennoch ist es immer wieder so, dass sie – wie sie sagt – alles nervt, sogar Dinge, die sie mag. Es hat sie z.B. gerade in den letzten Tagen überrascht, wie lustlos und genervt sie mit dem Hund zum Tierarzt ging. Selbst der geliebte Hund wird ihr „übrig“, bis sie beim Arzt realisiert, dass seine Gesundheit in Gefahr sein könnte. In dem Moment ist es, als ob sie aufwachte, und nun erlebt sie erst ihre Verbundenheit mit dem Tier.

Nach diesem ersten Abschnitt phänomenologischer Erhellung geht es um eine Vertiefung des Verstehens. An konkreten Alltagsbeispielen versuchen wir nachzuvollziehen, wie sie zum „Hamster im Rad“ wird. Frau E ist bei ihren Arbeiten schnell, wendig, sie erledigt in einem ineinander geschachtelten Rhythmus vieles nahezu parallel. Sie ist dabei ganz konzentriert auf das, was sie jetzt noch schnell machen kann. Genau dann, wenn sich ihre Aufmerksamkeit so einengt, kommt sie in dieses „Hamster-im-Rad-Gefühl“. Die Zigarette bietet ihr dann einen kurzen Ausstieg aus dem Rad. Als sie sich in unserem Gespräch ihren Umgang mit sich selbst vergegenwärtigt, bekommt sie einen Ärger über sich selbst. Sie erlebt, dass sie sich als Person dabei übergeht, geradezu missachtet. Sie ist überrascht, wie sehr ihr so eine Achtlosigkeit mit sich immer wieder passiert, obwohl sie um einen sorgfältigen Umgang mit sich bemüht ist und in Yoga und Meditation gerade in der Übung der Achtsamkeit zu einer Haltung gelangt, die sie vor dem Einstieg in das Hamster-Rad schützt. Denn ihre Haltung zu sich und zu dem, was sie tut ist dann beziehungsvoll. Sie erlebt dann ihr Tun erfüllender. Frau E hat selbst die Erfahrung gemacht, dass letztlich ihre *Haltung* entscheidend ist und weniger das, was sie tut, ganz gleich ob sie nun putzt oder liest.

In Urlaubszeiten, wenn sie z.B. mit ihrem Mann und den beiden Kindern einige Zeit in ihrem Landhaus verbringt, ist für Frau E diese Achtsamkeit viel anhaltender zu erreichen. Sie wird ruhiger, und es fällt ihr leicht, nicht zu rauchen. Aber

allein der Alltag in der Stadt mit seinen Terminen und seinem Druck erzeugt wieder die Gier nach der Zigarette.

Schichten des Unverstandenen

Nach dieser phänomenologischen Einstiegsphase von zwei Stunden widmen wir uns der vertiefenden Erhebung der Umstände, die das Rauchen verstärken bzw. entlasten. Wir lassen lösungsorientierte Ansätze beiseite, da Frau E von sich aus schon einiges in diese Richtung unternommen hatte wie Yoga und Meditation. In der phänomenologischen Haltung achten wir darauf, was sich im Gespräch „von sich her zeigt“ (Heidegger). Wir sind bemüht, möglichst nichts an Verständniszusammenhängen oder gar Erklärungen hineinzutragen, sondern verweilen bei dem, was sich einstellt. Für Frau E zeigen sich immer wieder neue Schichten von Unverstandenenem. Anfangs war es ihre Inkonsequenz beim Rauchen, dann die Missachtung ihrer eigenen Person, wenn sie wie ein Hamster im Rad läuft, und nun zeigt sich eine immer wieder aufkommende Beziehungsarmut zu sich, die ihr Bemühen um Achtsamkeit wieder zunichte macht.

So wandten wir uns in den nächsten Stunden den unverstandenen Lebensbereichen zu. In der Beobachtung, wie Frau E mit sich im Alltag umgeht, zeigt sich weiter: Immer wieder nimmt sie sich vor, dem, was ihr wichtig ist (wie Lesen, kreatives Gestalten) auch Raum und Zeit in ihrem Leben zu geben, doch immer wieder lässt sie sich durch sich selbst („mach noch schnell etwas dazwischen“) und andere davon abbringen (z.B. durch einen unvorhergesehenen Besuch, den sie ausufern lässt). Sie resümiert diese Beobachtung in der Erkenntnis: „Ich nehme mich zu wenig wichtig!“ Sie spürt zwar, was gut wäre, aber sie geht nicht darauf ein, bzw. hält es nicht durch. Sie vertröstet sich, hält sich hin, enttäuscht sich. Im nochmaligen Hinschauen, bei dem ihr das Gesagte durch die Therapeutin wiederholt wird, findet Frau E ihr Gefühl dazu und sagt spontan: „Das klingt grausig, ganz grausig. – Wie mich nicht ernst nehmen. Wenn jemand anderer so mit mir umginge, mich liebevoll vertröstet, aber mich dabei nicht ernst nimmt, das wäre ganz unerträglich!“ Sie hat Erfahrung, wie gut es ist, wenn man sich ernst nimmt. Einmal hatte sie wegen Gicht jahrelang kein Fleisch gegessen. Damals – so erinnert sie sich – war es bunt in ihr, und es fing in ihr zu singen an. Danach sehnt sie sich wieder, doch nun „hebelt es sie am Weg immer wieder aus“, wie sie sagt.

An dieser Stelle des Gesprächs wird ihr bewusst, dass eine ähnliche Inkonsequenz nicht nur beim Rauchen auftritt, sondern sie findet analoge Erfahrungen auch in anderen Kontexten, wo es um eigene Interessen wie z.B. ihre Gesundheit oder Entspannung geht.

Doch über diese Hebelkraft wissen wir zu dem Zeitpunkt noch fast nichts: Woher kommt sie, welche Kraftwirkung, welche Dynamik kommt da immer wieder zur Wirkung?

Eigenes Ringen um sich

Da nun die Sommermonate mit längeren Unterbrechungen kommen, nimmt sich Frau E als Übung vor, den achtsa-

men Umgang mit sich auszubauen, um so das Bedürfnis nach der Zigarette zu erübrigen. Gerade die Ferienaufenthalte auf dem Land unterstützen diese Vorgangsweise. Frau E fällt auf, dass sie sich morgens beim Aufstehen genau fragen muss, was für sie persönlich heute wichtig ist, was sie braucht und erst dann die Liste der Arbeiten aufstellt, „sonst fehle ich mir selbst am Ende in der Liste. Die Arbeit springt mich monsternmäßig an, und dann habe ich gleich Rückenschmerzen.“ Wenn sie mit ihren eigenen Plänen vage und unkonkret bleibt, dann erlebt sie es so, als ob innerlich der Faden zu ihr reißen würde. Nach mehreren Wochen Sommerferien gemeinsam mit ihrem Mann und den Kindern mit Aufmerksamkeitsübung und Training der Bewusstheit für sich und kommt sie mit der Erfahrung zurück: „Die Zeit gehört jetzt mir.“ Sie beschreibt, dass sich für sie die Wahrnehmung der Zeit verändert hat. Sie ist nicht mehr getrennt in eine Zeit für Arbeit und in andere Zeit für sich, sie ist eins geworden. Wenn sie eine Arbeit verrichtet, erlebt sie es nicht mehr als Verzicht auf sich.

Nach den Sommerwochen ohne Rauchen hat sie zwar jetzt in der Stadt wieder begonnen, aber sie ist insofern zufriedener damit, weil sie sich insgesamt lockerer fühlt. Wir haben uns in der Arbeit bisher nicht auf das Beenden des Rauchens konzentriert, denn aufgehört hat Frau E schon oft. Ihr Problem ist es, etwas durchzuhalten, das sie für sich als gut empfindet. „Etwas hebt mich immer wieder aus“, hat sie vor einigen Stunden festgestellt. Natürlich ist Frau E im Ringen mit ihrem noch offenen Suchtproblem, die momentane Entspannung ist noch keine endgültige Lösung.

In einer Personifizierung ihrer Sucht, die sie von sich aus bildet, wird dieses Ringen griffiger. Sie empfindet ihre Sucht wie einen kleinen Teufel. Und wenn der Gusto nach Rauchen da ist, mag sie nicht verzichten, sondern: „Ich gehe dann von meinem Thron herunter und mache dem Teufel Platz.“ Erstaunt melde ich ihr meine Wahrnehmung zum Machtverhältnis zwischen ihr und dem „Suchtteufel“, nämlich dass sie quasi kommentarlos ihren Thron räumt. Das erstaunt auch Frau E, woraufhin sie wieder zehn Tage nicht raucht und in dieser Auseinandersetzung zum Teufel die Erfahrung macht, dass er eigentlich kein hässliches Monster sei, sondern sich nur dann aufbläht, wenn sie sich ihm mit Gewalt nähert. Wenn sie sich ihm mit einem freundlichen „Bitte“ nähert, kommen sie zu einer ruhigen und friedlichen Lösung. In den nächsten sechs Wochen raucht Frau E nur ganz vereinzelt zusammen mit einer Freundin. In unsere Gespräche drängen sich aktuelle berufliche Themen herein, die aber auch mit Entschiedenheit zu tun haben.

Finden des Eigenen

Frau E träumt nun mehr. Im Traum beschäftigt sie das Thema der Gespräche: die noch offene Entscheidung, ob sie sich in verlässlicher Weise ernst genug nehmen will. Sie erlebt in ihren Träumen, dass sie immer den bequemeren Weg sucht. „Bloß sich nicht zuviel anstrengen“, dieses Motto gilt für alles im Leben. Dahinter steht die Befürchtung, es könnte sonst „verbohrt“ sein, und sie könnte nicht mehr sehen, was

um sie herum los ist. Dieser zunächst unverständlichen Formulierung gingen wir nach. Solche Verbohrtheit kennt sie aus ihrer Familie: die fixen Vorstellungen ihrer Mutter, den Fanatismus des Onkels, die Unnachgiebigkeit und Härte des Großvaters. Diese Erfahrungen haben ihr ein Bild von Disziplin eingeprägt, von dem sie weiß, dass sie auf keinen Fall so werden möchte. Diese Träume weisen in ihrem emotionalen Gehalt auf Wirklichkeiten, mit denen sie in Auseinandersetzung ist, und von denen sie sich auch abgrenzt. Dennoch ist sie unfrei, ihr Eigenes zu finden.

In den Träumen liegt ein entscheidender Hinweis, den ich allerdings zu dem Zeitpunkt übersehen und nicht angesprochen habe: Sie thematisiert, dass sie es nicht mag, nicht zu sehen, was um sie herum los ist. Das ist für sich genommen so banal wie evident und für Frau E so selbstverständlich passend, dass es mir nicht ins Auge gestochen ist, welche Bedeutung es in Bezug auf die genannten Personen haben könnte: Was haben Mutter, Großvater, Onkel nicht gesehen, was um sie herum war? Es deutet auf ein Faktum hin, nämlich selbst zuwenig von ihnen gesehen und geliebt worden zu sein. Dies ist ihr als Faktum zwar bewusst und ist in ihrer früheren Therapie bereits tief bearbeitet worden. Aber dieses Nicht-beachtet-worden-Sein hat offenbar in ihrer Beziehung zu sich selbst noch etwas offen gelassen.

Nun verfällt Frau E wieder Wellen des Rauchens: fünf bis zehn Zigaretten am Tag. Die heftigen inneren Auseinandersetzungen führen zu Vorwürfen, wenn sie raucht, und zu Hochgefühlen, wenn es ihr gelingt, nicht zu rauchen. Es begleitet sie ein bestimmtes Gefühl zu ihrem Selbstwert: „Du bist dir noch nicht wert genug, um nicht zu rauchen.“ Dieses Gefühl war die Grundlage ihrer Unentschiedenheit. Denn bis dahin war es noch nicht klar, ob sie wirklich auf das Rauchen verzichten will. Sie hat bisher nur ausprobiert, ob es sich nicht erübrigen würde...

Das Unverständene, warum sie die Abstinenz nicht durchhält, erweist sich immer klarer als Ambivalenz in der Selbstwertfrage: „Bin ich es mir wert, etwas zu lassen, das ich nicht wirklich mag bzw. etwas zu tun, das ich als gut für mich erlebe, und zwar ernsthaft, für mich verlässlich?“

In der folgenden Stunde vermittelt Frau E spürbar, wie genervt sie vom Alltag ist, immer wieder sagt sie auch, wie lästig ihr alles ist. Es ist uns beiden unverständlich, warum ihre Unzufriedenheit so groß ist. Natürlich raucht sie wieder mehr, wir sprechen von einem veritablen Rückfall.

Was liegt ihm zugrunde? Es ist auffallend, wie gewissenhaft Frau E darum bemüht ist, dass sie es gut mit sich hat. Dennoch herrscht eine Atmosphäre vor, dass es in ihrem Leben „lästig ist“. Unter diesen Umständen drängt sich jene Frage auf, die wir als die Grundwertfrage der zweiten Grundmotivation kennen: „Mag ich eigentlich leben?“ Ganz direkt frage ich nun Frau E diese Frage, die sich mir so aufdrängt. Ihre Antwort ist ein ganz unmittelbares und offenes „Ja, wenn ... ja, wenn Musik in mir ist, wenn es in mir singt, ja dann ist es ganz eindeutig, dann mag ich leben.“ – „Und sonst? Wie ist es dann, wenn es nicht singt?“ Nach einer Pause sagt Frau

E: „Sonst ist so eine Gefühl in mir: Lästig, dass es mich gibt.“

In diesem Satz erkennt Frau E die Grunderfahrung ihrer Kindheit wieder. Sie hört, was ihr relevante Personen ihrer Kindheit wiederholt vermittelt haben: Für ihre Mutter, ihren Großvater war es lästig, dass es sie gab. Das hat sie trotz des Einsatzes ihrer Großmutter für sie zu spüren bekommen. Frau E trägt aber nicht nur die Erinnerung in sich, dass ihre Existenz für das Leben anderer lästig war, sondern sie merkt auch, dass dieser Satz längst zu einem eigenen Gefühl sich selbst gegenüber geworden ist. Was sie einst von bedeutenden Menschen in ihrem Leben erlebt hat, trägt sie nun als eigenes Lebensgefühl in sich und es hat ihre Grundstimmung geprägt. Es ist jene Gestimmtheit, die sich ihr immer wieder aufdrängt, wenn sie nicht ganz bewusst und zugewandt auf sich und ihren Umgang mit sich schaut, sondern einfach ihrem Lebensfluss freien Lauf lässt.

Aber ist das Übernommene und Internalisierte schon der tiefste Boden der Existenz, oder ist da noch ein Erfühlen, das auf eine eigene Tiefe verweist?

Frau E erlebt in der kommenden Woche, wie dieses Heraus-schälen des Fremden in ihr selbst eine – wie sie sagt – Lawine des nochmaligen Loslassens von ihrer Großmutter, die so viel für sie auf sich genommen hat, in Gang bringt.

Das führt Frau E in ein verändertes Lebensgefühl – sie empfindet ihr Leben nun als leicht und selbstverständlich, nicht mehr als Kampf, wie sie es gewohnt war. Der Kampf, den sie bisher in sich geführt hat, empfindet sie jetzt deutlich als einen Kampf um ihre Lebensberechtigung, der jetzt immer mehr einer spontanen Lebensfreude weicht. Es fällt ihr auf: „Die Dinge fangen wieder zu singen an.“

Dies ist der Prozess, in welchem sich Frau E von den Internalisierungen ihrer Lebensberechtigung löst und – im Freiwerden ihres eigenen Spürens – den Wert ihres Daseins selber zu spüren beginnt. Sie erlebt, dass sie in selbstverständlicher Weise dazu gehört, und – wie sie sagt; „Nichts reibt, nichts tut weh dabei. Einfach ein Teil zu sein, ohne dass es gut oder schlecht ist. Einen Platz gefunden zu haben, dazu zu gehören im Sein, in der Welt, im Leben. – Es ist das Erleben: Es ist mein Platz.“ Ihre Feststellung dazu ist: „Ich freue mich auf morgen.“

Nicht dass sie dieses Gefühl von früher nicht kennt, aber „es war punktuell, während es jetzt wie ein geschlossener Kreis ist.“ Die Beschränkung ihrer Lebenszustimmung auf ein Punktuell „Ja“ hat immer wieder weg vom intendierten Weg geführt – hier fassten wir die Dynamik, die sie ständig ausgehebelt hatte.

Neu war nun für Frau E ihre Beziehung zu sich selbst. So entspannt hatte sie ihr Sein für sich selbst noch nie wahrgenommen. Es ist ein zutiefst positives Erleben von: „Jetzt bin ich bei mir angekommen“. Um im existentiellen Sinn wirklich angekommen zu sein, braucht es im therapeutischen Kontext das aktive Bergen dieser Begegnung mit dem intimsten eigenen Gefühl für sich selbst.

In den folgenden zwei Stunden widmen wir uns dieser Stellungnahme zu sich selbst. Es geht darum, im inneren Spre-

chen mit sich selbst zu einem ernst zu nehmenden Gegenüber zu machen und sich zu sich zu positionieren. Frau E findet in dem von Ambivalenzen befreiten Selbstgefühl etwas, was sie als ihr Ureigenstes bezeichnet.

Wie kann dieses Gefühl „ich mag leben“, das aus dem Gespür kommt „es ist gut, dass es mich gibt“, tiefe eigene Überzeugung werden und nicht nur situativ wohlthuender Balsam sein?

In diesen zwei Wochen, die dem Bewusstwerden ihrer Internalisierung der Ablehnungen folgen, breitet sich in ihr nach und nach ein Lebensgefühl aus, das aus ihrer eigenen Tiefe kommt mit dem Empfinden: „Ich für mich mag leben. Ich mag es, dass es mich gibt.“

Nun ist sie überzeugt, dass sie selbst mit der Tatsache ihrer Existenz nicht hadert. Dass sich ihre Entschiedenheit für sich äußert in einer Bereitschaft, sich ganz auf sich einzulassen. Die Klarheit, dieses JA zu sich, findet seine Entsprechung in einem Versprechen, sich nicht im Stich zu lassen, einem Akt der Selbstbesinnung und Selbstreferenz. Äußerlich wird damit für Frau E klar, dass sie jetzt richtig aufhören will zu rauchen. Jetzt kann sie erst die Entscheidung fällen, sich selbst aktiv für die Überwindung der Suchtmomente zu bemühen, aber auch sich und die Situationen zu verstehen, die zu Einbrüchen führen.

Der Tanz mit der Sehnsucht weicht einer konsequenteren Auseinandersetzung mit den Erwartungen an sich, aber auch dem Leiden, den Bedürfnissen und Schwächen: es befreit zu einem beziehungsvollem Umgang mit sich und zur Offenheit, sich zu verstehen und anzunehmen. Dies sind Themen der weiteren Gespräche.

Hintergrund der Therapie

Schon in den ersten Gesprächen hat sich herausgestellt, dass es in der Arbeit mit Frau E nicht um eine Stärkung der Ressourcen geht. In dem Falle wäre die Willenstärkungsmethode (Längle A 2000b) angemessen gewesen. Frau E erlebte sich durch etwas „Nichtverstandenes“ wie „ausgehebelt“ und verlor dadurch den Zugang zu ihren Ressourcen immer wieder aufs Neue. Als Vorgangsweise war daher der Weg der prozessorientierten Selbstfindung zu wählen, wofür die Personale Existenzanalyse (PEA) (Längle A 2000a) hilfreicher ist, denn sie umgreift die offene Frage der Selbstbeziehung.

Der Einstieg in die Arbeit ist in der Existenzanalyse allemal phänomenologisch, ist ein Schauen auf das, was sich zeigt – möglichst frei von Vorannahmen. Erst in dieser Phase klärt sich die Wahl der Vorgangsweise und Methode; läuft es auf eine Arbeit mit der PEA hinaus, ist dieser Schritt auch für diesen Fall der notwendige, aber methodisch noch unspezifische Einstiegsbereich (PEA 0). Bei Frau E blieben wir ungewöhnlich lange, etwa zwei Drittel der Zeit, im phänomenologischen Schauen in der Haltung: „Was ist eigentlich das Problem?“ Das heißt, es geht darum, die Schichten des Unverstandenen zu lichten, bis es sich zeigt: ‚Um das geht es zutiefst, da sind wir jetzt am Wesen des Problems‘. Bei Frau E hatte das phänomenologische Vorgehen sein Ziel erreicht, als deutlich wurde, worin das Unverstandene besteht: näm-

lich in der ambivalenten Haltung dem Leben gegenüber, in dem unnatürlichen Wechsel zwischen innerer Anteilnahme und Lustlosigkeit.

In diesem Nachgehen dem Unverstandenen schälte sich also heraus, wo das Leben einen Eindruck auf die Person hinterlassen hat, der nicht integriert war und sich daher im Personvollzug störend auswirkte. Das Heben dieses Eindrucks war Aufgabe des nächsten Schrittes (PEA 1). Auch hier blieb die Therapeutin in einer phänomenologischen Haltung, abwartend was sich zeigt. Auf der Inhaltsebene verdichtete sich die Thematik zunächst nur atmosphärisch aber doch deutlich im Grundwert („Mag ich leben?“, Thema der zweiten Grundmotivation - Längle A 2008). Auf das Thema wurde mit gezielteren Fragen nun eingegangen. In der Antwort von Frau E zeigte sich die aktuelle Unklarheit ihres Grundwertes. In ihrer primären Emotion in Bezug auf den Grundwert mischten sich widerstreitende Gefühle, und es brachte eine erste Zuordnung in Eigen- und Fremddanteile („Ich mag leben, aber ... für die *anderen* war ich lästig“). Ganz spontan entwickelte sich die weitere personale Verarbeitung des Eindrucks im Sinne der PEA. Frau E erkannte in ihrem Gefühl ihre Biographie als unwillkommenes Kind wieder, mit der sie zwar ausgesöhnt ist („es darf so gewesen sein“), die aber offenbar noch eine starke innere Präsenz hat (phänomenaler Gehalt). Die

Zuordnung des Lebensgefühls „lästig“ zu den anderen ermöglichte ihr eine weitere Abgrenzung, die sie als emotionales Freiwerden und Entspannung erlebte („... es ist mein Platz“). Dieser Prozess des Verstehens, der eine weitere Annäherung an sich selbst ist, mündete in der Anfrage an sich: Wie stehe ich selbst dazu, dass es mich gibt (PEA2 - Stellungnahme)? Es forderte eine eigene Antwort. Dieser personale Prozess ist eine tiefe Begegnung mit sich selbst, letztlich eine Klärung und Vertiefung der Beziehung zu sich. Wie diese Beziehung in der Welt gelebt werden kann, ist Thema der Ausklangphase PEA 3, wo die konkreten Hürden der Umsetzung auftauchen und praktisch zu lösen sind.

Literatur

- Längle A (2000a) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hrsg): Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas, 9-38
- Längle A (2000b) Die Willensstärkungsmethode (WSM). Existenzanalyse 17, 1, 4-16
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A, Existenzanalyse und Daseinsanalyse. 23-179, Wien: UTB

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Silvia Längle

A-1150 Wien

Eduard Sueß Gasse 10

silvia.laengle@existenzanalyse.org

Zum Glück braucht der Mensch Sinn

Hotel Mercure Bregenz, 27.-28. September 2008

Herbstsymposium der GLE-Ö in Kooperation mit der IGEAP-Schweiz

Zwischen unsinnigem Glück und glücklosem Sinn

a.o. Univ. Prof. Mag. Dr. Emmanuel J. Bauer

Sinn - Bedürfnis, Notwendigkeit oder Auftrag?

DDr. Alfried Längle

Glück-Suche durch die Jahrhunderte

Mag. Dr. Astrid Görtz

Selbstwertstärkung in Beratung und Therapie

Dr. Christoph Kolbe

Öffentliche Vorträge mit Diskussion zum Tagungsthema

von DDr. Alfried Längle und Dr. Christoph Kolbe

Kulturzentrum „Am Bach“/Götzis, 26. 9., 19:30

Information

GLE-Ö, Einwangg. 23/11, 1140 Wien

Tel.: 01/897 43 39; gle-oe@existenzanalyse.org, www.gle.at

Der Traum – ein Leben?

Christine Koch

Am Beispiel der Lebensgeschichte eines Klienten wird versucht, die spezielle Ausprägung der „Paraexistentiellen Persönlichkeitsstörung“ in ihrer Psychopathologie und Psychopathogenese zu beschreiben, in Abgrenzung zu den anderen Persönlichkeitsstörungen des Selbst. Anhand der psychotherapeutischen Arbeit und Beziehung wird die Problematik sichtbar gemacht.

Die Frage nach dem Sinn stellt sich fast jedem Menschen, unabhängig von psychischen Störungen, wenn auch nicht immer bewußt. Erst im Zusammenhang mit gravierenden Defiziten in den personal-existentiellen Grundmotivationen und der Ausbildung von kompensierenden Copingstrategien kann die „Sinnfrage“ zum mitbestimmenden Faktor einer Persönlichkeitsstörung werden.

Schlüsselwörter: existentielle Grundmotivationen, Paraexistentielle Persönlichkeitsstörung, Sinnfrage

A dream is life

Using the example of the life of a particular client, an attempt is made to describe the special characteristics of a „personality disorder“ in its psychopathology and psychopathogenesis, as distinct from other personality disorders. The description of the psychotherapy and the therapeutical relationship illustrates the problems.

Virtually every human being, whether or not he is suffering any psychological / mental disorder, asks himself the question about meaning, even if he is not aware of it.

Only in connection with serious deficiencies in basic personal-existential motivation and the development of compensating coping strategies, the question for meaning can become a contributing factor in a personality disorder.

Key words: question for meaning, basic existential motivations, personality disorder

Einleitung

Der Titel stammt von einem Theaterstück F. Grillparzers, in dem der Held (im Traum?) aus seiner „normalen“ Existenz ausbricht, um ein aufregendes, abenteuerliches Leben zu führen und dabei rücksichtslos um die Verwirklichung seines Zieles zu kämpfen, nämlich Macht und Ruhm zu erringen. Er verliert den Bezug zur Realität immer mehr, errichtet sich eine Scheinwelt aus Lügen und Betrug und geht dabei über Leichen – im übertragenen wie im wörtlichen Sinn – fast auch über seine eigene. Unstet, getrieben und beziehungslos lebt er eine *monologische* Existenz, ganz auf sein Ziel fixiert. Das Theaterstück liest sich wie die Beschreibung einer „Paraexistentiellen Persönlichkeitsstörung“ (Furnicá 1999, 13ff); das Märchenhafte des Traumes kann als Metapher verstanden werden für das Negieren der Realität, wenn sie den Intentionen eines Menschen mit dieser Störung entgegensteht.

Diese Zusammenfassung beschreibt in kürzester Form fast die *Fallgeschichte* eines Klienten.

Der reale Fall

Andreas W. ist ein Mensch, der mit unglaublicher Beharrlichkeit seit vielen Jahren ein einziges Ziel verfolgt, ohne Rück-

sicht auf Verluste bei sich und seiner Umwelt. Er kommt nicht in Therapie oder zur Beratung, weil er dieses Lebensziel „noch nicht ganz“ erreicht hat, auch nicht wegen der Niederlagen, die er am Weg erlitten hat oder wegen seiner somatischen Beschwerden, sondern weil ihn „diese Sache mit dem Sinn interessiert“.

Im Erstgespräch scheint Andreas W.s Motivation für eine Psychotherapie noch sehr unklar, obwohl er tatsächlich deutlich ausspricht, worum es dabei gehen wird. Und es ist ihm wichtig, möglichst sofort damit anzufangen. So wie er es schildert, ist sein Leben aber durchaus ausgefüllt, er hat keine Probleme, die er nicht allein lösen könnte, er fühlt sich nicht unglücklich, berichtet von vielen Kontakten zu anderen Menschen und lustvollen Aktivitäten.

Die Sinnfrage beschäftigt ihn mehr theoretisch, er selbst habe keine Schwierigkeit damit, der Sinn in seinem Leben stehe für ihn fest und er tue alles, um ihn zu verwirklichen. Manchmal hat er allerdings mit dem Unverständnis seiner Mitmenschen zu kämpfen, die ihm dabei hinderlich oder zumindest nicht förderlich sind. (Später beklagt er sich darüber, nicht genügend Einfluß und Unterstützung zu haben, was er als sehr ungerecht empfindet.) Er meint, er bräuchte Hilfe dabei, an die „richtigen“ Menschen heranzu-

kommen um sie für sein „Projekt“ zu gewinnen. Hier blitzt schon auf, daß er auch eine Psychotherapie im Grunde als Mittel zum Zweck ansieht, sein selbstgesetztes Ziel zu erreichen, was im Laufe der gemeinsamen Arbeit bald noch deutlicher wird. Außerdem berichtet er über seine ständige Nervosität, Schlaflosigkeit (die ihm aber „eigentlich“ kein Problem ist, weil er die Zeit eben „nützt“) und heftige Unruhe, wenn „nichts weitergeht“.

Andreas ist 48 Jahre alt, gepflegt, eher leger und etwas auffällig gekleidet, er arbeitet freiberuflich in der Werbebranche, offenbar recht erfolgreich. Nach zwei kurzen, gescheiterten Ehen lebt er seit mehreren Jahren allein, mit häufig wechselnden Damenbekanntschaften. Er ist auf dem Land aufgewachsen, und hat sich „emporgearbeitet“, wie er sagt. Seine Lebensumstände sind allerdings kein Thema für ihn, es gibt nur eine einzige Sache, die ihn wirklich interessiert und die lange Zeit nahezu ausschließlich den Inhalt unserer Gespräche bestimmt.

Andreas versucht fast mit Gewalt ein „Lebensmodell“ zu verwirklichen. Sein Ziel ist es, mit, wie er sagt „kreativen, inspirierenden“ Menschen, eine Art Künstlerkommune zu gründen, die nach seinen sehr idealistischen Ideen und seinen – eher rigiden – Regeln geführt werden soll. Er beschreibt mir dieses Projekt und was er dafür alles tut bereits in der ersten Stunde sehr ausführlich, und erwartet von mir Beratung und Unterstützung, um wie er andeutet, gewisse Schwierigkeiten in der Durchführung aus dem Weg zu räumen. Später erklärt er mir, dass er diese Schwierigkeiten gar nicht hätte, wenn seine Umwelt nicht so „ignorant und egoistisch“ wäre.

Er wirkt auf mich einerseits freundlich und offen, so wie er kommt und Platz nimmt, andererseits auch dominant und bestimmend und vor allem ängstlich bemüht, die Kontrolle über den Ablauf der Stunde nicht zu verlieren. Es ist eine ganz seltsame Mischung aus etwas naiver, distanzloser Vertraulichkeit und abwehrendem Selbstschutz.

Andreas spricht schnell und nahezu ohne Pausen. Mein Nachfragen schätzt er gar nicht, er wird sichtlich ärgerlich und würgt es ab mit dem Hinweis, dass er „zuerst“ noch etwas Wichtiges ergänzen müsse. Bei mir löst das ziemlich widersprüchliche Gefühle und Verwirrung aus.

Andreas' histrionische Persönlichkeitsstruktur mit imponierenden narzißtischen Wesenszügen und sein durchgehend rigides, inadäquates Wahrnehmen, Erleben und Verhalten weisen ebenso wie die fixierten Copingreaktionen des Agierens bzw. des Totstellreflexes deutlich auf eine ausgeprägte Persönlichkeitsstörung des Selbst hin (vgl. Längle 2003, Tutsch 2002). Aber es ist *nicht ganz* eine hysterische oder narzißtische Persönlichkeitsstörung, die sich bei diesem Klienten zeigt, es geht ihm bei näherer Betrachtung nicht hauptsächlich darum, *gesehen* zu werden und im Mittelpunkt zu stehen, auch nicht ausschließlich um *Bewunderung* und *Anerkennung seiner Großartigkeit* (vgl. Längle 2002b; Heitger 2002). Im Unterschied zur histrionischen Störung spielt sich die Vielfalt seiner Aktivitäten immer im Zusammenhang mit einem *festgesetzten* Ziel ab, die grenzensprengenden Insze-

nierungen sind nicht Selbstzweck, um sich in den Mittelpunkt zu stellen und sich gleichzeitig dahinter zu verstecken. Sie sind bewußt *zielgerichtet*. Von der narzißtischen Persönlichkeitsstörung unterscheidet sich sein Erleben und Verhalten ebenfalls dadurch, dass es ihm vordergründig nicht um die Erhaltung eines hypertrophierten Selbstwertes geht, sondern um die Verfolgung einer Aufgabe, die er sich selbst gestellt hat. Es geht ihm nicht vordergründig um die Bestätigung seiner eigenen Großartigkeit, sein *Modell* ist großartig!

Seine Identifikation damit ist unübersehbar, Anerkennung oder Ablehnung empfindet er nur im Zusammenhang mit eben diesem Modell. Es prallen Lob und Kritik an ihm als Person ab, das berührt ihn nicht sehr. Wenn sein *Ziel* in Frage gestellt, angegriffen oder behindert wird, trifft ihn das empfindlich und er reagiert sehr aggressiv.

Er ist überzeugt von der gesellschaftlichen Relevanz seines Vorhabens, er glaubt unbedingt an die Durchführbarkeit und Sinnhaftigkeit seines Unternehmens. Mit seiner Begeisterung ist es ihm immer wieder gelungen, andere Menschen für „die Sache“ zu gewinnen, die seinen Weg manchmal auch ein Stück weit mitgegangen sind. Gescheitert ist die Umsetzung nicht nur, aber oft an der Rigidität seiner Vorstellungen.

Das Modell existiert in allen Einzelheiten in seinem Kopf; aber es gibt auch die schriftliche Fassung, die er immer wieder modifiziert, wenn es ihm opportun erscheint, was ihn sehr viel Zeit und Mühe kostet, und die er potentiellen „Mitgliedern“ zukommen lässt, manchmal auch skrupellos aufnötigt. Grenzüberschreitungen sind dabei obligat und für ihn legitim als Mittel zum Zweck. Dieser ist ihm „heilig“, den kann er unter keinen Umständen aufgeben, dem ordnet er alles unter: seine Fähigkeiten, seine mitmenschlichen Beziehungen, seine Selbstachtung. Er beschreibt sich selbst als sehr anpassungsfähig, allerdings scheint das mehr eine Art Mimikry zu sein – er passt sich an, wenn ihm das nützlich erscheint, aber er fügt sich nicht ein; deshalb sind seine vielen und mit viel Geschick aufgenommenen Sozialkontakte meist nicht von langer Dauer. Das stört ihn zwar, weil es sein Vorhaben verzögert, aber er wird die „richtigen“ Menschen schon noch finden. Mit den Gründen dafür möchte er sich nicht beschäftigen, schließlich ist das „Schnee von gestern“, und die Vergangenheit interessiert ihn sowieso nicht.

Aber immerhin ist ihm diese Fähigkeit, spielend leicht Kontakte herzustellen, auch im Beruf „nützlich“. Er verfügt als selbständiger Graphiker über relativ viel frei verfügbare Zeit, fühlt sich aber ständig unter Druck, weil er überall aktiv dabei ist, wo und solange er sich eine Chance verspricht, seinem Ziel näherzukommen. Seine berufliche Qualifikation versucht er dabei ebenfalls zu nützen und diese Ressource später noch auszubauen, da er damit nicht ortsgebunden ist. Er setzt seinen Charme, seine Kenntnisse, seine Eloquenz und seine Leistungsbereitschaft ein, er wirkt auf den ersten Blick offen, freundlich, kompetent und engagiert – bis zu dem Punkt, wo er ansteht, nicht weiterkommt, wo sich ihm Hindernisse in den Weg stellen oder sich etwas Erfolgversprechenderes anbietet: Dann wendet er sich sofort anderen

Möglichkeiten zu. Warten können, eine Situation oder einen Menschen auf sich wirken lassen, die Dinge sich entwickeln lassen, ist ihm fremd oder er hält es nicht aus. Das zeigt sich auch in der therapeutischen Arbeit.

Er hat selbst eine künstlerische Begabung, die er auch pflegt, aber nicht so sehr deshalb, weil er das gerne tut und es ihm Stunden erfüllten Lebens bereitet, sondern weil er damit „Kontakte zu interessanten Leuten“ bekommen kann. Allerdings wechselt er auch da die Richtung oder die Mittel, wenn er glaubt, so erfolgreicher oder schneller an sein Ziel kommen zu können. Das kostet ihn viel Zeit und Geld, sein Verhalten ändert er deshalb aber keineswegs. Seine anstrengenden und angestregten Aktivitäten sind für ihn nicht an sich sinnvoll, sein Leben ist seltsam leer trotz der vielen Unternehmungen, und es wirkt auf mich, als hätte es keine Geschichte – nur eine Zukunft, die er unbedingt erreichen muß. Kontinuität gibt es nur in der rücksichtslosen Verfolgung seines Zieles, ohne dass sein Leben und er selbst keinen Sinn hätte, ohne dass „alles Nichts“ wäre. Sich auch nur annähernd vorzustellen, dieses Ziel nicht zu erreichen oder vielleicht selbst aufgeben zu wollen, ist ihm absolut unvorstellbar.

Er hat auch keine Angst davor, vielleicht zu scheitern – Angst ist für ihn anscheinend überhaupt kein Thema. In der Spur, die ihm sein „Schneeflug“ auf dem Weg zum Ziel freischaufelt, finden sich immer wieder neue Möglichkeiten, die er „nützen“ kann. Was dabei verlorengeht, weggeschoben und niedergewalzt wird, berührt ihn nicht. *Après nous le deluge!*

In den nächsten Sitzungen spricht er nur über sein Projekt und was er dafür getan hat bzw. womit er dabei gerade beschäftigt ist. Dabei berichtet er manchmal davon, etwas falsch gemacht zu haben, einen Fehler gemacht zu haben, aber das hat er sich „längst verziehen“. Er hält das für einen guten Umgang mit sich selbst. - Wäre es nicht gut, sich anzuschauen, wie es dazu gekommen ist? „Schnee von gestern!“ sagt Andreas.

Er versucht auch mich für sein Vorhaben zu gewinnen bzw. meint er, wenn ich schon nicht selbst daran interessiert sei, könnte ich doch zumindest Vermittlungshilfe leisten.

Dass ich mich nicht verwendbar zeige, enttäuscht ihn zwar und er versteht es auch nicht, es macht ihm aber weiter nichts aus, es gibt schließlich andere Möglichkeiten. „Schon vergessen!“ Dieses Verhalten ist symptomatisch für die „Paraexistentielle Persönlichkeitsstörung“ wie Christian Furnicá sie beschrieben hat (Furnicá 1999).

Auch wenn so ein Mensch sich verbissen um irgendetwas bemüht, kann er es plötzlich und ohne Bedauern fallenlassen, falls er damit nicht weiterkommt oder sich etwas „Besseres“ anbietet. Im Vordergrund steht dabei immer die Nützlichkeit für die Erreichung seines Zieles. *Viele Wege führen nach Rom!* Er bezweifelt übrigens auch nicht, dass er sein Ziel erreichen wird, er glaubt sich ihm eigentlich sogar schon ziemlich nahe. An diese Überzeugung darf nicht gerührt werden, er wehrt sich vehement dagegen, seinen Lebensentwurf auf dem Boden der Realität und der Möglichkeit zu Gelingen oder Schei-

tern auch nur zu betrachten. Lieber nimmt er die Auswirkungen in Kauf, die diese Zielfixierung auf sein Leben hat, weil es Bedeutung und Wert nur durch sie erhalten kann. Seine Lebenshaltung ist eine provisorische, die radikale (Selbst-)Verwirklichung anstrebt und sein aktuelles Leben im Grunde vergewaltigt, im Dienst an einem Ziel, das irgendwo in der Zukunft liegt. (Diese einseitige Ausgerichtetheit auf Zukunft scheint aus der abgrundtiefen Angst vor dem Verlust des Kohärenzgefühls mit der Welt zu stammen, Angst also, sein Leben könnte völlig bedeutungs- und sinnlos sein, was letztlich zum Selbstverlust führen würde. Durch den Kampf um das Erreichen seines Zieles kann diese Angst weitgehend verdrängt werden.) Unbeirrbar versucht er, den Erfolg zu erzwingen, wobei er sich und seine Umwelt permanent überfordert. Damit entgeht er auch dem Erleben des Scheiterns, das einem Absturz ins absolute „Nichts“ gleichkäme – der Fall in ein „Existentielles Vakuum“ (z.B. Frankl 1987, 18ff). Die symptomatische Haltlosigkeit, die Persönlichkeitsstörungen auszeichnet, kann mit sehr viel Anstrengung durch ständige Aktivitäten rund um sein Konstrukt halbwegs in Schach gehalten werden. Das leistet die Störung für ihn: Sein Modell bietet ihm den Halt, den er zum psychischen Überleben braucht; aber gleichzeitig wird er dadurch auch immer haltloser und einsamer, weil er davon abhängig ist. Er versucht das durch gesteigerten Einsatz zu kompensieren – ein sehr anstrengendes Leben.

Die folgenden Sitzungen drehen sich in Varianten fast nur um sein Projekt, ich komme ihm kaum näher, wir kommen nicht in einen Dialog und ich fühle mich zunehmend hilflos, inkompetent und überflüssig. Eine ausgestopfte Puppe, die ihm von Zeit zu Zeit freundlich zunickt, könnte mich glatt ersetzen. Ich schlage ihm also vor, die Hilfe, die er haben möchte, bei jemand Geeigneterem zu suchen (vielleicht wäre Coaching hilfreicher oder ein erfahrenerer Therapeut, als ich es bin). Diesen Vorschlag lehnt er kategorisch ab und reagiert überraschend heftig und nahezu panisch darauf, ich könnte ihn „loswerden“ wollen. Über sein Modell und die damit verbundenen Aktivitäten zu sprechen ist ihm sehr wichtig und er möchte das auf keinen Fall verlieren. Er braucht es, dass ich ihm geduldig zuhöre und gelegentlich Fragen stelle, die ihm zeigen, dass ich ihn ernst nehme. Auch wenn ihm das nicht „direkt“ etwas bringt. Und er spricht in dieser Sitzung zum ersten Mal über seine Erfahrung, zurückgewiesen, abgelehnt und nicht ernst genommen zu werden und er deutet an, dass das bis weit in seine Kindheit zurückreicht:

Andreas war das Älteste von vier Kindern und hat seinen Vater, den er angeblich nie vermisst hat, früh durch einen Arbeitsunfall verloren; er war damals elf Jahre alt. Seine Mutter war eine sehr energische, „tüchtige“ Frau, die die Kinder nach dem Tod ihres Mannes pflichtbewusst und streng aufgezogen und immer dazu angehalten hat, sich im Haus und in der dörflichen Pfarrgemeinde nützlich zu machen. Sie hat sich mit Arbeiten in fremden Haushalten über Wasser gehalten und sich immer dafür geschämt, zumindest kam es dem Sohn so vor. Er schildert seine Kindheit emotionslos,

aber nach dem, was er erzählt, muss die Atmosphäre zu Hause kalt und lieblos gewesen sein. Seine kindlichen Bedürfnisse wurden rücksichtslos übergangen, und er hat schon früh gelernt, sich an seinen jüngeren Geschwistern soweit er konnte dafür schadlos zu halten, indem er seine „Macht“ als Ältester (und einziger Bub) ausgenutzt hat. Andreas sollte etwas „Besseres“ werden (er meinte einmal, dass er wohl unbewusst den „Auftrag“ seiner Mutter zu leben versucht, der dörflichen Enge und Biederkeit zu entkommen, was sie sich selbst wohl immer gewünscht hat). Er kam schließlich mit 14 ins Internat und fühlte sich dort lange als Außenseiter. Er galt als „Spinner“ und hatte kaum Freundschaften. Schon damals, in der Mittelschulzeit, träumte er von einem unbeschwerteren Leben in einem fremden Land, mit einer Gruppe Gleichgesinnter, in der er gleichberechtigt und voll akzeptiert leben würde können. Seine spätere Frau hat er passend zu diesem Modell ausgesucht und glaubte, mit ihr seinen Traum verwirklichen zu können. Die Ehe ging bald nach der Geburt seines Sohnes in die Brüche, weil „seine Frau sich so veränderte“ und kein Verständnis mehr für ihn hatte. Auch der zweite Versuch, eine Frau zu finden, mit der er sein Projekt realisieren könnte, scheiterte. Diese Ehe wurde ebenfalls nach kurzer Dauer geschieden. Seither hatte er unzählige Frauenbekanntschaften, die immer nur so lange hielten, bis sie sich als untauglich für die Umsetzung seines Lebenszieles erwiesen, was manchmal nur sehr kurz, manchmal etwas länger dauerte. Die Gründe für die erneute Trennung, den wiederkehrenden „Fehlversuch“ interessieren ihn nicht – es gibt immer schon die nächste Möglichkeit, oft sogar mehrere. Mit Männern geht es ihm nicht viel anders. Mit seinem inzwischen fast erwachsenen Sohn hat er kaum Kontakt.

Beruflich ist er offenbar recht erfolgreich, seine Eloquenz, seine Kontaktfreudigkeit und Kreativität kommen ihm da zugute. Als ich ihn darauf anspreche, ob er diese Fähigkeiten gut findet, ob er das an sich schätzt, wenn er *einmal* von der Verwendbarkeit für sein Projekt absieht, sagt er: „Na ja, aber was nützt's mir dann?“ Auch hier zeigt sich wieder die Ziel-fixierung der paraexistentiellen Persönlichkeitsstörung. Bei Andreas findet kein dialogischer Austausch mit sich und der Welt statt, sondern, wie Chr. Furnica schreibt „...*lediglich mit einem Ersatz derselben. Dieser wird gebildet von Projektionen in die Welt, aus der nur jene Elemente der Realität ausgelesen werden, die diesen Projektionen Halt geben und sie bestätigen*“ (Furnica 1999, 14).

Was mir Andreas deshalb auch lange nicht „erlaubt“, ist der vorsichtige Versuch, sein „Modell“ auf dem Boden seiner Lebensbedingungen anzuschauen. Seinen auf mich eher kindlich wirkenden Enthusiasmus will er sich nicht stören lassen. Er reagiert sehr heftig auf jede scheinbare Bedrohung seines Projektes, mit verbaler Aggression, trotzigem Schweigen und lauten Gefühlsausbrüchen. In solchen Momenten habe ich einen kleinen Jungen vor mir, der weint und schreit und seinen Schmerz über die Verletzungen seiner Kindheit und Jugend kaum ertragen kann. Um dem auszuweichen, flüchtet er in die Zukunft – diese bietet ihm einerseits die

größtmögliche Distanz zur harten, kalten Realität, und andererseits die kleinste Entfernung zur Erfüllung all seiner Träume. Er tut schließlich „alles“ dafür, damit kann er sich seinem Konstrukt sehr nahe fühlen.

„*Ich habe nie wirklich irgendwo dazugehört, nie ist es irgendwem um mich gegangen. Ich war immer nur der nützliche Idiot für alle. Das war schon mit meiner Mutter so, die hat mich total überfordert, weil ich ‚der einzige Mann‘ in der Familie war. In der Schule haben sie mich nicht mögen, weil ich irgendwie anders war, aber abgeschrieben haben sie! Beim Turnen, wenn es darum ging, zwei Mannschaften zu bilden, haben die mich nie gewählt, ich bin immer übrig geblieben. Ich hatte keine Freunde, obwohl ich mich darum bemüht hab'. Und mit den Mädchen war das auch so, die haben sich gern auf meinem Roller mitnehmen lassen, aber damals wollte keine meine Freundin sein. Und für meinen Sohn, den ich nach der Scheidung kaum mehr gesehen habe, durfte ich natürlich brav zahlen...“*

Wenn das aus ihm herausbricht, scheint ihm sein vergangenes Leben völlig sinnlos. In solchen Momenten fürchtet er, sein Leben versäumt zu haben und ein totaler Versager zu sein. Die Angst, vielleicht nicht mehr genug Zeit zu haben, um „aus seinem Leben etwas zu machen“, bedrängt ihn dann sehr.

Erst im Lauf der Therapie kann er zögernd und noch unsicher spüren, daß es für ihn auch aktuell Wertvolles gibt und immer schon gab. Bis dahin ist es allerdings ein langer Weg, der viel Geduld erfordert. „Welchen Wert hat diese Therapiestunde für Sie jetzt? Ist es gut, daß Sie über Ihre Erlebnisse der letzten Woche sprechen können? Wofür ist das gut? War das eine sinnvolle Stunde in Ihrem Leben?“ – mit solchen Fragen nähern wir uns dem, was überhaupt ein Wert für ihn ist oder sein könnte.

Langsam erkennt er, dass sein bisheriges Leben, auch außerhalb seiner zielstrebigsten Aktionen und vor allem auch unabhängig von der Erreichung seines „Endzieles“, nicht inhaltslos und nicht ohne Bedeutung für ihn und seine Umwelt war und ist. Dabei wird ihm schmerzlich bewusst, wieviel an konkreten Lebensmöglichkeiten er versäumt hat.

Im Licht des existenzanalytischen Strukturmodells der Persönlichkeit betrachtet – „Personal-existentielle Grund-motivationen“ (Längle 1999a,18) – zeigt Andreas' Erleben und Verhalten, wie eine paraexistentielle Persönlichkeitsstörung als frustranter Versuch verstanden werden kann, Verletzungen und personale Defizite auszugleichen - und sie damit aber gleichzeitig chronifiziert und verstärkt.

Ressourcen und Defizite in den Grund-motivationen (GM)

1.GM

Andreas hat einen sicheren Platz *erfunden*, wo er vor Unsicherheit, Ohnmachts- und Hilflosigkeitsempfinden und Angst geschützt ist. Sein Ziel steht fest – felsenfest – es unterliegt für ihn nicht dem leisesten Zweifel, weder was die

Sinnhaftigkeit noch die Erreichbarkeit betrifft. Er ist ja ständig dorthin unterwegs; wenn er eine Sackgasse erwischt, nimmt er eben eine Abzweigung. Er ist dabei sehr mutig und findet immer neue Möglichkeiten, sich den Raum zu nehmen, den er braucht - das ist eine seiner Stärken.

Durch das permanente Agieren vermeidet er weitgehend Gefühle der Machtlosigkeit und des Ausgeliefertseins – *es kann ihm nichts geschehen*.

2.GM

Furnica (1999) hat es sehr anschaulich beschrieben: wie mit einem Schneepflug steuert ein Mensch mit einer paraxistentiellen Persönlichkeitsstörung auf sein Ziel zu. Was ihn dabei aus der Welt anspricht, was ihn etwas „angehen“ könnte, nimmt er nicht wahr, es berührt ihn nicht (Furnica ebd.).

So flexibel Andreas im Aufgreifen jeder Erfolg versprechenden Möglichkeit ist, ohne dabei wirklich an etwas „dranzubleiben“, so unbewegt und unbeweglich ist er in jeder anderen Beziehung. Er passt sich scheinbar an Menschen und Situationen an, aber er fügt sich nicht ein, sodass er wirklich dazugehören könnte.

Andreas ist künstlerisch begabt, und dieses Talent pflegt er auch, aber nicht so sehr, weil ihn das freut, sondern weil er sich davon Kontakte zu „interessanten Leuten“ verspricht.

Was da mit diesem „Schneepflug“ niedergewalzt wird und auf der Strecke bleibt, kümmert ihn nicht. Außerhalb seines „Projektes“ ist er nicht in Beziehung mit sich selbst, mit anderen Menschen und der Welt. Das macht es ihm so leicht, Kontakte abzubrechen, und es bewahrt ihn vor Verlusterlebnissen und Bedauern. (Trauer hält er eher für Zeitverschwendung.) Aber auch das Gute in seinem Leben hat nur Bestand in Verbindung mit seinem Lebens-Modell. Das allein stützt seinen Lebenswillen und gibt ihm Kraft zu funktionieren und vorwärts zu streben. Was nicht dazu dient, sein Ziel zu erreichen, ist für ihn wertlos. *Es bleibt ihm nichts*.

3.GM

Die starre Zielfixierung, die die innere Armut, Leere und Beziehungslosigkeit in Andreas' Leben notdürftig verdeckt, lässt ihn vieles (wenn nicht alles) nur unter dem Gesichtspunkt der Nützlichkeit und Verwendbarkeit für sein Projekt betrachten. Menschen, Dinge, aber auch er selbst haben für ihn keinen Eigenwert, sie sind verfügbar. Einen anderen Menschen oder eine Situation auf sich wirken zu lassen, warten können, die Dinge sich entwickeln lassen – das alles ist ihm fremd oder er hält es nicht aus. Seine permanente innere und äußere Unruhe (als psychodynamische Schutzreaktion) lässt ihn über Grenzen gehen – eigene und fremde.

Zum Beispiel geht er zu allen möglichen Veranstaltungen, um Menschen kennenzulernen, die er als potentielle Mitglieder für sein Modell interessieren könnte. Dabei kann er sich sehr gut präsentieren und seine durchaus vorhandenen Qualitäten einsetzen, was ihm viele Kontakte ermöglicht. Er opfert dafür Zeit, Geld und oft auch seine Selbstachtung und versteht überhaupt nicht, dass sich andere von seinem rück-

sichtslosen Egoismus und seiner hemmungslosen Zudringlichkeit oft bald abgestoßen fühlen. Womit er sich überhaupt nicht auskennt, ist seine Wirkung auf andere Menschen. Dafür ist er viel zu egozentrisch und kann sich in andere nicht einfühlen. Weil er sich sehr schnell ausgenutzt fühlt, wenn andere Menschen ganz normale Anforderungen an ihn stellen, oder wenn sie für ihn „uninteressant“ werden, bricht er Kontakte leicht ab. Er ist ausschließlich mit seinem „Modell“ beschäftigt. Andreas hat einfach kein Gefühl für die Grenzen anderer.

Er bleibt Achtung und Wertschätzung nicht nur seiner Umwelt schuldig, die er sehr oft als Mittel zum Zweck missbraucht und fallen lässt, wenn sie nicht mehr verwendbar erscheint oder wenn sich etwas Besseres anbietet. (Er wiederholt damit die Kindheitserfahrungen, nicht um seiner selbst willen geliebt und respektiert worden zu sein. Das ist eine der Komponenten, die zu seiner speziellen Psychopathologie geführt haben.) Auch sich selbst kann er Beachtung und Anerkennung nur prospektiv zugestehen. So schützt die Identifikation mit seinem großartigen Modell – und die Abhängigkeit davon – seinen fragilen Selbstwert. Die eigene Wertschätzung ist an die Erreichung seines Zieles gebunden, und da er daran ja nicht zweifelt, ist sie ihm dort – endlich – sicher! Ohne sein Projekt gibt es für ihn nur *Verzweiflung und Leere*.

4.GM

Andreas ist so auf sein Ziel fixiert, dass er die realen Möglichkeiten, sein Leben aktuell sinnvoll zu gestalten, entweder gar nicht wahrnimmt oder nicht aufgreift. Er handelt aus dem Impuls heraus, dem er nicht widerstehen kann und der immer mit seinem Projekt zu tun hat. Die Frage, ob es wirklich sinnvoll ist, was er jetzt, in dieser unverwechselbaren Situation, zu einer bestimmten Zeit, mit eben diesem Menschen, tut, stellt sich ihm nicht. Er ist so auf die Zukunft ausgerichtet, dass die Gegenwart dabei zu kurz kommt. Selbst seine Erfolge auf dem Weg zu seinem Ziel kann er nicht gelten lassen, genießen schon gar nicht. Es war eben noch nicht „alles“. Ihn erreichen Sinnangebote aus der Welt nicht, die sein aktuelles Leben bereichern und erfüllen könnten. Er verwirklicht nichts Wertvolles, **er nützt Gelegenheiten**. Immer zum Zweck der Umsetzung seines Projektes, das unabhängig von Lebensumständen, Alter, Entwicklungsstand, Fähigkeiten, persönlichen und gesellschaftlichen Gegebenheiten u.s.w. unveränderlich besteht. So bleibt er wenigstens scheinbar mit der Welt verbunden, auch wenn sein Leben im Grunde ein *provisorisches* ist.

Die Therapie

Um seine Expansivität einzudämmen, treffe ich mit ihm zwei Vereinbarungen: erstens mache ich ihn rechtzeitig auf das nahende Ende der Sitzung aufmerksam (10 Minuten vorher) und zweitens bitte ich mir ein wenig Zeit aus, um das Gehörte zusammenzufassen und meine Fragen zu stellen, um ihn besser verstehen zu können. Beides gelingt ganz gut, Andreas ist intelligent genug, das als legitim anzuerken-

nen, und außerdem sind ihm feste Regeln sowieso sympathisch.

Wahrnehmen der Realität (1.GM)

Was Andreas unbedingt vermeiden möchte, ist der vorsichtige Versuch, sein Ziel auf dem Boden realer Möglichkeiten und Gegebenheiten anzuschauen. Die harten Tatsachen interessieren ihn nicht, in seinem „Modell“, derzeit noch ein Luftschloß, ist das Dasein so angenehm, leicht und wunderbar. Natürlich ist er auch dort nicht wirklich zu Hause – er ist ja erst dorthin unterwegs. (Es deutet viel darauf hin, daß der Weg eigentlich das Ziel ist.) Seinen auf mich eher kindlich wirkenden Enthusiasmus will er sich nicht stören lassen. Seinen Trotz drückt er in verbaler Aggression aus oder in trotzigem Schweigen, manchmal auch in heftigen Gefühlsausbrüchen mit lautem Weinen. In solchen Augenblicken habe ich einen kleinen Jungen vor mir, der vor Schmerz schreit und zittert. Seine Haltlosigkeit drückt sich auch körperlich aus. Am Ende einer solchen Stunde sagt er einmal, daß es gut war, daß er sich so hat „gehen lassen dürfen“. Was war für ihn so verletzend? Der Verdacht, ich könnte ihm sein „Projekt“, das ihm so wichtig ist, ausreden wollen; ruinieren! Wenn sein Identifikationsobjekt keinen festen *Be*-stand hat, ist auch er gefährdet. Sein Halt hängt von seinem Ziel ab. Anderen gibt es für ihn vorerst kaum. Es erfordert viel Geduld, bis er den Bedingungen, in denen er derzeit steht, Relevanz zugestehen und sie annehmen kann.

Ruhe, Nähe und Wärme, Beziehung zu sich und zur Welt (2.GM)

Ein anderes Mal appelliert er in einer Phase, in der es ihm schlecht geht, an mich, indem er sagt, dass er jetzt jemanden bräuchte, der ihn in den Arm nimmt. Es geht ihm darum, *gehalten* zu werden und Wärme und Mitgefühl zu erleben. Ich schlage ihm vor, eine Übung zu machen, die ihm helfen könnte, sich dieses Gehalten-Sein und die Zuwendung ein Stück weit selber zu geben (Sesselübung). Dabei vertraue ich darauf, dass er über den körperlichen Austausch und die vorangehende Atemübung Halt erlebt und gleichzeitig, indem er seine Arme, Beine, seinen Rücken am Sessel und umgekehrt spürt, indem er Beziehung zu ihm aufnimmt, ein Keim zum inneren und äußeren Dialog gelegt wird. Andreas stimmt zu, der Sessel sagt ihm allerdings „gar nichts“. Er braucht viel Führung und Unterstützung.

Obwohl er selbst unruhig, sprunghaft und eher unbeständig ist, schätzt er die Ruhe und Beständigkeit meiner Zuwendung in den Therapiestunden und lernt mit der Zeit, sich auch außerhalb dieses Rahmens zu entspannen und etwas ruhiger zu werden. Aber das ist ein mühsamer und langwieriger Prozess.

Hauptthema seiner Störung: der abgrundtiefe Schmerz und die Copingstrategien (3.GM)

In einer der folgenden Therapiestunden (wir arbeiten bereits seit gut zweieinhalb Jahren) wird erstmals die Zuwendung zu seiner Biographie möglich.

Die Vergangenheit ist ja kein Thema, dem er sich gerne

zuwendet, weil ihm das absolut überflüssig erscheint. Erst nach vielen Stunden gemeinsamer Arbeit ist er zögernd bereit, Schwierigkeiten nicht dadurch lösen zu wollen, dass er ihnen sozusagen in die Zukunft ausweicht („beim nächsten Mal wird alles besser“, „diesmal habe ich ‚es‘ so gut gemacht, das klappt bestimmt“ – ich weiß nicht, wie oft ich das von ihm gehört habe). Es fällt ihm schwer, die auftauchende Ahnung, dass sein aktuelles, ihm so vorläufig erscheinendes Leben, dem er unbedingt entkommen möchte, mit seinen Lebenserfahrungen zusammenhängt, auszuhalten und aufzugreifen. Es braucht viel Behutsamkeit, durch die (scheinbare) innere Leere zu den darunterliegenden, ungestillten Sehnsüchten und Verletzungen, die soviel Schmerz verursachen, vorzudringen. Er ist sehr empfindlich, was seine seelischen Wunden betrifft und schützt sich durch größtmögliche Distanz – die Zukunft. Ein Satz seines Vaters fällt ihm dazu ein: „Bis du groß bist, ist alles wieder gut.“

Er war sieben oder acht Jahre alt, als er sich mit einer Säge so verletzt hat, dass er die Narben heute noch trägt. Was ihn aber nicht „stört“.

Die Rückbindung an die persönliche Lebensgeschichte ist nahezu unmöglich, es ist, als hätte Andreas seine Wurzeln abgeschnitten oder verkümmern lassen, neue nicht ausgebildet, dafür „wuchert“ er – auch – in die Zukunft. Ich habe das Gefühl, dass seine Expansivität der Versuch ist, Platz zu nehmen in dieser Welt, Halt zu finden, indem er sich ausbreitet. Ich erlebe ihn in der Therapie auch so. Grenzüberschreitungen sind dabei an der Tagesordnung, er ist sich ihrer aber nicht bewußt und eigentlich auch nicht gekränkt, wenn er zurückgewiesen wird. Das „steckt er locker weg“.

Und versucht es beim nächsten Mal auf andere Art. Andreas lernt nicht aus „Strafe“.

Zwei Beispiele aus den Therapiesitzungen:

Andreas kommt in die Sitzung mit einem großen Fettfleck auf seinem Hemd, den er gern bei mir auswaschen möchte und fragt, ob ich ihm nicht ein T-Shirt borgen könnte – „oder vielleicht von ihrem Mann?“ (Wir haben nie über mein Privatleben gesprochen, er kann von „meinem Mann“ nichts wissen.)

Der Fleck wird anderweitig behandelt werden müssen. Auch gut. Einige Sitzungen später kommt er total verschwitzt und fragt, ob er vielleicht bei mir duschen könnte, bevor er geht, er hätte nachher noch was vor. Ich müsste ihm ein Handtuch borgen, das er mir selbstverständlich gewaschen zurückbringen würde. Nein? Na macht nix.

Andreas ist nicht zimperlich, wenn es darum geht, über Frauen und Sexualität zu reden. Als er mir einmal die körperlichen Unzulänglichkeiten einer Freundin (im breitesten Dialekt und sehr abwertend) zu schildern versucht, unterbreche ich ihn mit der Frage, ob er sich vorstellen kann, wie das auf mich als Frau wirkt. Darauf sagt er nichts. Ich warte. Schließlich frage ich: „Würd' Sie das interessieren?“ Sein Blick ist unsicher, aber er entschließt sich zu einem gedehnten „Jaaa?“ Ich sage ihm, dass es mich sehr verletzen würde, wenn er so über mich spricht und daß ich mich als Frau irgendwie mitbetroffen

fühle; und wie es für ihn wäre, wenn jemand so über ihn reden würde? „Na ja, ich wüsste es ja nicht...“ – „Wenn Sie es wüssten, würde Sie das kränken? Oder ärgern?“ Vielleicht schon. Aber das ist ja nicht das Thema. Eigentlich hat er mir das nur erzählt, damit ich begreife, warum diese Frau sowieso nicht in Frage kommt, bei seinem Projekt mitzumachen. Sein Projekt...

Sosehr er seine Energie dafür verwendet, sein Ziel zu verwirklichen, so wenig realisiert er es tatsächlich. Der Abstand dazu bleibt immer gleich, es scheint, als dürfte er es gar nicht erreichen. Wenn er an dem Punkt angelangt ist, wo es genug wäre, womit könnte er die Leere dann füllen? In seinen zielgerichteten Aktivitäten kann er irgendwie spüren, daß er lebt, daß er die Macht hat, tun zu können, was er will und, weil er ein Ziel hat, sein Dasein irgendwie gerechtfertigt ist. Er schützt damit die Integrität seiner Person, die so oft Übergriffen von außen ausgesetzt war. Dabei bleiben Beziehungen auf der Strecke, und Lebensmöglichkeiten, die nichts mit seiner „Vision“ zu tun haben, läßt er „links liegen“. Er hat keinen Blick für das, was *auch* gut wäre: Schlaf zum Beispiel. Er sitzt oft fast eine ganze Nacht lang an den Details seines Vorhabens (ohne sie jemals abzuschließen), übergeht seine Müdigkeit und „vergisst“ zu essen. Und so bastelt er an der Zukunft, und sein Leben bleibt dabei leer und unerfüllt.

Andreas verhält sich oft rücksichtslos und kann sich in andere Menschen kaum einfühlen. Er kommt mir eher vor wie ein Kind, das keine Grenzen kennt und sich einfach nimmt, was es haben will. Rechtfertigung dafür, soweit er sie überhaupt braucht, ist seine lockere „Unkonventionalität“. Er wirkt dabei oft sehr unreif. Außerdem nimmt er an, dass ihn andere Menschen genauso behandeln wie er sie. Ich versuche in der Therapie, ihn Unterschiede wahrnehmen zu lassen: Fühlt er sich von mir respektvoll behandelt? Woran merkt er das? Wie ist das für ihn? Wo erlebt er das noch?

Die Schwierigkeit dabei resultiert aus der Spaltung von Kognition und Gefühl. Wenn er erzählt, was er erlebt hat seit der letzten Sitzung, kommt ein emotionsloser Bericht, der vom Affekt hektischer Aufgeregtheit getragen ist. *Wie* er es erlebt hat, was er da so ausufernd berichtet, ist schwer zu fassen. Da (und damit) hält er sich nicht gerne auf. Sich selber näherzukommen, indem er bei sich anfühlt, was er erlebt hat, führt ihn zu nahe an sein Schmerzthema heran, sich mit der Welt nicht verbunden zu fühlen, in ihr nicht akzeptiert zu sein, *nicht dazuzugehören*, aus allen *Zusammenhängen* mit dieser Welt *herauszufallen*. Paradoxerweise überspielt er nicht nur Unangenehmes, indem er davon ablenkt, auch seine positiven Erlebnisse haben keinen gefühlsmäßigen Boden. Er lässt auch das nicht wirklich an sich heran, es bewirkt nichts bei ihm. Er hat kein Gefühl für sich. Und sein Misstrauen der Welt gegenüber, die er sich nur im Kampf erobern muss, verhindert die Wahrnehmung ihrer Angebote.

Der therapeutische Prozess im Überblick

Die Therapie ist mühsam und anstrengend, nicht nur, weil seine rücksichtslosen Grenzüberschreitungen manchmal

schwer erträglich sind. Anfangs verwirrt es mich, daß ein Mensch, der so bestimmt auftritt, so ein klares Ziel hat und dieses scheinbar durchaus kompetent verfolgt (später wird klar, wie richtig der Ausdruck „verfolgt“ tatsächlich ist: er läuft ihm verzweifelt nach), mit so wuchtigen Affekten und/oder mit Splitting reagiert, wenn ich dem zu nahe komme. Sein Leid, das so massive Copingreaktionen auslöst, ist nicht leicht zu erkennen und nachzufühlen. Es braucht sehr viel genaues phänomenologisches Wahrnehmen und Zurückhaltung in den eigenen Ansprüchen an die therapeutische Arbeit, um das nötige Vertrauen wachsen zu lassen. Es dauert lange, bis er seinen Selbstschutz ein wenig aufgeben kann und meine Fragen nicht mehr rigoros abwehren muss, weil er sich (bzw. sein Projekt) dadurch bedroht fühlt. Auf Phasen in der Therapie, in denen es Fortschritte gibt, folgt oft eine Verschlechterung seines Befindens. Als es ihm mehr und mehr gelingt, die Realität seiner Möglichkeiten wahrzunehmen, im Hinblick auf sein „Projekt“, aber auch in seinem aktuellen Leben, treten plötzlich massive Ängste auf. Er fürchtet, dass sein Leben völlig sinnlos gewesen sein könnte.

Es gab immer wieder Rückfälle, manchmal hatte ich das Gefühl, dass wir wieder ganz am Anfang stünden und sich nichts bewegt hat. Die Heftigkeit, mit der er seinen Schmerz über das Gefühl, keine Bedeutung für seine Umwelt zu haben – und auch für sich selbst nicht – ausdrückt, ist oft erschreckend.

Es ist ein schwieriger Weg für Andreas, zu erkennen, welche Lebensmöglichkeiten er sich konkret von seinem „Projekt“ verspricht und was ihm daran wichtig ist. Welche Bedürfnisse hat er jetzt? Was ist ihm verlorengegangen im „Dienst“ an seinem Ziel? Was ist ihm gelungen und welche Gefühle löst das in ihm aus?

Erst, als er sich dem stellt, tatsächlich über vieles hinweggegangen zu sein, kann er sich seinem Leben zuwenden. (Das geht nicht schnell und nicht auf einmal, es ist ein Prozeß über viele Stunden, mit Fortschritten, Rückfällen, Stillstand, in vielen Runden.) In der Rekonstruktion versucht er, ein Gefühl für das Erlebte (eigentlich Teile davon) zu bekommen, aber es fällt ihm oft schwer, den Inhalt aufzunehmen und nicht nur die Oberfläche. Dass er eigentlich einen guten, sicheren Platz in dieser Welt hat und nicht erst in einer zukünftigen, gibt ihm Halt, aber er muss sich auch damit abfinden, dass dieser Platz nicht ganz so außergewöhnlich und großartig ist wie der in seiner Fiktion.

An manchen Stellen der Therapie ist bei mir das Gefühl aufgetaucht, „anzustehen“ und nicht weiterzukommen. Oft spiegelt das Andreas' Befindlichkeit, wenn er nach intensiven Phasen der gemeinsamen Arbeit Zeit braucht, um das Erreichte zu festigen. Langsam lerne ich, seinen Rhythmus zu verstehen, ihm „Verschnaufpausen“ zu lassen. Dann möchte er erzählen, sich entspannen, nur *begleitet* werden.

Als ich ihm einmal sage, dass ich das Gefühl habe, ihm nicht wirklich weiterhelfen zu können, weil er mich kaum zu Wort kommen lässt und meine Fragen ins Leere gehen, antwortet er sehr bestimmt: „Aber wir haben doch schon so viel erreicht! Ich kann's zwar nicht immer verhindern, dass

ich in meine alten Muster zurückfalle, aber ich weiß jetzt wenigstens, wie die sind und warum. Manchmal kann ich mich auch schon selber einbremsen, wenn ich merke, dass die Begeisterung mit mir durchgeht, das ist doch schon was. Und mir geht es in vieler Hinsicht besser, ich bin viel ruhiger und so... Und ich brauch das einfach, dass ich herkommen kann, dass Sie mir einfach nur zuhören. Ihre Fragen helfen mir eh auch, stellen Sie sie ruhig! Ich will mich halt nicht immer gleich damit auseinandersetzen müssen... Aber es wirkt ja nach, oft wird mir dann später etwas klarer... ist Ihnen das nicht aufgefallen?“

Andreas lässt mich seine Grenzen erkennen, und er zeigt mir meine. Er beurteilt seine Fortschritte bei weitem optimistischer als ich und ich glaube, dass das an seiner Tendenz zum Idealisieren liegt, von der ich nicht weiß, ob er sie jemals ganz aufgeben wird. Wir haben jedenfalls schließlich eine sehr stabile, gute therapeutische Beziehung erreicht. Von gelegentlichen „Ausrutschern“ abgesehen ist er auch nicht mehr ganz so ausufernd und übergriffig. Er achtet zum Beispiel auf die Zeiteinteilung und versucht nicht mehr, die Stunde zu überziehen. Unsere diesbezüglich getroffene Vereinbarung hat sich da gut bewährt und ist eigentlich kaum mehr nötig.

Und duschen will er bei mir auch nicht mehr.

Andreas braucht einen verlässlichen Platz, wo er sich und sein „Projekt“ gut aufgehoben weiß. Hier darf er sein, wie er ist, aber er muss auch Rücksicht nehmen. Und da ihm viel daran liegt, diesen Platz zu behalten, versucht er das auch. Dabei geht es darum, zu erfahren und zu lernen, wie man gut mit anderen Menschen *zusammenlebt*. Vor allem aber nähern wir uns in ganz kleinen Schritten *seiner* Person. In einer Stunde sagte er einmal: „Wissen Sie, irgendwie bin ich mir in all dem ‚Wirbeln‘ irgendwo verlorengegangen. Vielleicht komm‘ ich mir deshalb so zerrissen vor, und mein Leben ist es ja auch.“ Er erlebt das nicht als „Zerstückelung“, sondern wie *weggerissen*, ohne Verbindung mit seinem eigenen, tiefsten Inneren – und mit der Welt.

Jede einzelne Therapiestunde ist so auch ein *Sinn-Angebot*, eine Anfrage und eine Aufgabe, den Eigenwert der Situation zu erkennen und aufzugreifen. Sinn und Werte liegen nicht nur in einer (fernen) Zukunft und weit weg von ihm.

Es gab immer wieder Phasen während der Therapie, wo ich mir nicht sicher war, ob die Unterschiede zur dissozialen Persönlichkeitsstörung wirklich bedeutsam genug sind, um von einer eigenständigen Persönlichkeitsstörung zu sprechen. Beim Nachlesen vor allem von Furnicas Beschreibung und dem Vergleich mit meinen Therapie-Aufzeichnungen und den Erfahrungen mit „Andreas“ hat sich aber doch immer wieder gezeigt, dass das Wesentliche neben der Störung des Selbstwertes eben doch diese eigenartige Fixierung an ein *selbst gesetztes Ziel* ist. Wichtig scheint mir das deshalb zu sein, weil es so schwer zu verstehen ist, dass ein Mensch, der so *flexibel* ist im Umgang mit Beziehungen und partiellen Zielen, so gleichgültig den äußeren Umständen und scheinbar auch sich selbst gegenüber, sich so hartnäckig an *eine be-*

stimmte Sache klammert. Die Wertwahrnehmung, neben der Arbeit an den Grundmotivationen, muss wahrscheinlich geschult werden, ohne dass das jeweilige „Modell“ dabei (vorerst?) in Frage gestellt wird. Therapieabbrüche und weitere Verletzungen wären sonst vermutlich die Folge. Ob ein Projekt vom „Lebens-Endzweck“ zu einem wirklichen Wert im existentiellen Sinn wird, der frei lässt, oder ob es aufgegeben wird, wenn andere, realere Sinnmöglichkeiten verwirklicht werden, bleibt für mich offen. Die Therapie wäre sicher manchmal weniger mühsam gewesen, wenn ich das Bedürfnis meines Klienten nach unbedingter Anerkennung seines Projektes besser verstanden hätte.

Literatur

- Frankl V (1987) *Ärztliche Seelsorge*. Wien: Deuticke, 4°
- Furnicá C (1999) Die „paraexistentielle“ Persönlichkeitsstörung. *Existenzanalyse* 16, 1, 13-17
- Grillparzer F (1940) *Sämtliche Werke. Der Traum, ein Leben*. Stuttgart: Cotta, 109-222
- Heitger B (2002) Aspekte des Narzissmus. I. Was außen sich zeigt, innen sich weist. *Existenzanalyse* 19, 2+3, 34-36
- Längle A (1999a) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. *Existenzanalyse* 16, 3, 18-29
- Längle A (2002b) Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst – eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. Längle A (Hg) *Hysterie*. Wien: Facultas, 127-156
- Längle A (2003) *Lehrbuch der Existenzanalyse (Logotherapie)*, 4. Teil: Dritte Grundmotivation. Wien: GLE-Verlag
- Tutsch L (2002) Alles (k)ein Problem – Praxis, Theorie und Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung. In: Längle A (Hg) *Hysterie. Erweiterter Kongressbericht 1999 der GLE*. Wien: GLE-Verlag

*Anschrift der Verfasserin:
Christine Koch
Kirchengasse 2
7344 Stoob
christine.koch@existenzanalyse.org*

Therapeutische Arbeit mit dem TAT bei Jugendlichen

Astrid Görtz

Bereits im letzten Heft wurde der Thematische Apperzeptionstest (TAT) von Henry A. Murray als ein aus den 1950er Jahren stammender projektiver Persönlichkeitstest eingehend vorgestellt (vgl. Görtz, 2007). Projektive Verfahren eignen sich vor allem deshalb gut für die therapeutische Arbeit mit jungen Menschen, da sich Jugendliche, insbesondere am Beginn der Pubertät, mit dem Artikulieren konkreter Schwierigkeiten oder ganz allgemein mit dem Ausdrücken von Gefühlen auf verbaler Ebene auf Grund der noch in Entwicklung befindlichen Reflexionsfähigkeit schwer tun. Die Arbeit mit dem TAT bietet eine Einstiegshilfe in Gespräche über ihre Schwierigkeiten, ohne gleich zu konfrontativ oder aufdeckend vorzugehen.

Schlüsselwörter: Projektive Verfahren, Jugendlichenpsychotherapie

Therapeutic work with the TAT with adolescents

Our last edition presented the thematic apperception test (TAT) by Henry A. Murray, a projective personality test from the 1950s (cf. Görtz, 2007). Projective procedures are well suited for the therapeutic work with young people, because they usually have difficulties articulating concrete difficulties or expressing feelings in general, since their reflective powers are still developing, particularly in the onset of puberty. Working with TAT offers an entry into talking about their difficulties without proceeding in a too confrontative or uncovering manner.

Key words: projective tests, psychotherapy with adolescents

Testbeschreibung

Wie bereits dargestellt, besteht der TAT aus mehrdeutigen Bildvorlagen, und zwar Szenen alltäglicher Lebenssituationen, zu denen der/die Jugendliche jeweils eine Geschichte erzählen soll. Die „Provokation“ zum Geschichtenerzählen wird durch Fragen unterstützt, wie „Wie ist es zu der Situation gekommen?“, „Was passiert gerade?“, „Welche Gedanken und Gefühle haben die beteiligten Personen?“, „Wie wird die Geschichte weitergehen?“ Gerade für jüngere Jugendliche (ab etwa 12 Jahren) scheinen die Bilder und die dadurch angesprochenen Themen besonders hohen „Aufforderungscharakter“ zu besitzen. Die Schwarz-Weiß-Bilder transportieren die auf ihnen dargestellten Inhalte in einer deutlichen, da und dort auch etwas drastischen Weise. Gerade dadurch legen sie die wichtigen Themen des/der Jugendlichen offen und bieten gute Ansatzpunkte für die therapeutische Arbeit.

Das Testmaterial besteht aus 19 Schwarz-Weiß-Bildern und einem leeren weißen Blatt. 11 von 20 Bildern sind auf beide Geschlechter und alle Altersstufen anwendbar. Die übrigen Bilder sind spezifisch nach Alter bzw. Geschlecht vorgesehen (G für girl, B für boy, M für male, F für female). Der gesamte Satz von Tafeln ist in zwei Serien zu 10 Tafeln eingeteilt. Die Tafeln der 2. Bildserie (11-20) sind bizarrer und phantastischer als die der ersten Serie. Nach Murray sollen

sie zu Erzählungen anregen, welche archaische Motive und mehr triebbetonte Themen enthalten. Das weiter unten angeführte Fallbeispiel bezieht sich auf die Motive der Bildserie 1.

Die thematischen Valenzen der TAT-Bilder

Die Bilder haben nach Meinung von Revers (1968) eine besondere Eigenart: Unter dem Aspekt der „thematischen Valenz“ stellen sie eine Serie von biographischen Grundsituationen dar, wie sie mehr oder weniger jeder Angehörige unseres kulturellen Milieus erlebt. Durch empirische Untersuchungen zeigten sich so genannte „common stories“, Geschichten, die ganz typisch, fast schon klischeehaft für das jeweilige Bild sind. Dennoch können aber gerade solche Geschichten von höchster persönlicher Bedeutung für die Testperson sein – es ist also keinerlei diagnostische Information darin enthalten, ob es sich um eine „common story“ handelt oder nicht. Aber es könnte genau diese Eigenschaft des Bildmaterials sein, die den diagnostischen und therapeutischen Wert des TAT insgesamt ausmacht.

Für die Auswertung der Geschichten ist es nicht unwichtig, die thematischen Valenzen der Bilder zu kennen – z.B. um systematische Vermeidungen von Themen erkennen zu können.

Im Folgenden sind neben einer kurzen Beschreibung der Bildinhalte die thematischen Valenzen nach Revers (1968,

96ff.) zu jenen Bildern angegeben, die im anschließenden Fallbeispiel Verwendung gefunden haben (Bildserie 1, Version „girls“).

Bild 1*

Ein Junge sitzt, den Kopf in beide Hände gestützt, vor einer Geige, die vor ihm auf einem Tisch liegt, und betrachtet sie. (Es ist übrigens der junge Yehudi Menuhin.)

Der Inhalt der Geschichten zu diesem Bild zeigt zumindest die Einstellung des Probanden gegenüber seinen Eltern und gegenüber auferlegten Pflichten (Leiden unter/oder Rebellion gegen elterlichen Zwang) an.

Ein anderer Zug, der bei diesem Bild häufig in Erscheinung tritt, ist das Selbstverwirklichungs- oder Geltungsstreben (bedeutend werden, etwas Großes aus sich machen, Ansehen gewinnen, es weiter bringen als der Durchschnitt, sich ins Rampenlicht der öffentlichen Zustimmung stellen). In solchen Geschichten tritt auch die Einstellung der eigenen Zukunft gegenüber in Erscheinung (Hoffnung, Vertrauen, Selbstvertrauen, Schwierigkeiten, Entmutigung, Durchsetzung). Sofern ein Proband eine persönliche Beziehung zur Musik und zum Bereich der künstlerischen Gestaltung besitzt, wird sie mit großer Wahrscheinlichkeit in dieser Geschichte ausgedrückt (Gestaltungsdrang, Gestaltung als Mittel der Geltungsgewinnung oder des wortlosen Ausdrucks der Innerlichkeit auch im Sinne ästhetischer Selbstbespiegelung).

Bild 2

Eine Szene auf dem Land: Vorn links steht eine jugendliche weibliche Person mit Büchern in der Hand, im Hintergrund bearbeitet ein Mann mit einem Pferd den Acker; rechts steht, angelehnt an einen Baum, eine Frau in bäuerlicher Kleidung.

Generationenkonflikt: Einstellung zur Familie im Sinne der Einstellung der jüngeren Generation zur Elterngeneration und der besonderen Rolle, die hier Mutter, Vater, ältere Brüder oder Schwestern spielen. Zum Ausdruck gelangt dabei häufig die Art der Auseinandersetzung mit einer innerlich entfremdeten Umgebung.

Wo Konflikte zwischen eigenen Berufswünschen des Probanden und den beruflichen Plänen seiner Eltern vorliegen, gelangen sie bei diesem Bild zumeist zum Ausdruck. Gelegentlich ist auch die Einstellung zur Schwangerschaft der Mutter oder zu nachgeborenen Geschwistern bei diesem Bild festzustellen.

Bild 3 GF

Eine jugendliche weibliche Person steht da mit nach vorn gebeugtem Kopf, das Gesicht ist mit der rechten Hand bedeckt. Der linke Arm ist ausgestreckt, die Hand greift zur Kante einer nahezu geschlossenen Türe.

Regt zum Ausdruck von Depressionserlebnissen an: Erlebnisse der Enttäuschung, Schuld, des Erleidens von Gewalt, der Zurückstoßung oder Verstoßung usw.; Reaktion mit Verzweiflung, Mutlosigkeit, Selbstmord, Aggression, Umkehr oder Ringen um Selbständigkeit.

Bild 4

Eine Frau greift einen Mann bei den Schultern; Gesicht und Körper des Menschen sind von ihr abgewandt, als versuchte er von ihr loszukommen. Im Hintergrund neben dem Kopf des Mannes ist undeutlich eine Gestalt einer spärlich bekleideten Frau sichtbar.

Diese Bild provoziert die Darstellung der Einstellung oder Gesinnungshaltung im Bereich der Beziehungen der Geschlechter (Einfluss auf einander, Konflikte: verschiedene Anschauungen, Pläne, Gesinnungen; Entfremdung; Eifersucht; Anfälligkeit für sexuelle Einflüsse, Untreue, Bindungsbereitschaft und Treue usw.). Bei Kindern führt dieses Bild häufig zur Darstellung von Erlebnissen der Eltern zueinander. Es ist darauf zu achten, ob der Proband die spärlich bekleidete Gestalt im Hintergrund bemerkt und in die Erzählung einbezieht.

Bild 5

Eine Frau mittleren Alters steht an einer Türschwelle und schaut durch die halbgeöffnete Türe – zum Beschauer gerichtet – in ein Zimmer.

Führt im Allgemeinen zum Ausdruck der Einstellung des Probanden zur Mutter oder zu Mutterfiguren (umsorgt oder überwacht werden, kontrolliert werden, entdeckt oder entlarvt werden, Furcht vor Argwohn der Mutter z.B. gegenüber geschlechtlichen Beziehungen des Probanden, belästigende Neugier usw.) oder auch zum Geschlechtspartner, der eine ähnliche Rolle spielt. Frauen, die heranwachsende Kinder haben, geben bei diesem Bild oft auch Darstellungen ihrer Art von Sorge um die Kinder.

Bild 6 GF

Eine junge Frau sitzt auf einer Sofaecke und schaut über die Schulter nach rückwärts zu einem Mann, der eine Pfeife im Mund hat und sie anzureden scheint.

Das Bild führt meist zur Darstellung der Beziehung der Geschlechtspartner zu einander und der Rolle, die sie für einander spielen. Als Tafel der Serie für weibliche Probanden soll das Bild die Darstellung der Vater-Tochter-Beziehung anregen. Für diesen Zweck ist das Bild ungeeignet, offenbar deshalb, weil die männliche Figur keinen deutlichen Altersunterschied zu der weiblichen Figur aufweist. Die Erzählungen zu diesem Bild gewähren kaum neue Aspekte gegenüber den Geschichten zu Bild 4.

Bild 7 GF

Eine ältere Frau sitzt auf einem Sofa dicht neben einem Mädchen, zu diesem hingewandt, als ob sie mit ihm spräche oder ihm etwas vorläse. Das Mädchen hält eine Puppe im Schoß und schaut weg.

Das Bild regt die Darstellung der Mutter-Tochter-Beziehung an. Diese Beziehung tritt zumeist in Erscheinung im Rahmen der Darstellung des Heim- und Nesterlebnisses des Kindes und der Gesinnung der Probandin dem Elternhaus und Heim gegenüber. Häufig wird die Puppe für ein Kind des dargestellten Mädchens gehalten. In diesem Fall wird die er-

* Abbildungen der Bilder siehe ab Seite 38

wartete Einstellung der Mutter der Mutterschaft ihres Kindes gegenüber ausgedrückt.

Bild 8 GF

Die Arme auf die Stuhllehne gelehnt, sitzt eine junge Frau da, den Kopf in die Hand gestützt, und blickt ins Weite.

Zu diesem Bild werden oft Geschichten erzählt über besinnliches Sinnieren in die Vergangenheit oder Zukunft. Oft ist das Bild jedoch wenig ergiebig, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Bild 9 GF

Eine junge Frau steht an einem Baum, in der linken Hand hält sie ein (Magazin?) Heft und eine Handtasche (o.ä.); hinter dem Baum läuft – im Gesellschaftskleid – eine andere junge Frau den Strand entlang.

Dieses Bild erwies sich für die Feststellung der Gefühlsbeziehung zu gleichaltrigen weiblichen Personen, insbesondere aber der Schwesternbeziehung der Probandinnen als sehr ergiebig. Häufig werden auch Rivalitäten zwischen gleichaltrigen Frauen (Freundinnen) zum Ausdruck gebracht.

Bild 10

Kopf einer jungen Frau an die Schulter eines Mannes gelehnt. (Sichtbar sind zwei Köpfe [Mann und Frau?], beide mit geschlossenen Augen, Hand und Kopf der vorderen Person scheinen an der Schulter der Person, die links steht, angelehnt zu sein.)

Das Bild regt an zu Erzählungen über die Liebesbeziehung zwischen Geschlechtspartnern (häufig wird das Bild selbst als Darstellung der Umarmung Liebender beim Wiedersehen nach längerer Trennung [oder beim Abschied] betrachtet).

Der Proband bringt seine Gesinnung gegenüber dem Ehepartner oder sein Erlebnis der Beziehung seiner Eltern zueinander oder auch sein Bedürfnis nach sozialer Bindung zum Ausdruck.

Diagnostische Auswertung der TAT-Geschichten

Wie bereits an anderer Stelle ausführlicher beschrieben (vgl. Görtz, 2007), rückt der existenzanalytische Zugang die Beweggründe der Hauptfigur in den Vordergrund. Der phänomenologische Blick auf die Geschichten hebt die *personalen Ressourcen* des/der Jugendlichen, mit denen in der Therapie gut weiter gearbeitet werden kann. Dabei werden die Geschichten als unmittelbarer Ausdruck der Person aufgefasst, ähnlich wie ein Traum, bei dem im Grunde jedes Detail die Grundthematik widerzuspiegeln imstande ist. Wie auch ein Traum fokussiert sich die Geschichte meist auf eine zentrale handelnde (oder erleidende) Hauptperson. Welchen Umgang findet nun die Hauptperson mit den Problemen in der Geschichte, insbesondere in deren Ausgang? Darüber hinaus erlaubt die Analyse der Themen entlang der existentiellen Grundmotivationen auch eine Bestandsaufnahme von Copings und Persönlichkeitsanteilen. Auch stilistische Merk-

male, aber auch der Erzählfluss, Pausen, Lachen zwischen-durch etc. geben wichtige Hinweise auf die durch das Bild ausgelöste, den Probanden bewegende Emotionalität.

Prinzipien der therapeutischen Arbeit mit dem TAT bei Jugendlichen

Was ist nun bei einem therapeutischen Einsatz anders als in der diagnostischen Anwendung des TAT? Generell würde ich mein Vorgehen als „phänomenologisch-dialogisch“ bezeichnen. Es ist fragend, meist auch ganz konkret nachfragend und insgesamt wenig deutend. Manchmal geht das Nachfragen in Richtung eines Bewusstmachens von indirekt zum Ausdruck gebrachten Konflikten oder schwierigen Lebens-themen. Dies geschieht sehr vorsichtig, um eine direkte Aufdeckung zu vermeiden. Bei Jugendlichen ist es meiner Erfahrung nach noch wichtiger als bei erwachsenen Klienten, das Auftreten von Schamgefühlen zu vermeiden, die ein aufdeckendes Vorgehen unweigerlich auslösen würde. Dies könnte sogar das Vertrauen des Jugendlichen in die therapeutische Beziehung gefährden. Gerade Kinder und Jugendliche bekommen ja oft von Erziehungspersonen ihre Schwierigkeiten wenig achtsam auf den Kopf zugesagt und erleben dies meist als Verletzung oder Abwertung. Themen müssen vom Jugendlichen als solche einmal von ihm/ihr aus eingebracht worden sein, erst dann ist quasi die „Erlaubnis“ gegeben, dass der Therapeut sich von sich aus darauf beziehen darf. Aus den genannten Gründen ist das therapeutische Vorgehen ganz allgemein in der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie in erster Linie Ressourcen-stärkend.

Der diagnostische Gewinn der Erzählungen ist bei diesem Vorgehen in einem tiefenpsychologischen Sinn geringer – unter anderem deshalb, weil ich (anders als Murray empfiehlt) in der Vorgabe nicht verlange, dass es vollständige Geschichten, mit Vorgeschichte und Ende sein müssen. Dies wäre meines Erachtens für eine Therapie zu schematisch und starr. Die Geschichten sollen möglichst spontane Äußerungen sein, gerade in ihrer stilistischen Form drücken sie oft etwas von der persönlichen Eigenart des Erzählers aus. Außerdem eröffnet die Nachbesprechung und manchmal Weiterentwicklung der Geschichten weitere therapeutische Möglichkeiten.

Revers und die anderen Autoren, die sich mit der Auswertung des TAT befassten, empfehlen eine möglichst neutrale Position des Untersuchers. Diese ist im Rahmen einer Therapie jedoch nicht angemessen. Im Rahmen einer Psychotherapie werden die Geschichten wie andere Äußerungen auch, aber wie auch beispielsweise Träume, als Ausdruck des In-der-Welt-Seins aufgefasst. Insgesamt ist also der therapeutische Umgang mit dem Bildmaterial viel freier und weniger strukturiert als der diagnostische. Dies hat natürlich damit zu tun, dass keine abgesicherten Aussagen angestrebt werden – die ja auch im Bereich der Diagnostik gerade im Fall der projektiven Verfahren sehr umstritten sind.

Eine weitere Charakteristik der therapeutischen Arbeit mit dem TAT ist, dass ganz selten der Zusammenhang mit der realen Situation des oder der Jugendlichen explizit hergestellt

wird. Ganz generell ist es in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen wichtig, deren Schamgrenzen zu wahren und nicht aufdeckend vorzugehen. Projektive Materialien bieten sich ja gerade deshalb im Rahmen der Therapie an, weil sie Kindern und Jugendlichen ermöglichen, sich in ihren Fähigkeiten, in realen und ersehnten Stärken, aber auch in verletzten, von Bezugspersonen abgelehnten oder tabuisierten Bereichen zu zeigen. Diese Möglichkeit, Gefühle, Beweggründe, Einstellungen auf quasi „versteckte“, symbolische Weise zu zeigen – das grundlegende Stilmittel in der darstellenden Kunst – ist in der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie besonders wichtig. Die therapeutische Arbeit bleibt oft über weite Strecken auf der symbolischen Ebene. Anders wäre es für Kinder und Jugendliche kaum möglich, traumatisierende oder belastende Erfahrungen mitzuteilen. Durch das Mitgehen des Therapeuten auf dieser Ebene – im Fall der TAT-Geschichten durch das Aufgreifen der geäußerten Stärken der Figuren, das Nachfragen von nicht ausgeführten Details, das Interesse an der Dynamik des Verlaufs der Geschichte, ohne dabei aufdeckend zu sein – fördert der Therapeut die Abgrenzung und das Stellungnehmen, was den Selbstwert des Jugendlichen stärkt und zu Wachstum anregt.

Ein direktes Ansprechen des realen Bezuges ist meines Erachtens nur dort erlaubt, wo es sich um etwas bereits Bewältigtes, Gelöstes oder evtl. in der Therapie schon Besprochenes handelt – wo jedenfalls der/die Jugendliche bereits seinen Umgang damit gefunden hat. Dann wirken die Worte des Therapeuten im Sinne einer Bekräftigung, etwa in der Art wie „Das kennst du auch“ – aber es ist heikel, und es muss genau hingespürt werden, ob es schon angebracht ist. Im schlimmsten Fall kann es Vertrauen erschüttern, weil es die Schamgrenze verletzt.

Ein Fallbeispiel

Ich möchte von Miriam erzählen. Ihre Mutter kam vorerst allein zum Erstgespräch – so halte ich es immer im Falle einer Kindertherapie – und berichtet von ihrer 12jährigen Tochter, die damals die 3. Klasse Gymnasium besuchte. Sie sei eine sehr gute Schülerin, allgemein ein sehr ruhiges Kind. In letzter Zeit werde die Mutter öfter von der Schule angerufen, dass Miriam wegen Übelkeit und Bauchschmerzen abgeholt werden solle. Eine organische Untersuchung habe keine Ergebnisse gebracht, es wird von psychischen Ursachen ausgegangen.

Die Mutter erzählt weiters, dass es ihr selbst jahrelang schlecht gegangen sei, seit 10 Jahren leide sie an „Fibromyalgie“, einer sehr schmerzhaften Rheumaform, die schubweise auftritt.

Miriam habe außerdem noch einen 4 Jahre älteren Bruder, der nach Aussage der Mutter ein „Super-Schüler“ sei.

Sich selbst bezeichnet die Mutter als „Glucke“. Die Mutter erwähnt auch im Erstgespräch, dass sie ein „Missbrauchsfall“ sei – in einem späteren Gespräch erzählt sie vom sexuellen Missbrauch in der Kindheit durch einen Priester.

Die Mutter macht auf mich den Eindruck einer zwar vordergründig engagierten, aber im Grunde doch unverbindlichen Mutter. Ein Stück weit ist es das Gefühl, als ob sie mir

gegenüber ohne Worte ausdrückte: „Hier haben Sie dieses pubertierende Mädchen, ich selber kann ihr in dieser Phase nicht mehr Mutter sein, weil ich selbst zu stark verletzt bin. Machen Sie jetzt weiter.“ Wenn das so stimmt, dann hat die Mutter ihre Tochter im Moment des Heranwachsens zur Frau verlassen und sich gerade noch eine Ersatzmutter für sie gesucht. Indem sie mich zur Geheimnisträgerin ihrer Tochter gegenüber macht, behält sie aber gewissermaßen „den Fuß in der Tür“ der Therapie und beanspruchte mich auch ein wenig als Therapeutin – was auch eine Form von missbräuchlichem Umgang mit mir als Therapeutin ist. So etwas lässt sich nicht verhindern und kann nur so beantwortet werden, dass das Auftreten dem Elternteil gegenüber umso klarer ist, was die Grenzen bezüglich Verschwiegenheit und den Raum des Elternteils in der Therapie betrifft.

Im Erstgespräch mit Miriam kommt mir ein am Beginn der Pubertät stehendes Mädchen entgegen. Sie wirkt älter als 12 Jahre, ist eher jugenhaft gekleidet, spricht leise und wirkt insgesamt recht scheu, wengleich offen für das Gespräch mit mir. Miriam bezeichnet sich als „gefühlvollen Typen“. Was sie gerne macht, ist zeichnen. Außerdem interessiert sie sich für Innenraumgestaltung – sie spricht auch von ihrem „kreativen Talent“.

Die Magenschmerzen treten in der Früh auf, sobald sie aus ihrem Zimmer in die Küche hinuntergeht, und halten dann mehr oder weniger den ganzen Tag an. Sie werden ab und zu besser, wenn sie im Sport Erfolgserlebnisse hat, z.B. im Völkerball. Miriam hat starke Ängste vor Misserfolg in der Schule und zeigt deutlich depressive Symptome wie Rückzug, Antriebslosigkeit, Mutlosigkeit, Selbstzweifel.

Als ich sie ersuche, das Gefühl im Magen mit Wasserfarben darzustellen, malt sie einen unförmigen olivgrünen Klecks, den sie selbst als „glitschig“ und „schleimig“ bezeichnet. Sie nennt das Ding eine „eingegangene Nacktschnecke“! Da könnte etwas vom mütterlichen Ekel enthalten sein, der aus der Missbrauchserfahrung rührt. Erst viel später – nach über einem Jahr Therapie – erzählt Miriam, dass die Mutter regelmäßig heimlich trinkt und dass bei Miriam dann Gefühle des Ekels und der Verachtung der Mutter gegenüber auftreten. Erst später wird mir selbst der Zusammenhang deutlich, dass die Mutter die Erfahrungen von Ekel in der Missbrauchserfahrung durch Trinken zu überwinden versucht und damit wiederum Ekelgefühle bei ihrer Tochter auslöst. In einer systemischen Betrachtungsweise könnte man – vielleicht etwas pointiert – formulieren, dass die Mutter ihre Ekelgefühle an Miriam „weitergegeben“ hat oder dass umgekehrt Miriam den mütterlichen Ekel aus der Missbrauchserfahrung „spüren“ kann. Die Belastungen der Mutter wurden später ein großes Thema in der Therapie.

In der ersten Stunde stelle ich Miriam die Aufgabe, ihre Familie verzaubert in Märchen- oder andere Figuren, auch Tierfiguren, darzustellen. Miriam, die ein ausgeprägtes Zeichentalent hat, entscheidet sich für eine Darstellung in Comics-Figuren. Die Mutter ist eine „Glucke“, die Oma eine noch stärkere „Glucke“, der Bruder eine Katze – sportlich und einzelgängerisch –, der Papa ein gemütlicher Bär. Sich

selbst stellt Miriam als Tiger dar. Darin zeigt sich – neben der Artverwandtschaft mit dem Bruder – eine in der direkten Begegnung nicht spürbare aggressive Seite von Miriam.

Dem 17jährigen Bruder gegenüber empfindet Miriam große Bewunderung. Erst später in der Therapie wird ein doch recht starkes Konkurrenzverhältnis sichtbar, vor allem als der Bruder dann zu studieren beginnt und eine gewisse Arroganz nach außen trägt, spricht sie erstmals davon, dass sie auch darunter leidet.

Über die Schule sagt Miriam „man verbringt die Hälfte des Tages in einem Betonklotz“. Schule empfindet sie als teilweise sinnlosen Zwang. Sie leidet unter Referaten, hat starke Versagensängste, wenn sie dem Blick der Klassenkollegen ausgesetzt ist, vor allem bei Referaten.

Ihre depressive Symptomatik drückt sich auch in starkem Grübeln über die Zukunft der Welt aus. Sie interessiert sich für Umwelt-Themen und Politik. Auf die Frage „was ist dein größter Wunsch?“ antwortet sie „dass nicht mehr so viele Tierarten aussterben“.

Charakteristisch für Miriam ist auch ihr etwas makabrer Humor. Sie liest gerne Gruselgeschichten. Sie hält sich aber auch gerne in Phantasiewelten von Fantasy-Geschichten auf. Ihr Zeichenstil, am liebsten Comics darzustellen, ist für mich ein weiterer Hinweis, dass die Realität, so wie sie sie im Moment erlebt, belastend ist – Comics als ironische Verfremdung von Realität und als Bewältigung depressiver Gefühle?

Wo sind Ressourcen? Miriam besitzt viele Haustiere – einen Hund, eine Katze, ein Meerschweinchen, einen Hamster, zwei Schlangen und vier Schildkröten. Die Tiere sind wichtige Bezugspersonen für sie.

Am Beginn der Therapie stehen Ressourcen-stärkende Dinge: sie bekommt sehr gerne Geschichten vorgelesen – am liebsten mit Tieren wie z.B. „Frederick, die Maus“ oder „Katze Mimose“ – mit Entspannungselementen aus dem Autogenen Training für Kinder. Wir machen viele Fantasiereisen, sie gestaltet ihren inneren Raum und beginnt zunehmend Bilder ohne die Begrenzung der Comic-Darstellung, nur mit Farben, in Aquarell-Technik darzustellen. Ich empfinde das als Fortschritt – Miriam bekommt mehr und mehr Zutrauen in ihre Gefühle und muss nicht mehr so viel mit dem Kopf abwehren. Viele Bilder aus den Imaginations-Reisen bleiben auch ohne zeichnerische Darstellung – eben in der Fantasie „ausgemalt“. Sie spricht aber gerne darüber und bekommt in den Stunden viel Raum dafür.

Miriam ist nun etwa ein halbes Jahr in Therapie bei mir. Ihr Selbstvertrauen ist gestärkt, ihre Magenschmerzen sind Vergangenheit. Ihr Gemütszustand ist deutlich aufgehellt. Miriam ist nun 13 Jahre alt. Sie hat noch viel auszudrücken. Noch hat sie nicht über den Alkoholkonsum der Mutter gesprochen. Das zeigt, wie viel Mut und Vertrauen es für Kinder braucht, die Schwächen der Eltern gegenüber Außenstehenden zu thematisieren. Trotz guter therapeutischer Beziehung ist es für eine 13jährige offenbar noch zu bedrohlich, sich – wenn auch im geschützten Rahmen –, gegen die eigenen Eltern zu stellen.

Mein Entschluss, den TAT vorzugeben, entsprang dem Gedanken, dass seine Bilderwelt erfahrungsgemäß für dieses Alter gut passt. Es könnten sich dadurch neue Themen für

die Therapie ergeben. Warum nicht gleich am Beginn der Therapie? Die düsteren Schwarz-weiß-Darstellungen wären dem depressiven Gemütszustand Miriams nicht angemessen gewesen. Auch hätte die Aufforderung, Geschichten zu erfinden, einen Erfolgsdruck dargestellt.

Die Arbeit mit dem TAT dauerte viele Sitzungen, da wir über jedes Bild mehr oder weniger ausführlich sprachen und auch aktuelle Themen weiterhin ihren Platz behalten sollten. Nun zu den einzelnen TAT-Geschichten von Miriam.

Bild 1



Pat.: Dem seine Eltern waren zu ehrgeizig für ihn, haben ihn auf eine Musikschule gesteckt. Jetzt lernt er für eine Prüfung, schafft die Prüfung und wird ein ganz berühmter Geigenspieler.

Th.: Wie geht es ihm jetzt?

Pat.: Überarbeitet.

Th.: Was könnte ihm helfen?

Pat.: Eine große Tasse Kakao. Sein bester Freund aus der Schule sollte sie ihm bringen.

Th.: Was noch?

Pat.: Mit Freunden im Schulhof Ball spielen, im Sommer schwimmen gehen, Eis essen gehen, zu den Großeltern gehen – die erlauben ihm alles, auf dem Bauernhof sein: dort spielt er mit Küken und Schweinchen, stiehlt verbotenerweise Kirschen aus dem Nachbargarten.

Kommentar: Hier geht das Gespräch weiter über frühere Ferienerlebnisse auf dem Bauernhof und die Lust am Kirschenstehlen.

Das Thema des Leistungsdrucks durch die Eltern wird deutlich. Auch Miriam kennt Versagensängste in Bezug auf die Schule. Aber sie kennt auch Möglichkeiten, es sich gut gehen zu lassen – zumindest in der Geschichte. Vor allem das Verbotene zu tun, wirkt entlastend – also den Erwartungen nicht zu entsprechen, sich seinen Raum zu nehmen.

Dass der Junge gleich ein berühmter Geigenspieler wird, den Auftrag der Eltern also quasi übererfüllt, zeigt ein Stück Selbstaggression auf, die so typisch für Depressive ist. Andererseits ist Miriam durchaus bewusst, wohin so ein Weg führt, denn der Junge ist überarbeitet und braucht Zuwendung und Entlastung. In Miriams Antworten auf mein Nachfragen kommen geradezu depressionslindernde Maßnahmen zum Ausdruck, was jedenfalls ein positiver Hinweis über Miriams aktuellen Zustand ist.

Eine weitere Ressource zeigt sich: Miriam kann sich in die kindliche Erlebniswelt einfühlen und scheint dies so richtig zu genießen.

Bild 2



Pat.: Das erinnert mich an ein Buch. Guido, die Magd, kam auf den Bauernhof und musste hart arbeiten. Sie musste auf acht Kinder aufpassen. Es stellt sich heraus, dass sie die Tochter des Gutsherrn ist. Das Mädchen wirkt traurig, es steht vor einer schweren Entscheidung. Wo gehöre ich hin? Die Lösung ist: sie soll sich einsetzen für die Bauern. Sie ist dieser Aufgabe gewachsen.

Th.: Was macht sie so stark?

Pat.: Dass sie an sich selber glaubt. Sie glaubt an ihre Sache!

Kommentar: Wir sprechen noch eine Weile darüber, wie wichtig es ist, an sich selber zu glauben.

Existenzanalytisch gesehen geht es in der Geschichte um die Schwierigkeit, sich selbst zu leben, um das Thema der eigenen und übernommenen Werte, das Hin- und Hergerissen-Sein zwischen zwei Welten, das hier konkret ein Verkannt-Sein im sozialen Status ist. Ich verstehe es auf der persönlichen Ebene als ein Nicht-erkannt-Werden im eigenen Wert, das wiederum häufig bei depressiven Menschen auftritt und vielleicht ein Grundgefühl bei Miriam ist. Der Umgang mit diesem Gefühl ist wiederum charakteristisch depressiv: Miriam ist der Meinung, die junge Frau in der Geschichte soll es auf sich nehmen, den eigenen Wert also zurückstellen und sich für andere einsetzen – in Form von Aufopferung statt Hingabe. Hier wird also wiederum das Thema der Leistung sichtbar.

Das Bewusstsein der sozialen Unterschiede ist bei Miriam auch in der Realität stark ausgeprägt. Im Einsatz für andere läuft sie Gefahr, sich selbst zu übergehen. Über dieses Thema sprechen wir immer wieder in der Therapie.

Bild 3GF



Pat. (runzelt die Stirn, lange Pause): Wie alt ist die? Über 30? Sie hat gerade ihre Arbeit verloren, der Mann hat sie verlassen, er hat das Sorgerecht für die Kinder. Sie hat nur noch ihre Mutter. Sie geht vor Gericht, um das Sorgerecht für ihre Kinder zu erkämpfen. Und sie schafft es.

Kommentar: Das Bild „erschlägt“ Miriam förmlich, wie ihre erste Reaktion auch zeigt. Es ist eine Art „worst case“, wie schlimm es im Leben kommen kann. Das rettende Prinzip ist in dieser Geschichte Durchhaltekraft – ist das auch ihres? Die Geschichte löste starke emotionale Betroffenheit auch bei mir aus, die eine Zeit lang zwischen uns stehen blieb. In der Mutterfigur der Geschichte drückt sich Miriams tiefe Sehnsucht danach aus, dass die Mutter doch noch für sie da ist – in ihrer Betroffenheit wohl auch ein Stück Trauer darüber, dass sie dies von der realen Mutter nicht ausreichend bekam. Im Gespräch ging es dann wiederum um Stärkung der Ressourcen: was könnte die junge Frau in der Realität noch tun, wo wären weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu finden, etc.?

Dieses Bild macht eine Charakteristik des dialogisch-phänomenologischen Umgangs mit den Geschichten deutlich: ein psychodynamisch-aufdeckender Zugang würde möglicherweise die Mutter-Problematik zum Thema machen, wozu Miriam meinem Eindruck nach noch nicht bereit war. Andererseits versuchte ich auch nicht „zuzudecken“, etwa die Hoffnung auf die Halt gebende Mutter weiter zu schüren und damit das reale Verhältnis zu beschönigen. Das Stehen-Lassen und eben nicht weiter Verbalisieren dieses Aspekts erschien mir an dieser Stelle angemessen.

Bild 4



Pat.: Ein „Uralt-Schinken“. Das ist ein ur-wichtiger Kommissar. Sie sagt „geh bitte nicht weg“.

Kommentar: Diese Geschichte ist nicht besonders ergiebig, weil sich Miriam nicht auf den Inhalt einlässt, mir ein Klischee serviert, an das sie selber nicht glaubt. Wir halten uns daher nicht lange bei diesem Bild auf. Greift man die thematischen Valenzen nach *Revers* auf, zeigt sich, dass Miriam sich auf Geschichten über Liebe und Beziehung zwischen Mann und Frau nicht einlässt. Sie hat diesbezüglich möglicherweise noch wenig Zutrauen in ihre eigene Gefühlswelt und auch noch keine realen Erfahrungen. Andererseits könnte ein Aspekt der Eltern-Beziehung hier sichtbar werden: der Vater entfernt sich innerlich immer mehr (später in der Therapie wird deutlich, dass er selbst depressiv ist), die Mutter versucht ihn zu halten.

Bild 5



Pat.: Das erinnert mich an Miss Marple. Das ist ihre noch unbekannte Schwester, sie versucht einen Diamantenfall aufzulösen.

Th.: Wie ist sie?

Pat.: Eher schüchtern, eher unauffällig. Sie hat mehr Grips, man unterschätzt sie leicht. In Wirklichkeit hat sie alle Fälle gelöst.

Kommentar: Hier kommt Miriams Hang zum skurrilen Humor zum Ausdruck, der sich auch in den Comics-Zeichnungen immer wieder zeigt – eine witzige Idee, dass in Wirklichkeit die Schwester die Fälle der berühmten Miss Marple gelöst hat, und keiner weiß es! Die Geschichte zeigt auch die Ressource der Klugheit, die der Umgebung verborgen bleibt. Miriam ist ganz sicher ein kluges Mädchen, das in der Beobachterposition so manche „Fälle“ auf Grund ihrer Schlaueit gelöst hat. Das entspricht ihrem Naturell – zeigt aber auch den Aspekt der depressiven Zurückgezogenheit, die sie ihre Stärken der Umgebung gegenüber verbergen lässt. Vielleicht fühlt sie sich selbst in ihren Stärken so unerkant wie die Schwester der Miss Marple. Und genau wie diese fühlt sie sich im Verborgenen dennoch stark. Darin steckt durchaus eine Portion Wut und Rebellion, die es therapeutisch zu stärken gilt. Ein Ressourcen stärkender Umgang bedeutete im Fall dieser Geschichte, gemeinsam über die geniale Detektivin zu staunen, wie sie die gesamte Leserschaft von Agatha Christie-Romanen an der Nase herumzuführen weiß.

Bild 6 GF



Pat.: Das ist Miss Marples Schwester in jüngeren Jahren. Sie wird von Gaunern eingekreist und ausgefragt. Hier ist sie eine Putzfrau und weiß von nichts.

Kommentar: Miriam hat offensichtlich Spaß an der Figur gefunden und spinnt weitere Geschichten um sie. Wieder findet sich das Motiv der Verstellung – die eigenen Stärken, das eigene Wissen aus Klugheit zu verbergen, um einen Kriminalfall zu lösen.

Aus dem Wissen um die Geschichte der Mutter ließe sich hier ein interessanter Zusammenhang herstellen: Miriam weiß nichts über die Missbrauchs-Erfahrung der Mutter – und die Mutter weiß andererseits nicht, dass Miriam etwas über ihr heimliches Trinken weiß. Das Thema Heimlichkeit bestimmt das Mutter-Tochter-Verhältnis. In der Geschichte wird immerhin ein Verbrechen verheimlicht! Die Geschichte zeigt, dass Kinder oft atmosphärisch vieles erfassen, auch wenn ihnen die konkreten Details eines Familiengeheimnisses nicht bekannt sind. Vielleicht identifiziert sich Miriam deshalb mit der Rolle der Detektivin, die ein Verbrechen aufklären soll?

Bild 7 GF



Pat.: Ein Mädchen, das vorher auf einer Alm gewohnt hat, lebt jetzt in der Stadt. Ihre Erzieherin will ihr etwas beibringen, sie denkt nur an die Berge – ähnlich wie bei Heidi.

Th.: Wie geht die Geschichte weiter?

Pat.: Alle Ferien geht sie aufs Land. Irgendwann gewöhnt sie sich daran.

Kommentar: Wir sprechen gemeinsam über eine gute Lösung für das Mädchen. Es ergibt sich die Möglichkeit, dass sie in einer Kleinstadt lebt, wo die Berge in der Nähe sind.

In der Geschichte geht es um verlorene Heimat und die Sehnsucht nach den eigenen Wurzeln. Dieses Motiv ist in anderer Form bereits in der Gutsherren-Geschichte bei Bild 2 aufgetaucht. Dort entscheidet sich das Mädchen gegen die noble Herkunft, hier ist es die Sehnsucht nach einem Leben in der Natur, der sie letztlich folgt. Das Grundgefühl ist in beiden Geschichten Heimatlosigkeit – ein Gefühl, das Miriam zu kennen scheint. Die Abneigung gegen das Leben in der Stadt hat ihre reale Entsprechung im Problem des Eingesperrt-Seins, wie Miriam das in der Schule empfindet.

Aber es geht bei ihr auch um das Gefühl der Heimatlosigkeit in der Familie: Heidi ist ein elternloses Mädchen! Ihre Sehnsucht nach der Natur war in der Therapie oft Thema, darin schuf sie sich ihr eigenes Zuhause, fand Geborgenheit und Schutz.

Bild 8 GF



Pat.: Es ist dasselbe Mädchen, es lebt in der Kleinstadt und denkt immer noch an das frühere Leben auf der Alm. Es bereut es aber nicht, dass es in die Kleinstadt gezogen ist. Es sucht ihr Elternhaus.

Th.: Sie ist nun erwachsen. Kann sie es finden?

Pat.: Ja.

Th.: Wie ist ihr das gelungen?

Pat.: Sie hat Ausdauer und Sturheit.

Kommentar: Hier stelle ich einen realen Bezug her. Wir sprechen darüber, was das Gute an Sturheit ist und woher Miriam das kennt. Auch, dass Sturheit manchmal negativ gesehen wird, aber im Fall des Mädchens hilfreich ist. Ausdauer und Sturheit sind auch Miriams Stärken – z.B. ihre Werte nicht aus den Augen zu verlieren, auch wenn diese von der Umgebung übersehen werden (z.B. der Einsatz für die bedrohte Natur).

Bild 9 GF



Pat.: Die im Ballkleid hat einen Freund, sie wollten gemeinsam auf einen Ball gehen. Die andere will ihn ihr ausspannen, sie lockt ihn in die Falle – sie sind entfernte Cousinen.

Th.: Was hältst du davon?

Pat.: Das ist sehr gemein.

Th.: Wie geht die Geschichte aus?

Pat.: Sie gräbt sich selber eine Grube – irgendwann versöhnen sie sich.

Kommentar: Ich lasse sie beschreiben, was sie mit „gräbt sich eine Grube“ meint. Der Bursche lässt sie schmoren, es wird keine glückliche Beziehung zwischen den beiden. Das Ergebnis ist jedenfalls, dass die Freundschaft zwischen den Mädchen siegt. Die Geschichte wirkt auf mich etwas künstlich, wenig gefühlt. Es ist ein bisschen eine Geschichte wie in einem Jugendbuch. Hier bekomme ich den Eindruck, dass Miriam noch keine Erfahrung mit Gefühlen gegenüber Burschen hat. Es ist einfach nicht ihr Thema, sie greift daher auf ein Klischee zurück. Es zeigt sich aber auch das meist sehr gut verborgene Thema Aggression in dieser Geschichte – hier sehr indirekt, in der Form von „ausgleichender Gerechtigkeit“, was typisch für Depressive ist.

Bild 10



Pat.: Die Großeltern des Geigenspieler-Jungen unterhalten sich gerade über die Eltern des Jungen. Sie sagen ihnen, dass sie den Jungen nicht so überfordern sollen. Die Eltern sehen es ein.

Kommentar: Beim letzten Bild stellt Miriam einen Bezug zu ihrer ersten Geschichte her – was für einen spielerischen Umgang mit den Bildern spricht. Das Lösungsorientierte ist typisch für sie und wurde evtl. durch unsere Gespräche über die vorigen Bilder noch verstärkt. Inhaltlich gesehen spricht sie noch einmal deutlich Kritik an den Eltern aus, allerdings über den Weg der Autorität der Großeltern – wiederum eine indirekte Form von Aggression (nach dem Motto: die Eltern des Jungen sollen sich schuldig fühlen). Gleichzeitig zeigt es: Geborgenheit und Schutz gibt es nur von den Großeltern, nicht von den Eltern – auch in der Realität. Das Thema der Leistungsanforderung durch die Eltern wird von ihr im realen Bezug übrigens nie geäußert – bis dahin verliert sie nie ein negatives Wort über die Eltern – , aber es dürfte doch ein ziemlicher Druck vorhanden sein, wie die Geschichten erkennen lassen.

Psychodynamisch könnte man interpretieren, dass Miriam, obwohl das Bild nach *Revers* eine Beziehungsthematik nahe

legt, diese total ausspart. Gefühle der Liebe und Nähe machen ihr nach wie vor Angst, was mit der Übergriffigkeit der Mutter zu tun haben dürfte.

Welchen Gewinn hat die Arbeit mit dem TAT für die Therapie gebracht?

Für mich sind aus der Reflexion der TAT-Geschichten einige Themen deutlicher geworden, wie zum Beispiel der verborgene Leistungsdruck durch die Eltern. Aber auch die Thematik des Familiengeheimnisses – der wiederkehrende Kontext von Detektiv und Kriminalfall – tritt deutlich hervor. Will man nicht die thematischen Valenzen des TAT dafür verantwortlich machen, lässt sich darin eine verborgene Angst-Aggressions-Problematik erkennen, die mit der fehlenden Offenheit im Mutter-Tochter-Verhältnis in Zusammenhang stehen könnte.

Die Grundstimmung der Geschichten ist von angestregtem Bemühen geprägt, vom Kampf um Erfolg und einer indirekten Aggressivität – alles Anzeichen für eine depressive Problematik. Die Hauptpersonen in den Geschichten sind zwar nie mutlos, aber es wird ihnen alles andere als leicht gemacht. Dies ist offenbar Miriams Grundgefühl dem Leben gegenüber, was ihre wiederkehrenden depressiven Einbrüche erklärt. Andererseits wird an manchen Stellen eine humorvoll-ironische Haltung spürbar – eine geistige Haltung, die Miriam offenbar für den gelassenen Umgang mit Belastungen entwickelt hat.

Stilistisch gesehen sind Miriams Geschichten knapp gehalten und prägnant in ihrer Aussage. Sie kommt ohne viel Umschweife zu ihrer Aussage. Für mich ist es Ausdruck von Miriams Realitätssinn. Sie steht mit beiden Beinen in der Welt, für romantische Träumereien ist kein Platz in ihrem Leben.

Wie ging die Therapie mit Miriam weiter?

Einige Zeit später ergab sich das Gespräch über den heimlichen Alkoholkonsum der Mutter, was eine deutliche Entlastung für Miriam brachte. Es war das erste Mal, dass sie sich traute, negativ über die Eltern zu sprechen. Vielleicht haben die Geschichten Miriams Fähigkeit gestärkt, in der Phantasie ihre eigenen Wege zu gehen, ihren inneren Raum zu finden und sich unabhängiger von belastenden Beziehungen zu machen.

Miriam konnte in dieser Phase auch Wut gegenüber dem Vater ausdrücken, der sich mit zynischen Bemerkungen aus dem Familiengeschehen heraushielt und für sie kein Ansprechpartner in persönlichen Dingen, schon gar nicht in Hinblick auf das Trinken der Mutter war.

Es folgte eine Phase, in der Trauerarbeit Thema wurde. Miriam war interessiert an der Geschichte „Auf der Suche nach den Regenbogentränen“ von *Jorgos Canacakis*. Es war eine verborgene Trauer in ihr, die in der Arbeit mit dem Buch – wiederum also auf dem Umweg einer Geschichte – ausgedrückt werden konnte. Sie malte viele Bilder dazu, teilweise nur mit Farben und ohne gegenständliche Darstellung. Ich ging mit dem Thema so um, dass ich ihr gegenüber meinte,

„manchmal machen einen Dinge traurig, von denen man nicht genau weiß, woher sie kommen“.

Aus dem Ekel-Gefühl war Trauer geworden. Die Belastung der Mutter äußerte sich mittlerweile in schmerzhaften Rheumaschüben, die einen monatelangen Krankenstand mit sich brachten. Miriam erlebte auch real eine Belastung, die vielleicht zu ihrer Trauer betrug.

Neben Gesprächen über ihre Erlebnisse mit Freundinnen, Schule, ihren Alltag usw. machten wir viel Kreatives. Sie formte zum Beispiel – angeregt durch Imaginationsreisen – eine Unterwasserwelt aus Ton: eine Perle im Zentrum, mit einem Fisch und einem Seepferdchen, die sie umgaben. Vielleicht stellt die Perle so etwas wie einen inneren Schatz dar, den sie in sich gehoben hatte. Miriam entwickelte ein immer größeres Zutrauen in ihre eigene Gefühlswelt und wurde unabhängiger von ihren Eltern – die eine nach außen hin zwar intakte, aber innerlich doch sehr leere Beziehung führten.

Als Miriams Selbstwert gut gestärkt war, ergab es sich, ausgelöst durch die Sommerferien – nach ca. zweieinhalb Jahren Therapie –, dass wir uns für einen längeren Zeitraum verabschiedeten. Wir vereinbarten, dass sie sich in unregelmäßigen Abständen meldet, wenn sie ein Gespräch möchte. Miriam war damals 15.

Mittlerweile ist Miriam eine Jugendliche von 17 Jahren. Wir sehen uns ab und zu – etwa 2x im Jahr meldet sie sich, weil sie etwas mit mir besprechen will. Sie geht mittlerweile recht selbstbewusst ihren Weg. Sie hat ihr Zimmer vollkommen neu gestaltet und eine große Freude damit. Ein kleiner Triumph ist, dass sie – bedingt durch die Abwesenheit des Bruders beim Bundesheer – sein größeres Zimmer „geerbt“ hat und dieses nach seiner Rückkehr nicht mehr zurückgeben musste. Miriam hat mittlerweile einen Freundeskreis von teilweise älteren Jugendlichen gefunden, mit denen sie gerne auf Konzerte geht. Sie hört alternative Pop-Musik und ist insgesamt kritisch gegenüber der Gesellschaft eingestellt, aber nicht destruktiv. Sie ist deutlich kritischer und unabhängiger von der Schule und dem Thema Leistung gegenüber geworden. Sie hat auch ihre ersten Beziehungserfahrungen mit Burschen gemacht. Beruflich hat sie klare Vorstellungen: sie will Biologin werden. In Bezug auf den Umgang mit ihren eigenen Gefühlen erkennt sie, wenn sie in eine Phase der Kraftlosigkeit gerät, und hat Möglichkeiten, damit umzugehen – sie holt sich dann unter Umständen auch bei mir Unterstützung. Die Beziehung zum Vater hat sich deutlich gewandelt. Vom „gemütlichen Bären“ aus dem Familienbild der ersten Sitzung ist nicht viel übrig geblieben. Sie wurde zunehmend genervt von der Passivität und der ständig gereizten Laune des Vaters. Der Vater dürfte selbst ziemlich depressiv sein. Sie hat sich daran gewöhnt und scheint sich insgesamt stark abgelöst zu haben von ihm.

Das Verhältnis zur Mutter bezeichnet sie als gut. Mein Eindruck ist, dass sie sich mittlerweile von der Mutter innerlich ebenfalls schon sehr abgelöst hat, wenngleich sie nach außen hin die „brave Tochter“ ist. Früher kam die Mutter noch, um Miriam abzuholen und die Stunde zu bezahlen. Das hat sich mittlerweile geändert. Beziehungsprobleme mit Freunden besprach sie nie mit der Mutter – als sie das erste Mal

verliebt war, leider unglücklich, machte sie sich ein paar Sitzungen mit mir aus. Das Thema des Alkoholkonsums der Mutter spricht sie von sich aus nicht mehr an, es scheint sie im Moment nicht (mehr) zu belasten.

Miriam geht mit 17 Jahren in vielerlei Hinsicht eigene Wege und erscheint mir gut geschützt davor, etwa selbst Opfer von Übergriffen zu werden, was bei Kindern von Missbrauchsoffern leider immer wieder vorkommt. Sie hat sich in ihrem Frauen-Sein zum Teil gefunden, in ihrer aktuellen Beziehung mit einem 21-jährigen Burschen ist sie sehr glücklich.

Was wirkt in der therapeutischen Arbeit mit dem TAT?

Ich hoffe, es ist aus der Besprechung dieses Fallbeispiels deutlich geworden, dass es beim Einsatz von projektiven Materialien wie dem TAT in einer existenzanalytischen Psychotherapie in erster Linie um das Stärken von Ressourcen geht. Auch wenn auf einer interpretatorischen Ebene psychodynamische Aspekte deutlich werden, erfolgt die Arbeit mit den Geschichten im Rahmen der Therapie immer auf Basis der Intention der Geschichtenerzählerin. Ihre Ideen sind es, die im Gespräch gewürdigt werden. Nachfragen ist dort angebracht, wo Dinge nicht klar genug sind, wo ich mich nicht auskenne, kein klares Bild bekomme – ganz im Sinne des phänomenologischen Schauens. Vielleicht gehen dabei einige Aspekte, die in einer diagnostischen Analyse herausgearbeitet werden könnten, unter. Aber der Zugang der Existenzanalyse ist eben kein sachlich aufdeckender. Existenzanalytische Psychotherapie will vielmehr Berührung entstehen lassen und Belastendes dadurch begreifbar und einer Stellungnahme zugänglich machen.

Auf einer basalen Ebene ist es für die Geschichtenerzählerin die Möglichkeit, in eine Phantasiewelt einzutauchen und sich damit einem geschützten Teil von Welt zuzuwenden, der in unbedrohlicher Weise einfach vorhanden ist. Der/die Jugendliche erfährt darin eine Festigkeit und Stabilität in seinem Sein. Dies ist eine Grunderfahrung des „Da-Sein-Könnens“, wie sie in den personalen Grundmotivationen nach Längle beschrieben wird (vgl. Längle 1999). Dies stärkt das Erleben von innerer Festigkeit, vermittelt Halt und Raum und bedeutet in der Eigenaktivität auch Zugang zum Schutz. Diese Grunderfahrung, sein zu können, bahnt eine Distanz zur überwältigenden Innenwelt an. Es ist ein erster Schritt, sich selbst an der Welt und getrennt von ihr zu erfahren, und vermittelt Grundlagen zu einem dialogischen Umgang.

Auf einer zweiten Ebene findet durch das Geschichtenerzählen und das gemeinsame Weiterdenken Begegnung und Beziehung statt. Darin entsteht Raum für die eigene Lebendigkeit. Der/die Jugendliche erlebt sich als Schöpfer seiner/ihrer eigenen Welt. Im kreativen Akt begegnet er/sie dem, was ihn/sie bewegt, und darin auch seinen/ihren persönlichen Werten. Ein solches Erleben des Eigenlebens emanzipiert den/die Jugendliche/n noch stärker gegen belastende Erfahrungen und stärkt das Gefühl des „Leben-Mögens“ (vgl. Längle 1999). Dieser kreative Aspekt wird etwa auch in der Kunsttherapie vielfältig genützt. Er ist besonders bei depressiven

Kindern wesentlicher Bestandteil der Therapie.

Andererseits wird die in der Geschichte ausgedrückte Lebendigkeit vom Therapeuten durch einfühlerisches „Mitschwingen“ bestätigt. Die Empathie ermöglicht letztlich eine Grundwert-Erfahrung „es ist gut, dass es mich gibt“ (2. personal-existentielle Grundmotivation nach Längle 1999).

Auf einer dritten Ebene bietet das Erfinden von Geschichten Jugendlichen die Möglichkeit, sich „in Szene zu setzen“, Rollen darzustellen und so das Eigene zu entdecken und abzugrenzen und dabei Beachtung und Wertschätzung für das eigene „So-Sein“ (3. personal-existentielle Grundmotivation nach Längle 1999) zu erhalten. Durch die Möglichkeit der Projektion eigener Erlebnisse – vor allem mit wichtigen Bezugspersonen innerhalb der Familie in das szenische Geschehen der handelnden Personen – kann der/die Jugendliche sich in seinen/ihren Fähigkeiten, in realen und ersehnten Stärken, aber auch in verletzten, von Bezugspersonen abgelehnten oder tabuisierten Bereichen zeigen. Diese Möglichkeit, Gefühle, Beweggründe, Einstellungen auf quasi „versteckte“, symbolische Weise zu zeigen und die Auseinandersetzung mit diesen auf eben dieser geschützten Ebene, ist sicher die hauptsächliche therapeutische Wirkweise der Arbeit mit den TAT-Geschichten und hilft dem/der Jugendlichen zu seinen/ihren authentischen Stellungnahmen zu gelangen.

Literatur

- Görtz A (2007) Phänomenologische Diagnostik mit dem TAT bei Jugendlichen. *Existenzanalyse*, 24, 1, 65-75
 Längle A (1999) Existenzanalyse – die Zustimmung zum Leben finden. *Fundamenta Psychiatrica*, 12, 139-146
 Revers W J, Täuber K (1968) Der Thematische Apperzeptionstest. Bern: Huber, 2°
 Revers W J (1973) Der Thematische Apperzeptionstest (TAT). Bern: Huber, 3°

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Astrid Görtz

Einwanggasse 23/11

1140 Wien

astrid.goertz@existenzanalyse.org

Die EMDR-Methode und ihr Bezug zur ersten Grundmotivation*

Rudolf Leuenberger

The EMDR-Method in Relation to the First Fundamental Motivation in EA

In dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass aufgrund der während vier Jahren in einer ärztlichen Grundversorgerpraxis mit der EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)-Methode gesammelten Erfahrungen zur Behandlung psychisch traumatisierter Patienten mit einer PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) über die gängigen, zum Teil hypothetischen neurobiologischen Erklärungsversuche hinaus, die Existenzanalyse sehr viel zum psychologischen wie auch philosophischen Verständnis dieser Methode beitragen kann. Aus den verbalen Äusserungen der Patienten vor, während und nach der Behandlung kann geschlossen werden, dass von den betroffenen Defiziten der vier Grundmotivationen der Existenzanalyse die der ersten Grundmotivation am meisten Bedeutung haben. Anhand von 23 Krankengeschichten werden die Wirkfaktoren der EMDR-Methode mit den Begriffen der ersten Grundmotivation existenzanalytisch verstehbar.

Schlüsselwörter: EMDR-Methode, Existenzanalyse, Grundmotivation, Trauma

This thesis should demonstrate that existential analysis can make a substantial contribution to the psychological as well as philosophical understanding of the EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) method of treating mentally traumatized patients with a PTSD (Post-traumatic Stress Disorder), and thus extends beyond the common, and to some degree hypothetical, neurobiological attempts at explaining this method. The study is based on the experiences collected over a period of four years in the practice of a general practitioner who used the EMDR method in the treatment of patients suffering from PTSD. According to the verbal statements of patients made before, during and after treatment, it can be concluded that of the relevant deficiencies in the areas of the four fundamental motivations of existential analysis, those having to do with the first fundamental motivation bear the most significance. On the basis of 23 medical histories the effective factors of the EMDR method will become understandable from an existential-analytic point of view by using the concepts of the first fundamental motivation.

Keywords: EMDR method, existential analysis, fundamental motivation, trauma

Einleitung

Anlässlich der ersten Teilnahme an einem GLE-Kongress (Hannover 2001) war der Verfasser von Prof. Friedhelm Lamprechts Darstellung der EMDR-Methode so angetan, dass er im Jahr darauf die Gelegenheit wahrnahm, bei ihm ein Einführungsseminar zu besuchen. Die in der Folge in der

Allgemeinpraxis während vier Jahren gesammelten praktischen Erfahrungen führten sehr bald zur Erkenntnis, dass die für die EMDR-Therapie geeigneten Patienten¹ ihre Leiden, Probleme und Defizite vor der Behandlung in Begriffen äußerten, die sich am besten im Zusammenhang mit schon Verautautem, nämlich mit der Existenzanalyse, insbesondere mit dem Modell der ersten personal-existentiellen Grundmo-

* Gekürzte Fassung der Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

¹ Einfachheitshalber wird im weiteren Text stets das Maskulinum erscheinen, selbstverständlich ist auch das Femininum damit angesprochen.

tivation nach A. Längle, verstehen lassen. Dies trifft ebenso zu für die Formulierungen, die die Patienten gebrauchten, um ihre wiedergewonnenen Fähigkeiten, Einsichten und Erleichterungen nach dem EMDR-Prozedere auszudrücken.

Dieser Eindruck war der Beweggrund, um in einer Abschlussarbeit zu zeigen, dass die Existenzanalyse, insbesondere eine der Grundsäulen, die erste personal-existentielle Grundmotivation, auch in der Durchführung des EMDR-Verfahrens zum Ausdruck und zum Tragen kommt, und sich in diesem Licht auch ein vertiefteres Verständnis dafür aufbaut.

Die 1. Grundmotivation

Auf die Geschichte der Existenzanalyse und Logotherapie Viktor Frankls wird in diesem Artikel nicht weiter eingegangen; von deren Weiterentwicklung durch A. Längle werden in der folgenden Kurzfassung nur die Inhalte der 1. Grundmotivation fokussiert. Ihre Darstellung folgt den Ausführungen von A. Längle (Längle 2004). Es sollen insbesondere die für das Thema und das Verständnis dieses Artikels relevanten Begriffe beleuchtet werden, jedoch so, dass dem Leser trotz der gerafften Darstellung ein Einblick in die Fülle des im Lernskriptum vorliegenden Materials möglich ist.

Das durchgängige Motiv der 1. Grundmotivation ist das (*Da*)-*Sein-Können*; es geht um die Bedingungen, Vorgaben und Prozesse, die dieses *Sein-Können* ermöglichen. Die Verknüpfung von *Können* und *Sein* als Grund aller Motivation (Motivation verstanden als Verschränkung von innerem Bewegtsein mit äußeren Handlungs- bzw. Beweggründen, beides Kräfte, die in ihrer Gesamtheit das Verhalten des Menschen bestimmen, ihn in Bewegung bringen und in seiner Richtung festlegen [aus Notizen in der Existenzanalyse-Ausbildung nachformuliert]), zeigt, dass „das Können deshalb so grundlegend für die Motivation ist, weil es den *Zugang zum Sein* erschließt. Alles was wir tun, ist letztlich *Bezugnahme zum Sein*, ein Umgang mit Sein. Auf dem Sein gründet alles – es trägt die Existenz.“ (Längle 2004, 4) Und die Grundfrage der Existenz des Menschen: Ich bin, kann ich sein? kann unter der Voraussetzung bejaht werden, dass der Mensch einerseits genügend *Schutz* und *Raum* hat und einen *Halt* spürt, und andererseits, dass er aktiv das Sein ausserhalb seiner selbst (physische Welt, Gesellschaft etc.) wahrnimmt und durch das Betrachten des Faktischen feststellt, was ist. Das In-Einklangbringen des faktischen außer ihm bestehenden Seins mit seinem eigenen Sein heißt für den Menschen „das Faktische des Lebens *annehmen* (= sein lassen können) und seine Belastungen *aushalten* können; Akzeptanz (Annahme) der Menschen, sie sein lassen können, weil sie keine Bedrohung mehr sind bzw. die Person sich *schützen* kann, mit dem Bedrohlichen umgehen kann. Ich bin da in dieser Welt, hineingestellt in bestimmte Gegebenheiten und Bedingungen. Kann ich sie annehmen, aushalten, so lassen?“ (Längle 2004, 60) Damit ist der Mensch angefragt, ob er den für die Existenz erforderlichen aktiven Prozess, die basale Leistung zum Dasein-Können, das *Annehmen* und *Aushalten* erbringen kann. Gelingt dies nicht – stellen sich Motivationsblockaden, (z.B. bei Schutzlosigkeit, Haltverlust oder wenn der Raum dafür nicht

gegeben ist), Nicht-Können, Scheitern, Nicht-Akzeptieren-Können der Realität, eigene Schwächen (was man von sich nicht annehmen kann) in den Weg – so führt dies zum existentiellen Grundgefühl des ständigen Bedrohtseins, der *Unsicherheit* und der Angst. Dieses bedrohliche Defizit-Grundgefühl kann automatisch ablaufende Verhaltensreaktionen (bzw. Schutzreaktionen) in Gang setzen, die der unmittelbaren Bewältigung der Situation dienen, sie können auch als Psychodynamik der Überlebenssicherung verstanden werden. Ihre Muster zeigen sich in Ablehnung bzw. Auflehnung, Flucht, Kampf, Vernichtung (Hass), Lähmung, es sind dies die so genannten *Copingreaktionen*; sie sind von der Natur als sinnvolle Reflexe gegeben; sie sind jedoch bei pathologischer Fixierung die Ursache von Neurosen.

EMDR

Das Merkwürdige Paradox ist, dass ich mich verändern kann, wenn ich mich so akzeptiere, wie ich bin.

Carl Rogers

Einleitung

Das Kürzel EMDR steht für Eye Movement Desensitization and Reprocessing; dabei handelt es sich um eine von Francine Shapiro vor 20 Jahren entdeckte Psychotherapiemethode, bei der Augenbewegungen integriert sind (Eye Movement); Desensitization und Reprocessing bedeuten Immunisierung (Desensibilisierung) und Verarbeitung, womit der Prozess des *Erkennens, Aushaltens und Annehmens* von traumatischen Erlebnisgehalten gemeint ist. Diese Form der Verarbeitung wird vornehmlich zur Therapie von posttraumatischen Belastungsstörungen eingesetzt (PTBS). Die Kriterien für diese Erkrankung sind im ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2000, 43.1) sehr eng gefasst; das Wichtigste in Kürze: Das PTBS entsteht innert sechs Monaten auf ein stark belastendes, außergewöhnlich traumatisierendes Ereignis hin, wie Bedrohung, Katastrophe (u.a. Naturereignis, Kampfhandlung, Erleben eines schweren Unfalls, Zeuge von gewaltsamem Tod anderer, oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen). Zu den Symptomen zählen wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (flashbacks) oder Träumen, dazu auch ein andauerndes Gefühl von Betäubtheit und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit, Vermeidung von Situationen, die an das Trauma erinnern. Akute Ausbrüche von Angst, Panik oder Aggression sind bei Wiedererinnern des Traumas möglich. Es treten auch vegetative Übererregbarkeit, Schlafstörungen, übermäßige Schreckhaftigkeit auf. Angst und Depression (nicht selten mit Suizidalität) sind häufig anzutreffen, komplizierend kann Suchtverhalten hinzukommen.

Wenn von PTBS gesprochen wird, so hält man sich meist an diese ICD-10-Kriterien, zum Beispiel: (Schnyder 2005, Hüther 2005; Längle 2005, Lamprecht 2001).

Traumatisierte Patienten, die diesem engen Korsett der oben genannten Kriterien entsprechen, werden kaum je beim Allgemeinpraktiker Hilfe suchen. Wenn dieser aber von der

EMDR-Methode so sehr angetan ist, dass er damit seinen Patienten etwas Gutes tun und zugleich damit Erfahrungen sammeln möchte, so muss er den Traumabegriff und die PTBS sowie das Indikationsspektrum erweitern. Damit findet er sich in guter Gesellschaft, denn die erste Selbsterfahrung und zugleich Entdeckung des EMDR-Verfahrens beruhte nicht auf einer ICD-10-konformen PTBS:

Die Entstehungsgeschichte der EMDR-Methode

Im Mai 1987 machte Francine Shapiro folgende zufällige Entdeckung: Während eines Parkbummels stellte sie mit Verblüffung fest, dass gewisse sie belastende und verfolgende Gedanken sich plötzlich auflösten, verschwanden. Dieselben Gedanken, wieder in Erinnerung gerufen, zeigten überdies eine Abschwächung der Bedrohung und Belastung. Ihre Erfahrung bis dahin war: Gedanken dieser Art verhielten sich wie ein immer wieder abgespieltes Endlosband, das erst verstummte, wenn man etwas dagegen unternahm, was in der geschilderten Situation gerade nicht der Fall war. Was war geschehen, was steckte dahinter? Dank genauer Beobachtung kam sie dem Phänomen auf die Spur: Sie bemerkte, dass bei den erwähnten belastenden Gedanken (ihre eigene Krebserkrankung und deren mögliche mentale Beeinflussung sowie die Suche nach einem Dissertationsthema) ihre Augen spontan anfangen sich schnell in einer Diagonalen hin- und her zu bewegen. Sie machte die Probe aufs Exempel und wiederholte die Augenbewegungen absichtlich bei gleichzeitiger Konzentration auf belastende Gedanken und Erinnerungen, dabei stellte sie dieselbe Wirkung fest wie bei den vorher unwillkürlich erfolgten rhythmischen Augenbewegungen: Die erwähnten Erinnerungen und Gedanken verloren den belastenden Charakter (Shapiro 1998, 20, 28-29).

Francine Shapiro erprobte ihre neuen Erkenntnisse sehr bald an Freunden, Kollegen und Kursteilnehmern, die belastende Erinnerungen, Überzeugungen wie ebenso belastende aktuelle Situationen, von Demütigungen in frühesten Kindheit bis zu gegenwärtigen beruflichen Frustrationen reichend, als Ursache ihrer Schwierigkeiten angaben.

In kürzester Zeit entwickelte sie aus den damit gemachten positiven Erfahrungen ein Standardverfahren, das sich vorerst auf die Linderung von Angstzuständen konzentrierte, so wie es bei ihrer Initialerfahrung auch im Wesentlichen um Angstgefühle ging. Sehr bald aber wandte sie die Methode in einer kontrollierten Studie bei typischen PTBS-Patienten an (Kriegstraumata bei Vietnam-Veteranen, Vergewaltigungsoffer) (Shapiro 1998, 30-36). Immer mehr Therapeuten integrierten diese neue Methode in ihre eigenen Therapiekonzepte; im Jahre 2002 waren es schon 50.000 weltweit. Prof. Lamprecht fasst in zwei Metaanalysen zusammen: „Im Lichte dieser Ergebnisse kann die EMDR-Behandlung bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt als die effektivste Behandlungsmöglichkeit bei PTBS-Patienten angesehen werden.“ (Lamprecht 2001, 57)

Neurobiologische Grundlagen

Die EMDR-Methode hat die Integration belastender (traumatischer) Erinnerungen zum Ziel, „dem Leibe wie durch ein

Zeichen eingepägt“, wie es Rudolf Steiner schon 1904 formulierte. Aus der Fülle der sehr umfangreichen neurobiologischen Forschung über das Gedächtnis des Körpers soll der folgende kleine Ausschnitt zum Verständnis beitragen, wie einerseits belastende Erinnerungen entstehen und zu krankhaften Symptomen beitragen, und andererseits auch wie die EMDR-Methode wirken könnte.

„Die Erfahrung hinterlässt eine Spur. Diese Feststellung wurde durch die jüngsten Errungenschaften der Neurobiologie experimentell bestätigt, die eine Plastizität des Nervensystems nachweisen, welche die Speicherung der Erfahrung ermöglicht.“ (Kandel, zit. nach Ansermet & Magistretti 2005, 9) Und: „Künftig geht man davon aus, dass die feinsten Elemente, die am Informationsübertragungsprozess zwischen Neuronen beteiligt sind, nämlich die Synapsen, ständig in Abhängigkeit von der erlebten Erfahrung umgestaltet werden. Die Mechanismen der Plastizität sind während des ganzen Lebens eines Individuums tätig und bestimmen auf entscheidende Weise seine Entwicklung.“ (Ansermet & Magistretti 2005, 9-10) Diese Autoren führen dann weiter aus, wie die Erfahrungen bzw. Wahrnehmungen Erinnerungsspuren hinterlassen, dynamische Spuren, die Veränderungen unterliegen. Es bildet sich so eine innere Wirklichkeit, die teils ins Bewusstsein gehoben werden kann, teils aber dem Bereich des Unbewussten angehört. Diese Spuren, im System der Synapsen eingefangen, werden aufgezeichnet, verbinden sich, verschwinden, verändern sich im Lebenslauf durch die Tätigkeit der neuronalen Plastizität, bestimmen die Beziehungen der Person zur Aussenwelt, wirken auf sein Schicksal. Die von der Neurobiologie beschriebenen Mechanismen der Plastizität bedeuten die Bildung einer dauerhaften, ja permanenten Spur zur Bewahrung der Identität des Individuums.

„Gewiss bedeutet die Plastizität an sich eine Form von Determinismus, aber während sie diese Art von Determination des Subjekts realisiert, befreit sie es vom Determinismus der Gene.“ (Ansermet & Magistretti 2005, 13) Damit sind wir auf der Ebene der Gene angelangt und wie der bis vor kurzer Zeit ihnen noch zugebilligte Anspruch auf Determination des Subjekts durch Vererbung relativiert wird, darüber gibt Joachim Bauer in seinem Buch „Das Gedächtnis des Körpers“ (Bauer 2006) Aufschluss: Die Gene sind gewissermaßen unser ererbtes Arbeitsinstrument, dessen optimaler Gebrauch nämlich erst durch die Regulation der *Genaktivität* Sinn macht, seine Bestimmung realisiert. Diese Aktivität beinhaltet die Produktion von biologisch aktiven Substanzen wie Neurotransmittermoleküle (sie ermöglichen den Informationsaustausch zwischen den Nervenzellen und ihren Netzwerken), Hormonen usw. Diese Regulation bedeutet nichts weniger als eine Loslösung von der alleinigen Determination des Daseins des Menschen durch die Gene und ermöglicht ihm Verantwortung, da es weitgehend beeinflussbare Faktoren (soweit sie der Kontrolle des Individuums unterstehen) sind, welche die genannte Regulation aktivieren: Zuoberst auf der Rangliste stehen die *zwischenmenschlichen Beziehungen*, sie haben den größten Einfluss auf die Regulation der Nervenzellgene, dann aber alle sonstigen Erlebniseindrücke, bewusste und unbewusste über unser Nervenzellsystem der

Sinne vermittelte Wahrnehmungen; damit eigentlich alle Erfahrungen, die aufgrund der Plastizität eine Spur in den Netzwerken, vornehmlich im Zentrum der emotionalen Intelligenz (limbisches System), legen. Ist die oben erwähnte Kontrolle nicht gegeben, weil *Schutz und Halt* bei einer Überflutung von Bedrohung in einer äußeren Gefahrensituation, das heißt bei einem Trauma, verloren gehen, entsteht im Gehirn ein Alarmbild, das sich in den Gedächtnisspeicher des Zentrums für emotionale Intelligenz einbrennt. Dort kommt es zu einer Erhöhung der Sensibilisierung von Alarm-Nervenzellen sowie zu einer *bleibenden* „Superverstärkung“ von denjenigen Synapsen, die Nervenbotenstoffe (Neurotransmitter) auf den Weg in Richtung der Alarmzentren des Gehirns schicken. Diese durch das Traumaerlebnis ausgelöste bleibende Überempfindlichkeit im Zentrum für emotionale Intelligenz bedeutet, dass die Seele und ihr emotionaler Gedächtnisspeicher von da an wesentlich empfindlicher auf Alltagssituationen reagieren und Symptome bis hin zur posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln. Um EMDR etwas spezifischer erfassen zu können, wenden wir den Blick ab von den Genen und Neuronen und betrachten die Kommunikation zwischen den beiden Gehirnhälften: Bedeutsam ist, dass das oben geschilderte eingebrannte Alarmbild nach Traumatisierungen ein Eigenleben im Zentrum für emotionale Intelligenz führt, abgespalten von der linken Gehirnhälfte, die für die kognitiv-verbale Erfassung von Erfahrungen und Wahrnehmungen und deren sprachlichen Ausdruck zuständig ist, so dass dieses Alarmbild auch keinem neuen Bedeutungszusammenhang zugänglich ist, das heißt „ein Martinshorn zum Beispiel ist immer das Martinshorn, was mit dem vor zehn Jahren geschehenen Unfall in Zusammenhang stand, und kann nicht in einem neuen Kontext interpretiert werden“ (Lamprecht 2001, 37), der alte Kontext wird vergegenwärtigt und die Symptome der PTBS können Oberhand gewinnen. Diese eine Komponente unter vielen anderen zeigt, dass die Informationsverarbeitung gestört ist, welche damit zu tun haben könnte, „dass es in PTBS-Patienten zu etwas kommt, was man als funktionelle Dissoziation beider Gehirnhälften bezeichnen könnte, sodass es zu einer Situation kommt, wo die emotionale Perzeption der rechten Gehirnhälfte verbal nicht erkannt wird und über Sprache kommuniziert werden kann.“ Weiter: „Sie leiden unter dem Mangel an *Vertrautheit*² und können nicht mehr *heimisch*² werden. So verstanden würde Alexithymie³ auch den Verlust bedeuten, Zugang zu den Funktionen der rechten Gehirnhälfte zu haben, wodurch Vulnerabilität, Konfabulation, Verleugnung und emotionale Indifferenz bis hin zur Apathie gefördert würde“ (Lamprecht F. 2001, 40). Die zwei Zitate zeigen ein wesentliches Merkmal der PTBS-Patienten: *Halt-Verlust*, und *Copings der ersten Grundmotivation*, wie Ablehnung, Auflehnung, Flucht, Kampf, Vernichtung (Hass) und Lähmung.

Ergänzend soll noch ein Text von Philip Manfield die Bedeutung der Kommunikation der beiden Gehirnhälften in der Psychotherapie, vor allem aber bei der EMDR- Methode unterstreichen: „Die linke Hemisphäre ist für viele der Funktionen zuständig, die für eine Psychotherapie erforderlich sind,

beispielsweise für die Fähigkeit, die Sprache zu benutzen, um Abstand von der Quelle der Belastung zu gewinnen, die Fähigkeit, sich in der Zeit zu orientieren, und für die Fähigkeit, den Sinn einer eigenen Erfahrung zu begreifen. Da die linke Hemisphäre bei der Erinnerung an eine traumatische Erfahrung inaktiv ist, ist es kaum verwunderlich, dass sich Psychotherapien, die ausschließlich mit verbalen Mitteln arbeiten, bei der Behandlung von Klienten dieser Art als relativ unwirksam erwiesen haben. EMDR stellt eine nonverbale Methode zur Verfügung, die offenbar die *interhemisphärische Aktivität* stimuliert, wodurch es Klienten mit schweren Kindheitstraumata möglich wird, *ihre schmerzlichen Erinnerungen zu reaktivieren und sie auf eine die Adaptation des Erlebten fördernde Weise fortzusetzen*. EMDR stimuliert jedoch nicht nur die Kommunikation zwischen den beiden Hemisphären bei Menschen, deren Hirn durch eine durch ein Trauma verursachte abnorme Lateralisation charakterisiert wird, sondern einige der Veränderungen scheinen auch dauerhaft zu sein. Van der Kolk und seine Mitarbeiter (Van der Kolk 1997a) hat kürzlich das Resultat einer Pilotstudie (Van der Kolk 1997b) beschrieben, derzufolge es nach Abschluss einer EMDR-Behandlung zu einer anhaltenden Steigerung der bilateralen hemisphärischen Aktivität kam. Die genauen Mechanismen, durch die Augenbewegungen (oder andere alternierende sensorische Stimuli) die interhemisphärische Kommunikation stimulieren, ist nicht bekannt.“ (Manfield 2000, 21)

Es bleibt noch die naheliegendste Erklärung anzufügen, die offenbar nicht bewiesen ist, dass nämlich in der REM-Phase (Rapid Eye Movements), während des Träumens im Schlaf durch die raschen Augenbewegungen unbewusstes Material verarbeitet wird:

„Obwohl EMDR nicht aufgrund eines theoretischen Ansatzes entwickelt wurde, hat sich herausgestellt, dass eine Verbindung zwischen der Wirkungsweise dieser Methode und der REM-Phase (Rapid Eye Movement) des Schlafs bestehen könnte (Neilsen 1991, Shapiro 1989a, 1989b). Der Name REM leitet sich von den schnellen Augenbewegungen her, die in jenen Phasen auftreten, in denen Versuchspersonen, wenn man sie aufweckt, gewöhnlich berichten, sie hätten gerade geträumt (Aserinsky & Kleitman 1953). Einige Forscher sind der Meinung, dass die REM-Phasen der Informationsverarbeitung dienen, und dass das Gehirn des Schlafenden in diesen Zeiten versucht, emotional belastendes, Stress verursachendes und das Überleben tangierendes Material zu verarbeiten (vgl. Shapiro 1998). Es gibt auch Anzeichen dafür, dass PTBS-Patienten versuchen, den REM-Schlaf stärker zu nutzen als normale Versuchsteilnehmer (Ross *et al.*, 1994).“ (Shapiro 1998, 54), worauf die Autoren aber nicht weiter eingehen. Die Zunahme der REM-Phasen der PTBS-Patienten im Vergleich zu den normalen Studienteilnehmern könnte jedoch als unbewusster Selbstheilungsversuch gedeutet werden.

Das EMDR-Therapiekonzept

Dem im vorangehenden Kapitel dargestellten neurobiologischen Modell des eingebrannten Alarmbildes in das

² vom Autor kursiv gesetzt

³ Unvermögen seine Gefühle zu entziffern

Zentrum für emotionale Intelligenz (limbisches System) entspricht in der EMDR-Sprache der Begriff der dysfunktionalen Informationsspeicherung; diese wird durch die im folgenden beschriebenen Komponenten der EMDR-Behandlung in funktionale Information umgewandelt. Es handelt sich dabei keineswegs um eine Kurztherapie, die übliche traditionelle Psychotherapien ersetzt, sondern soll nur in solchen eingebettet angewandt werden. Wenngleich die Darstellung und Reihenfolge des Vorgehens in acht Phasen recht unflexibel manualisiert daherkommt, zeigen sich trotzdem viele Aspekte freieren Umgangs damit, (insbesondere ist eine phänomenologische Wahrnehmung gerade in der technisch anmutenden Phase vier und fünf mit den Augenbewegungsserien besonders empfohlen), um so auch Raum für situative Anpassungen und Freiheiten zur Verfügung zu haben. Im Kontext meines Themas ist besonders hervorzuheben, dass die Autoren nie müde werden zu betonen, wie wichtig die Vermittlung von *Sicherheit*, *Stabilität* und *Geborgenheit* für den Patienten sei.

Die acht Phasen der EMDR-Methode

1. Phase: Anamnese und Behandlungsplanung

Diese erste Behandlungsphase soll für den Aufbau einer *vertrauensvollen* therapeutischen Beziehung zum Patienten den nötigen *Raum* schaffen, in dem er sich *angenommen* fühlt und damit *Schutz* und *Halt* erfährt. Dabei ist auch seine Stabilität in seelischer wie auch körperlicher Hinsicht (z.B. Herz-Kreislaufkrankheiten wie Hypertonie oder Angina pectoris und deren mögliche Verschlimmerung bei emotionalem Stress) zu beurteilen, da er in der Lage sein sollte, intensive Emotionen bei schmerzlichen Erinnerungen im Laufe der Behandlungen aushalten und mit ihnen umgehen zu können. Ist die Indikation für eine EMDR-Behandlung gegeben, so werden die dysfunktionalen bzw pathologischen Verhaltensweisen und Symptome, an denen gearbeitet werden soll, den anamnestisch erfassten auslösenden traumatischen Wahrnehmungen, Ereignissen und Einflüssen zugeordnet. Diese werden im EMDR-Verfahren Ziele genannt; sie werden je nach Aktualität in einer Prioritätenliste hierarchisiert und so der Reihe nach bearbeitet, wobei im Therapieverlauf, insbesondere bei den Augenbewegungsserien, neue, nicht bewusste oder erfasste Ziele auftauchen und die Reihenfolge umgestalten können.

2. Phase: Vorbereitung

Hierbei geht es vor allem um die Erklärung der EMDR-Methode; angepasst an Alter, Lebenszusammenhang, Erfahrungen und Bildungsniveau des Patienten kann sich aus den bereits angesprochenen neurobiologischen Zusammenhängen das für den jeweiligen Patienten Angebrachte formulieren lassen: Dass zum Beispiel die Augenbewegungen den Zugang zum Nervensystem bzw. den neuronalen Netzwerken öffnen und so dem Gehirn die Verarbeitung der belastenden Erfahrungen ermöglichen. Die Analogie zum Verarbeiten von Erlebtem im Traumschlaf während der REM-Phase ist eigentlich jedem zugänglich. Solche Erklärungen dienen dem Verstehen, Erkennen und sind die Basis für die Erfahrung von *Sicherheit*.

3. Phase: Die Selbsteinschätzung des Patienten

Der Patient konzentriert sich nun auf sein ausgewähltes schlimmstes Bild, das die traumatische Erfahrung repräsentiert, dabei sollen möglichst viele der erinnerlichen sensorischen Begleiteindrücke (Gerüche, Geräusche, visuelle Bilder, auch Körperempfindungen) vorgestellt und festgehalten werden. (Diese sind oft isoliert und abgelöst vom eigentlichen Trauma und werden später zu unbewusst wahrgenommenen Auslösern von PTBS-Symptomen.) Dazu soll der Patient eine so genannt *negative Kognition*, das heißt eine mit dem gewählten traumatischen Bild assoziierte negative, sich selbst herabsetzende Überzeugung formulieren, die verbal seine *gegenwärtige* negative Selbstbewertung im Zusammenhang mit dem aktualisierten belastenden Affekt ausdrückt, z.B.: „Ich bin machtlos, ich halte es nicht aus, ich bin in Gefahr, ich bin selbst schuld, ich bin ausgeliefert usw.“ Danach soll er sich auch noch eine *positive Kognition* zurechtlegen, so wie er sich selbst jetzt in Bezug auf das negative Ereignis positiv denken möchte, z.B.: „Es ist vorbei, ich bin in Sicherheit, ich kann mich schützen, ich bin wichtig usw.“; diese verbalisierte positive Selbsteinschätzung soll in der (noch zu beschreibenden) Verankerungsphase an die Stelle der *negativen Kognition* treten. Das anvisierte zu behandelnde Ziel (das schlimmste Bild), verbunden mit der *negativen Kognition*, löst erwartungsgemäß unangenehme Gefühle und verschiedenen lokalisierte Körpermissempfindungen aus (häufig den PTBS-Symptomen entsprechend wie Druck auf der Brust, Enge im Hals, Atembeklemmung und auch schmerzhafte Muskelverspannungen vor allem im Nacken-Schultergürtelbereich). Die Stärke dieser Gesamtbelastung wird nun vom Patienten in einer Skala von 0 bis 10 eingeschätzt, wobei die am schlimmsten empfundene Belastung 10 Einheiten (SUD genannt, d.h. Subjectiv Units of Disturbance), und gar keine Belastung 0 Einheiten entsprechen. Auch die *positive Kognition* kann jetzt schon anhand einer Skala bewertet werden (VoC, d.h. Validity of Cognition) wobei der Wert 1 bedeutet, dass die geäußerte positive Kognition noch keineswegs stimmt und der Wert 7 den höchsten inneren Überzeugungsgrad ausdrückt.

4. Phase: Desensibilisierung (Reprozessierung)

In dieser Phase kommt das Kernstück, die Augenbewegungsserien, zum Zug; in der Regel wird vorher noch mittels einer imaginativen Übung der „*sichere Ort*“ etabliert, ein innerer Ort, an den sich der Patient bei hoher Belastung jederzeit zurückziehen kann, wo er sich *geborgen* und *sicher* fühlt, den nötigen *Schutz* findet. Nach all diesen Vorbereitungen kann mit den Augenbewegungsserien begonnen werden: Der Patient hat nun die etwas schwierige Aufgabe, das schlimmste Bild zu visualisieren, die negative Kognition und die Körperempfindungen dazu zu nehmen und gleichzeitig die Augenbewegungen durchzuführen indem er dem rhythmisch vor seinem Gesichtsfeld hin und her bewegten Finger des Therapeuten folgt. Meist werden Zeig- und Mittelfinger aneinander gelegt; die Distanz vor den Augen und die Frequenz werden dem Seh- und Augenbewegungsvermögen des Patienten angepasst, erstere etwa 30-35 cm, letztere langsam

beginnend und soweit zunehmend, dass der Patient noch gerade gut folgen kann. Je nach Stand der Reprozessierung wird horizontal oder diagonal bewegt und zwar in Serien von 20-30 oder auch mehr Hin-und Her-Bewegungseinheiten. Es ist hilfreich gelegentliche Ermunterungen während einer Serie wie z.B.: „So läuft's gut, prima, weiter so, ganz genau usw.“ einzuflechten. Nach jeder Serie von Augenbewegungen wird der Patient aufgefordert tief durchzuatmen und zu entspannen, dann wird er angefragt, ob etwas aufgetaucht ist, denn meistens stellen sich als Resultat der erfolgten Verarbeitung neue Assoziationen, Bilder, Erlebnisse und Emotionen ein, die in irgend einer Weise mit dem Haupterlebnis in Verbindung stehen; hierzu ein kleines Beispiel aus der Praxis: Frau H. L., 63-jährig, erste EMDR-Sitzung im Dezember 2003, das Behandlungsziel ist die Bearbeitung der die Kindheit überschattenden steten Selbstwertverletzungen seitens der Eltern. Das Grundgefühl „ich bin missraten, hässlich, unverstanden, unintelligent, eine Last für die Eltern“ war ihre dauernde Begleitung gefolgt von der steten Bemühung durch Leistung etwas Anerkennung zu ergattern (von Liebe ist nicht die Rede...), was meist misslang. Das erste neu aufgetauchte Bild spiegelte eine Schulszene, in der sie die Verspottung wegen ihrer Linkshändigkeit wieder erlebte. Der Therapeut nimmt diese Inhalte phänomenologisch zur Kenntnis, interpretiert nichts, spricht nicht darüber, er ermuntert lediglich bei diesem Inhalt zu bleiben, der somit Gegenstand der nächsten Verarbeitungsserie wird. Vorher kann er noch das aktuelle Belastungsniveau abfragen und sich anhand des SUD-Wertes ein Bild über den Stand der Verarbeitung machen. Oft äußern die Patienten spontan, dass das belastende Bild in die Ferne gerückt sei und belastende Körperempfindungen abgenommen haben, oder es taucht eine für sie passendere negative Kognition auf. Die Augenbewegungsserien werden bis zum Erreichen eines SUD-Wertes von 0 bis 1 fortgesetzt.

5. Phase: Verankerung

Der Patient denkt nun an die Zielerinnerung, die in der 4. Phase bearbeitet worden ist, und überprüft die Stimmigkeit der in der 3. Phase formulierten positiven Kognition (möglicherweise hat sich ihm während des Reprozessierens eine andere Formulierung ergeben, dann wird mit dieser weitergearbeitet). Eine positive Kognition mit tiefem VoC-Wert wird nun solange mittels Augenbewegungsserien gestärkt bis ein Wert von 6 bis 7 resultiert, der dann seinerseits noch mit weiteren Serien *verankert* wird; mit dieser positiven Selbsteinschätzung ist meistens ein wesentlicher therapeutischer Erfolg erlebbar.

6. Phase: Überprüfung der Körperempfindungen

Es wird, unter Visualisierung des Ursprungszieles, verbunden mit der positiven Kognition, eine Körperreise unternommen und nach verbleibenden Missempfindungen, Schmerzen und Verspannungen gefahndet; diese können mit weiteren Augenbewegungsserien aufgelöst werden.

7. Phase: Abschluss

Die Aufmerksamkeit wird auf das emotionale Gleichge-

wicht gerichtet, eine Beruhigungsübung kann bei Bedarf abgeschlossen werden (z.B. ein Autogenes Training). Dann wird der Patient noch darüber informiert, dass nach Abschluss der Sitzung die Verarbeitung weitergehen kann, und das Auftauchen von entsprechenden neuen Assoziationen, Gedanken, Erinnerungen und Träumen tagebuchartig festgehalten werden sollte, um die (*Selbst*)*Distanzierung* zu fördern.

8. Phase: Überprüfung (wobei der Patient die Zielerinnerung der letzten Sitzung visualisiert)

Vor jeder neuen Sitzung wird zuerst der Therapieerfolg anhand der SUD-Skala überprüft (wobei der Patient die Zielerinnerung der letzten Sitzung visualisiert), ist der Wert wieder angestiegen, so muss am selben Ziel weitergearbeitet werden. Neue Ziele werden sonst aus der Prioritätenliste (vergl. 1. Phase) ausgewählt oder ergeben sich aus der Analyse der in der Zwischenzeit aufgetauchten Assoziationen.

EMDR-Erfahrungen in der Allgemeinpraxis

Folgende begünstigende Voraussetzungen laden geradezu ein, die EMDR-Methode in der Allgemeinpraxis einzubeziehen (psychiatrisch-psychotherapeutische Vorbildung vorausgesetzt):

- Die erste Phase ist in der Regel schon mehr als erfüllt, denn viele Patienten kennt der ältere Praktiker seit vielen Jahren, manchmal über 2 Jahrzehnte, etliche vom Säuglingsalter an bis zum Erwachsenenalter. Die Anamnese ist oft miterlebt oder sogar mit erlitten worden. Es ist damit im Sinne der ersten Grundmotivation ein starkes und stabiles Vertrauensverhältnis aufgebaut worden, das die erforderliche Sicherheit vermittelt. Eine zusätzliche Sicherheit erlebt der Patient auch dadurch, dass somatische wie psychische Probleme zusammen behandelt werden. Das heisst, dass die Vorerfahrung erlebter Hilfe auf somatischer Ebene die *Hoffnung* auf Hilfe für psychisches Leiden nährt.
- Es kommen kaum je massiv traumatisierte Menschen primär zum Praktiker (Opfer von Gewalt, Naturkatastrophen oder schweren Verkehrsunfällen usw.), deren PTBS den eng gefassten ICD-10-Kriterien entspricht; vielmehr zeigt sich, dass in der Allgemeinpraxis recht viele Patienten an psychischen bzw auch psychosomatischen Störungen leiden, die sich zwanglos als Varianten eines in einem erweiterten Verständnis aufgefassten PTBS erklären lassen. Dessen Ursache ist in einer dysfunktionalen Verarbeitung von einem traumatisierenden Erlebnis (das keineswegs einer „außergewöhnlichen Lebensbedrohung“ im Sinne des ICD-10, 43.1 entsprechen muss) oder chronisch traumatisierend wirkenden Lebensumständen zu suchen. Im ICD-10 wird man fündig im Anhang Z 55-Z 75, in dem solche Ursachen Probleme genannt werden und aufgelistet sind wie zB : Z61 Probleme durch negative Kindheitserlebnisse, Z62 sonstige Probleme bei der Erziehung, Z63 sonstige Probleme in der primären Bezugsgruppe, einschließlich familiärer Umstände.

Allein diese 3 erwähnten Ziffern sind in Dutzende von „Problemen“ aufgefächert, die sowohl als einmaliges traumatisches Ereignis wie auch als chronisch traumatisierende

Lebensumstände erlebt werden, die eine PTBS zur Folge haben können, wie von Lewis Engel ausgedrückt, „dass Traumata, die durch bestimmte Ereignisse, durch problematische Beziehungen zu den eigenen Eltern oder durch beides zusammen entstanden sind, letztlich die meisten psychischen Probleme verursachen.“ (Lewis Engel in Manfield 2000, 163) Und diese psychischen Probleme, als eine Form des PTBS aufgefasst, sind auch einer EMDR-Behandlung zugänglich.

EMDR-Therapiebericht aus der Praxis

EMDR-Protokoll einer PTBS, deren traumatische Grundlage im ICD-10 (Z63) enthalten ist und als pathologische Trauer bezeichnet werden kann.

Frau M, geb. 1924, steht seit 1979 in meiner hausärztlichen Betreuung wegen verschiedener akuter wie auch chronischer Leiden, die sie dank eines heiteren Gemütes, das ihr immer wieder erlaubt, den Dingen eine positive Seite abzugewinnen, wieder erstaunlich gut wegstecken kann (u.a. fortschreitende Maculadegeneration, rezidivierende Schwindelattacken und Beschwerden aus dem rheumatischen Formenkreis). Die Kurzanamnese zeigt insgesamt eine harmonische Kindheit. Mit der Heirat (mit 21 Jahren) beginnt ein schicksalsschweres Leben, der Ehemann litt an Ängsten, Zeichen von Verfolgungswahn sind deutlich (versteckt überall Revolver hinter den Vorhängen...), Alkoholismus, Veruntreuungen, Straffälligkeit, Amtsenthaltung, damit auch Rauswurf aus der Freimaurerloge, Trennung. Frau M ist nun (und eigentlich schon lange vorher) alleinerziehende Mutter von zwei Söhnen und einem Mädchen, die alle einen Berufsabschluss erlangen. Der Älteste ist ihre Stütze, humorvoll, souverän und kommunikativ, er leidet an Asthma bronchiale, der zweite Sohn an Depressionen, und die Jüngste entwickelt bereits vor der Pubertät eine chronisch verlaufende Magersucht, sie ist seit vielen Jahren invalid und berentet, fast täglich kommt sie zur Mutter, die über Jahre von den zahlreichen Therapeuten die Schuldzuweisungen anhören musste, gemäss dem gängigen Klischee, wonach die Magersucht ätiologisch ein Mutter-Tochter-Problem sei. 1991 bricht für sie die Welt zusammen: Sie verliert den ältesten Sohn, 45-jährig durch Suizid! Der psychische Leidensdruck, ausgelöst durch Albträume mit abstrusen Inhalten, Fluchtreaktionen, wenn ihr ein Doppelgänger ihres verstorbenen Sohnes begegnete, ließ sich durch häufige begleitende Gespräche wohl etwas lindern, es fehlte mir damals aber sowohl der diagnostische wie auch therapeutische Schlüssel für eine nachhaltige Behandlung: *PTBS und EMDR*. Die somatische Antwort auf die hohe Belastung könnte das 1995 festgestellte Mammacarcinom sein; ein Jahr nach der Operation kam es zur Metastasierung, eine erneute Operation mit anschließender Nachbestrahlung brachte die Patientin an die Grenze des Ertragbaren. Zurück blieb eine chronische Neuralgie des rechten Armes mit Bewegungsbehinderung. Und trotz aller Misslichkeit verstand Fr. M immer wieder, sich Oasen von Lebenswerten zu schaffen: Ferien, Ein-

ladungen und v.a. auch Pflege ihrer kunsthandwerklichen Gaben. 2003, die Patientin war damals 79-jährig, 12 Jahre nach dem Ereignis, brach das unter einer dünnen Eisschicht konservierte, aber immer erkennbar gewesene PTBS voll durch: Erstmals erzählte sie von den Realitätsentfremdungen, der Sohn lebe noch, alles sei gar nie gewesen, dazu kamen Zwangsvorstellungen: Den toten Sohn bekam sie wegen seiner Entstellung (wegen des Kopfschusses, wie man ihr sagte) nicht mehr zu Angesicht, und im Wissen, dass er einen Organspenderausweis auf sich trug, verfolgten sie ganz andere Ursachen von Entstellungen (was sie bisher nie jemandem habe anvertrauen können), nämlich bei Tag und bei Nacht die Horrorbilder ihres „ausgeweideten“ Sohnes, und dass im einen oder anderen Menschen, dem sie begegne, ein Organ ihres Sohnes weiterlebe. In dieser Notlage fasste ich den Entschluss eine erste EMDR-Behandlung zu wagen; das Protokoll ist unvollständig, weil ich von den heftigen emotionalen Reaktionen der Patientin bewegt war. Das anvisierte Zielbild bezieht sich in dieser ersten Sitzung auf den Realitätsverlust, sie fokussiert auf die Doppelgängerbegegnungen, die sie jeweils in Verzweiflung bringen und Fluchtreaktionen auslösen. Die negative Kognition⁴ lautet: „Ich bin defekt, eine Hälfte ist aus mir herausgerissen.“ Der SUD⁵ betrug 8 und stieg in den folgenden ABS⁶ auf 10, nach zehn ABS war er auf 1 und die anfängliche positive Kognition⁷ „Ich kann das Geschehene annehmen (aber noch nicht aushalten...)“ formuliert sie um in: „Ich kann besser damit umgehen. (Die Verarbeitung hatte sich zu Hause fortgesetzt⁸). Ermutigt von diesem ersten günstigen Verlauf nahmen wir uns nach weiteren zehn Tagen vor, dass Horrorbild zum Ziel zu nehmen, das allerschrecklichste, sie dauernd bedrängende Bild, dem sie wehrlos ausgeliefert ist, nämlich wie ihr Sohn übel zugerichtet auf dem Schragen liegt. Die negative Kognition lautet: „Ich bin machtlos.“ Die positive Kognition: „Ich bewundere seine Haltung.“ Die Gesamtbelastung auf der SUD-Skala wird mit dem Maximum von 10 Punkten angegeben, was auch deutlich erlebbar ist. Von dieser Sitzung liegt das Protokoll vor:

SUD	ABS	Assoziationen
10	1.	„es blutet weniger“
-	2.	„er hat ja nichts gespürt“
6	3.	„er hats gewollt, und vielleicht aus Schuldabzahlung, wenn, dann...“
-	4.	„ich glaube es. Das Bild verliert Farbe, ist im Hintergrund, ich kanns fast nicht fassen“
2	5.	„ich habe während dieser Serie atmen können“
1	6.	„ich will euch Ruhe geben“
0	-	„ich fühle mich erlöst“

Diese letzte Assoziation wird als neue positive Kognition eingesetzt und mit ABS verankert. Eine Woche später äußert

⁴ vergl. 3. Phase u. 4. Phase

⁵ vergl. 3. u. 4. Phase

⁶ Augenbewegungsserien

⁷ vergl. 3. u. 5. Phase

⁸ vergl. 4. u. 7. Phase

die Patientin: „Es hat nachgelassen, ich fühle eine relativ grosse Distanz zum letzten Bild.“ Auch diesmal arbeitete es in ihr weiter, v.a. tauchte ein heftiges Schuldgefühl ihrem verstorbenen Sohn gegenüber neu wieder auf, das folgende Entstehungsgeschichte hatte: Als Frau M in die Situation der allein erziehenden Mutter kam, anerbote sich ein Freimaurer-Logenbruder den ältesten Sohn, der damals etwa 18-jährig war, zu sich zu nehmen und für ihn zu sorgen, auf diese Weise könne er noch etwas für den fehlbaren Logenbruder tun. Sie lehnte ab, und als alle Kinder ihre Berufsabschlüsse hatten, verkündete sie stolz, das hätte sie nun alles geschafft ohne Ehemann oder Fremdhilfe und erwähnte das damalige großzügige Angebot des Logenbruders. Da sparte der Älteste nicht mit heftigen Vorwürfen, dass sie ihn damals nicht gefragt habe, dass sie ihm die Gelegenheit finanzieller Unabhängigkeit, sogar ein Studium mit Karriere-Möglichkeiten vereitelt habe. Diese Vorwürfe brannten ihr schwere Schuldgefühle ein, ihre große Genugtuung, die Familie zusammengehalten zu haben, sei wie am Boden zerstört gewesen. Wir packen die Gelegenheit zu einer dritten EMDR-Sitzung: Das anvisierte Bild lässt die Szene mit den Vorwürfen wiedererstehen, das Gefühl am Boden zerstört zu sein. Die negative Kognition lautet: „Ich habe ihm die Chance genommen.“, die positive Kognition: „Ich habe uneigennützig das Beste getan.“ (Damit ist gemeint, dass ihr die Schuld abgenommen ist).

SUD	ABS	Assoziationen
9	1.	„warum, warum?“
-	2.	„ich hätte nicht so handeln dürfen, wie wenn etwas mich bestimmt hätte“
-	3.	„du hast müssen“
-	4.	„warum zweifle ich eigentlich?“
5	5.	„ich bin geführt worden, zuerst meinte ich, der Teufel habe mich geritten“
-	6.	„ich bin froh“
2-3	7.	„Gott sei Dank habe ich auf mein Inneres gehört“
1	-	-

Es folgte nun noch die Verankerung der positiven Kognition, die von Anfang auf der VoC-Skala einen Wert von 7 erreichte. Zwei Wochen später berichtete sie, dass es wahn-sinnig viel besser sei, manchmal habe sie Angst an die Bilder zu denken, versuche sich sorgfältig anzunähern, um dann festzustellen: es geht, es passiert nichts! Die Freimaurergeschichte sei wie erledigt, sie sei beeindruckt über die Ruhe, mit der sie in der Zwischenzeit mit dem zweiten Sohn habe darüber sprechen können, und sein Kommentar sei kurz und bündig gewesen: „Das wäre ganz falsch herausgekommen.“ Überdies stellte sie fest, dass sich auch in der schwierigen Beziehung zur Tochter dadurch eine gewisse Entspannung ergeben habe, dass sie es nun *annehmen* könne, dass sich diese nicht helfen lassen wolle; ein Hinweis darauf, dass sich die Bearbeitung der fokussierten Probleme und Belastungen in einer anderen ähnlichen problematischen Beziehung wirksam gezeigt hat.

Bei der Überprüfung der Nachhaltigkeit der drei EMDR-Sitzungen nach 4 Jahren erklärte die nun 83-jährige Frau M,

dass die verarbeiteten belastenden Erlebnisse sie nie mehr eingeholt hätten, Doppelgänger habe sie immer wieder mal gesehen, sie könne das gut einordnen und es habe nie mehr etwas negatives in ihr ausgelöst.

Aus existenzanalytischer Sicht erkennt man in der Leidensgeschichte von Frau M erhebliche Defizite im Bereich der *ersten Grundmotivation*, die dem Sein-Können in der Welt die Grundlage entzogen haben, zum einen durch den Haltverlust auf der körperlichen Ebene (Krebsleiden mit den damit verbundenen Ängsten, heftige Schwindelattacken, die zusätzlich zur Sehbehinderung den physischen Bodenkontakt und den Bewegungsradius einschränken) zum andern durch das psychische Leiden mit der PTBS, bei der zeitweise der Bezug zur Realität, zur Wirklichkeit, verloren gegangen ist indem sie noch nach Jahren den Tod des geliebten Sohnes nicht annehmen konnte, und sie dadurch sogar paradoxerweise irrealen Horrorbildern von seiner sterblichen Hülle ausgeliefert war (paradoxerweise, weil sie ja zeitweise meinte, er lebe noch). Die EMDR-Behandlungen stärkten Frau M ganz wesentlich indem wieder eine Verankerung in der ersten Grundmotivation möglich wurde.

Zusammenfassung der in der Praxis durchgeführten EMDR-Therapien

Es liegen 36 auswertbare EMDR-Protokolle bei 23 Patienten vor, d.h. bei 14 Patienten wurde eine, bei fünf Patienten zwei und bei vier Patienten drei EMDR-Sitzungen durchgeführt. Die Defizite und Schwächen, die den Existenzvollzug bei den Patienten beeinträchtigen und die auch als Folge von akuten Traumatisierungen wie auch traumatisierenden chronischen Langzeitverletzungen feststehen, sind in der Kurzformel der negativen Kognition als Insuffizienzgefühl am besten fassbar. Am häufigsten, nämlich in der Hälfte (18 mal) dieser Aussagen, kommt das existentielle Thema der *Macht* zum Ausdruck: „Ich bin machtlos“, „Ich bin ausgeliefert.“, „Ich habe die Kontrolle verloren.“, „Ich fühle die Ohnmacht.“, Gefühle, die als ein *Nicht-Können* zu verstehen sind, was auch so wörtlich in sieben weiteren Formulierungen erscheint, z.B.: „Ich kann nicht zu mir stehen.“, „Ich kann nicht raus.“, „Ich kann mich nicht rechtfertigen.“ (z.B. bei ungerechten, unreflektierten Strafen wie Schläge, Einsperren, tagelanges Schweigen der Mutter). Fünfmal wird ein *Nicht-Annehmen-Können* bzw. *Nicht-Angenommen-Sein* oder ein *Nicht-Aushalten-Können* verbalisiert; und sechsmal wird eine *Verunsicherung* und/oder *Selbstunsicherheit* angesprochen.

Bei den positiven Kognitionen, d.h. bei den Selbsteinschätzungen vor und/oder nach der EMDR-Intervention, überwiegen interessanterweise die personalen Aktivitäten des *Annehmens* (zehnmal) und des *Aushaltens* (dreimal) des Geschehenen, Gewesenen, sowie der faktisch vorliegenden Bedingungen. Gleich häufig, nämlich 13 mal, werden gewonnene *Sicherheit*, *Selbstsicherheit*, *Mut*, *Zuversicht* und *Selbstvertrauen* bestätigt, z.B.: „Ich bin in Sicherheit.“, „Ich fühle mich wieder sicher.“, „Ich bin wieder zuversichtlich.“ 10 mal geht es um das *Können*: „Ich kann mich abgrenzen.“, „Ich bin zur Trauer fähig.“, „Ich habe mich befreien können.“

Katamnestic konnte bei 32 von den 36 Behandlungen die Nachhaltigkeit angefragt werden und zwar einige Monate bis über vier Jahre nach der EMDR-Sitzung, oft auch mehrmals beiläufig, wenn die Patienten sich wegen allgemeinmedizinischer Erkrankungen in der Praxis vorstellten. Die weitgehende Befreiung von übermächtigen Vorstellungen, Ängsten, Flashbacks und anderen PTBS-Symptomen hat sich als nachhaltig erwiesen und damit auch eine Stärkung und Verankerung im *Dasein-Können*. *Diagnostisch* soll nur angefügt werden, dass sich bei sechs Patienten eine PTBS sowohl als Mitauslöser (Kindheitstraumata) wie auch als die Depression verstärkende oder prolongierende Komorbidität auffassen lässt, konnte doch durch die EMDR-Behandlungen, abgesehen von der Befreiung PTBS-spezifischer Symptome, auch eine deutliche Linderung der Depressions-symptomatik festgestellt werden, z.B. auch ablesbar an der Reduktion oder sogar am Absetzen von Langzeitmedikationen mit Thymoleptika.

Reflexion und Diskussion

Das auf den ersten Blick wie ein erratischer Block in der Psychotherapielandschaft stehende EMDR-Verfahren lässt sich dank der Erhellung durch die Existenzanalyse für uns besser einordnen. Das war auch die These, die durch diese Arbeit untermauert werden sollte. Den Anstoß dazu gaben die Formulierungen der ersten Patienten, die, wie in der Einleitung erwähnt, bei der EMDR-Behandlung ihre negativen wie auch positiven Kognitionen in Worte kleideten, die Assoziationen zur ersten Grundmotivation der Existenzanalyse wachgerufen hatten. Dies wiederholte sich bei den meisten folgenden Patienten, bei denen das existentielle Grundgefühl des ständigen Bedrohtheits, der Unsicherheit und der Angst mit den entsprechenden Copingreaktionen präsent war. Die erste Grundmotivation bleibt somit das Hauptportal zur existenzanalytischen Betrachtungsweise der EMDR-Methode. Abgesehen von den Hinweisen, die sich bei den erwähnten Kognitionen ergeben, fällt auf, wie oft die Patienten in der Reprozessierungsphase schon nach bloß einer bis etwa vier Augenbewegungsserien spontan, erstaunt und fast ungläubig äußern, dass es (gemeint sind das furchterregende, traumatische und schmerzliche Ereignis bzw. die belastenden Lebensumstände) wie in die Ferne rücke, ein Abstand auftrete. Das heisst gemäss der ersten Grundmotivation: Sie gewinnen *Raum*, *Distanz* zum Problematischen, *einen Freiraum* für die positive Lebensgestaltung. Dieser *Raum* steht am Ende der Behandlung zur Verfügung, er erfährt eine Stabilisierung durch die Verankerung der positiven Kognition (5. Phase der EMDR-Methode), die sich in ihren Formulierungen in der Regel an die erste Grundmotivation anlehnt. Es fällt auf, dass sich eine zu Beginn der Augenbewegungsserie negative Kognition nicht einfach, wie man es erwarten würde, in der positiven Kognition in ihr Gegenteil umformt; es muss aus einer *Machtlosigkeit*, einem Ausgeliefertsein, nicht konsequenterweise ein *Mächtigkeitsein* werden, sondern es kann durchaus ein *Annehmen*, *Aushalten* oder *Gelassen-Nehmen* daraus werden, inhaltlich ist aber trotzdem aus einem *Nicht-*

Können ein *Können* geworden. Um noch kurz beim *Raum* zu verweilen: Der Rhythmus kann *Raum* im Erleben öffnen, (Gertrud Loos 1966, zit. nach Längle 2004, 35) ist es da nicht denkbar, dass gerade beim EMDR-Vorgang, bei dem der Rhythmus durch die regelmäßigen Augenbewegungen als obligat-begleitendes Element eingesetzt wird, der Patient Ordnung, Struktur und Regelmäßigkeit erlebt, einverleibt (ins neuronale Netzwerk z.B.) und damit auch „Räume der Weltordnung“ (ebd.) erfährt? Die Patienten haben durch die Traumatisierung und den dadurch entstandenen PTBS-Leidensweg viel Heimatboden verloren, der EMDR-Rhythmus „ermöglicht ihnen sozusagen ein Nachhausekommen“ wie es Gertrud Loos so unvergleichlich treffend formuliert hat (ebd.). Vom *Raum* zum *Halt*: Nicht nur durch die eben angedeutete Möglichkeit der Beheimatung stellt sich *Halt* ein, dieser ist auch angesprochen in der *Sicherheit*, die 13 mal bei den Patienten im Zentrum positiver Kognitionen steht. *Sicherheit* und *Gelassenheit* (letztere wurde einmal wörtlich bestätigt), sie sind gegeben durch den gewonnenen *Halt*. Der Dritte im Bunde, um sein zu können, ist der *Schutz*, er wird vom Patienten vor allem in der therapeutischen Beziehung im *Angenommensein* erfahren, ein durchaus nicht EMDR-spezifischer Wirkfaktor, er dürfte die Voraussetzung aller Psychotherapien sein, ist aber nicht für alle Patienten selbstverständlich, weil sie ja sehr oft ein Defizit an Angenommensein in ihrem Leben zu beklagen haben. 13 mal wird in der positiven Kognition ein *Annehmen-Können* wie auch *Aushalten-Können* zum Ausdruck gebracht, die basale Leistung zum *Dasein-Können*. Ein existenzanalytisch verstehbarer Hauptwirkfaktor in der EMDR-Therapie schält sich hier heraus: Durch die Konfrontation mit der zum Teil verdrängten Realität, mit den traumatisch-schmerzlichen Erfahrungen, die nach jedem Augenbewegungsserie-Durchgang infolge zunehmender Distanz klarer, übersichtlicher und fassbarer werden, kommt es zum Wahrnehmen und Erkennen der Wirklichkeit, des Faktischen. Zudem evoziert die EMDR-Methode die schon beschriebenen Assoziationen, in denen „verlorenes“, unbewusst gewordenes Erfahrungsmaterial (das auch PTBS-generierend wirkt) auftaucht. Es wird additiv mit dem ursprünglich anvisierten Bearbeitungsinhalt zu einer erweiterten Wirklichkeit verwoben. Diese wahrgenommene Wirklichkeit dessen was ist zur Kenntnis nehmen, sich ihr stellen, ermöglicht das *Aushalten* und *Annehmen* des Gegebenen. „Um also in der ersten Grundmotivation Boden zu schaffen und Halt zu finden, muss ich auf die Wahrnehmung rekurrieren.“ (Längle 2004, 44).

Das EMDR-Verfahren führt den Patienten durch die Räume der ersten Grundmotivation und ermöglicht ihm damit wieder sein *Dasein-Können*. Die Arbeit soll auch aufzeigen, dass die Existenzanalyse es ermöglicht, in einem primär neurologisch basierten und damit technisch anmutenden Verfahren eine personal-menschliche Dimension zu bergen.

Der existenzanalytische Zugang über die erste Grundmotivation hat sich durch empirische Beobachtung geradezu aufgedrängt; die Bearbeitung der vorliegenden Krankengeschichten sowie vor allem auch die durch die Reflexionen gewonnene Übersicht legen nahe, dass das Herausarbeiten der Berührungspunkte und Parallelen zwischen der Persona-

len Existenzanalyse und der EMDR-Methode durchaus auch ein lohnendes Untersuchungsthema wäre.

Literatur

- Ansermet F, Magistretti P (2005) Die Individualität des Gehirns. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Bauer J (2006) Das Gedächtnis des Körpers. München: Piper
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH, (Hg) (2000) Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber
- Frankl V (1952) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke
- Frankl V (1977) Der unbewusste Gott. München: Kösel
- Frankl V (1996) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber
- Hüther G (2005) Die neurobiologische Verankerung traumatischer Erfahrungen. Existenzanalyse 22, 2, 27-32
- Lamprecht F (2001) Praxis der Traumatherapie. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Längle A (1987) Sinnvoll leben, Angewandte Existenzanalyse. St. Pölten: NP Buchverlag
- Längle A (1998) Viktor Frankl. Ein Porträt. München: Piper
- Längle A (1997-2000) Lexikon für Existenzanalyse und Logotherapie. In: Stumm G, Pritz A (2000) Wörterbuch der Psychotherapie. Wien: Springer-Verlag
- Längle A (1999) Existenzanalyse - Die Zustimmung zum Leben finden. Fundamenta Psychiatrica 12, 141
- Längle A (2003) Emotion und Existenz. In: Längle A (Hg) Emotion

- und Existenz. Wien: GLE-Verlag, 27-42
- Längle A (2004) Lernskriptum zur Existenzanalyse (Logotherapie). Die Grundbedingung der Existenz: Sein-Können in der Welt oder die 1. Grundmotivation. Wien: GLE-Verlag
- Längle A (2005) Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. Existenzanalyse, 22, 2, 4-18
- Längle S, Sulz M (Hg) (2005) Das eigene Leben. Ein Lesebuch zur Existenzanalyse. Wien: GLE-Verlag
- Manfield Ph (Hg) (2000) EMDR. Innovative EMDR-Ansätze. Paderborn: Junfermann Verlag
- Rühl K, Längle A (Hg) (2001) Ich kann nicht... Behinderung als menschliches Phänomen. Wien: GLE-Verlag
- Schnyder U (2005) Trauma und posttraumatische Belastungsstörung, Theorie und Behandlung. Existenzanalyse 22, 2, 19-26
- Shapiro F (1998) EMDR. Grundlagen & Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann Verlag
- Steiner R (1976) Theosophie. Dornach: Rudolf Steiner Verlag
- Tutsch L, Funke G, Längle A, Kunert R (2000) Diskussion zur PEA. Zur Anwendung der Personalen Existenzanalyse. In: Längle A (Hg) Praxis der Personalen Existenzanalyse Wien: GLE-Verlag, 71

*Anschrift des Verfassers:
Dr. Rudolf Leuenberger
Buchseeweg 33
CH-3098 Köniz
dr_leuenberger@bluewin.ch*

Authentizität in der Arbeitswelt

Welchen Menschen braucht die Arbeit?

Besucherzentrum des VW-Werks Hannover-Stöcken

20. September 2008

Herbsttagung der GLE-D

Wenn man sich die Orientierung selber geben muss

Frank Gottschling

Authentisch führen

Dr. Stephan Kessel

Authentizität in der Arbeit

Dr. Christoph Kolbe

Begleitung von Teams in verlustreichen Veränderungsprozessen

Alexander Milz

Arbeit zwischen Lust und Frust

Manfred Zmy

Information

GLE-D, Borchersstr. 21, D-30559 Hannover

Tel.: +49-511-5294977, Fax: 521371

buero@gle-d.de, www.gle-d.de

Paula: The Rebirth of the Person

María Laura Asid Cardigni

From an existential point of view, to reach the level of a fulfilled existence involves inner consent. In a psychotherapeutic context the method used for this purpose is „Personal Existential Analysis“. This is a method directed towards helping to find personal resources and an authentic way to express oneself in a defined situation. This paper gives further insight into it by presentation, analysis and discussion of the therapeutic process.

Keywords: *Existence Scale, Fundamental Existential Motivations, Personal Existential Analysis, Self*

Aus einer existenzanalytischen Perspektive beinhaltet ein erfülltes Leben innere Zustimmung. Die Methode, die im Zusammenhang mit Psychotherapie dafür zum Einsatz kommt, ist die Personale Existenzanalyse. Sie hilft, die personalen Ressourcen aufzufinden und sich in authentischer Weise in einer bestimmten Situation auszudrücken. Dieser Beitrag liefert dazu einen tieferen Einblick durch Präsentation, Analyse und Diskussion eines therapeutischen Prozesses.

Schlüsselwörter: *Existenzskala, Grundmotivationen, Personale Existenzanalyse, Selbst*

1. Biographical Background

A 24 year old woman, we will call her Paula, was bothered by feelings of insecurity over her intellectual skills throughout her university career. She was born in a middle-class family. By the time she asked for psychological help she was living with her parents, both of whom were government employees, and an older brother who worked in construction. She had achieved her goals in academia. She was a very good student in primary and high school. She graduated with honors from a pre-grade academy which had opened the way to university. Paula is the first person in her family to attend university and her goal to finish university studies is also shared by her family. Her brother did not want to study but is dedicated to his work.

Paula met Pedro at college and they started a relationship after several months of dating. This new relationship helped her to cope with her difficulty in connecting with people. Pedro was friendly and she enjoyed being with him. Since childhood, Paula has been shy, introverted and reluctant to connect with other children. She is always waiting for her parents to tell her what to do. Meeting Pedro confronted her with new challenges. Her old behavioral patterns were unfashionable and inappropriate for these new challenges; she felt that it was time to make some changes. Modest movements to break with antiquated behavioral patterns were made but with effort. On several occasions her parents were against some of the activities she liked to do with Pedro because they considered them distractions from her duties at college.

Obstacles became more difficult to solve as she advanced at the university. She didn't pass some of her final exams and was losing self-confidence. She became extremely cautious. At times she was so afraid of failing she didn't attend her exams. She quit meeting with her friends. She didn't practice gymnastics any longer and her meetings with Pedro became less frequent. Her whole world was reduced to study. At this

point she decided to discontinue attending classes at college for a year in order to catch up. Her family didn't agree with her decision. This compelled her to feel that she should successfully pass all the subjects she had failed. This situation became a paradox. She focused all her efforts on passing the exams, yet she failed twice. Because she felt anguish and a great deal of stress she decided to ask for psychological help.

2. First sessions

Paula arrived punctually for the first appointment. She was pale and had dark shadows under her eyes. She did look clean and tidy however. She was wearing dark jeans and a black turtle neck sweater. She didn't use make up or jewelry.

When she was asked why she was looking for psychological help she replied: „This year I've decided not to attend classes at college in order to catch up. It has been hard for me to make this decision, but I couldn't go on. My parents didn't understand my choice. They believe that I'm going to quit studying and that I'll leave college... But now I'm not sure I've made the right decision... I would like you to evaluate my intellectual skills because I think there must be a problem with me. Maybe I'm not smart enough to follow a university career and I would like to know it“

She also expressed: „Lately I'm quite sensitive about what others think of me. I feel anxious, I feel insecure about everything ... my body, my thoughts and my skills. I get sick very often. I go to see one physician after another. I got asthma, so I can't breathe well. In these last few months it has been really hard to do anything. I can't do what I've proposed. I've been feeling insecure; I need company to go everywhere... I'm feeling tired, without a will to do anything. Time goes by and I can't do anything“

As the psychological interviews continued Paula began arriving late to appointments. When she arrived she would

apologize and try to explain that she had difficulties getting up early and would subsequently miss the bus and would have to wait for the next one.

3. Diagnostic Approaches

The diagnosis was made through psychological interviews, Existence Scale (Längle, Orgler and Kundi 2000) and Fundamental Existential Motivations Theory (Längle 2000a, 2003a), in order to detect which personality aspects were developed and which presented problems requiring a systematized psychotherapeutic treatment. During the diagnostic interviews and at the end of psychological treatment (thirteen months) Existence Scale (Landaboure 2000) was administered. The Existence Scale is an instrument to evaluate „personal fulfillment in one’s existence“ and consists of a questionnaire of 46 items that are ordered arbitrarily. The Existence Scale is further categorized by the following Sub-scales: „Self-distance“ and „Self-transcendence“ combined to form the „P-factor“, „Freedom“ and „Responsibility“ combined in the „E-factor“ and „Total Score“.

A low score on „Total Score“ could mean the presence of „existential vacuum“, which involves: difficulties in establishing a dialogical interchange with the world, depression, lack of commitment and motivation, a sense of emptiness and meaninglessness. High Scores, by contrast, reveal inner openness, well-being, commitment with the world and oneself.

P-factor describes the personal way of being in the characteristics of openness to the world and perception of one’s self. E-factor describes personal abilities such as making decisions and authentic compromise with the world and life.

Results obtained in Existential Scale (Längle, Orgler, Kundi 2000) (Table in the next column)

At P-Score, during the Diagnostic Phase, Paula obtained a score under the expected rank for her age. She had difficulties connecting with her own feelings and perceiving her environment. She also obtained a low score at E-Score. It was really hard for her to make decisions on her own and to behave responsibly. During the diagnostic phase she got a Total Score of 130 on the Existential Scale. It was a low score. It was difficult for her to focus on her studies and to complete what she proposed. She also felt insecure, fearful and was dependent on others in order to go out. Her interpersonal relationships were poor.

At the beginning of the psychological treatment her frustration with college became an „existential vacuum“. She was losing the possibility of establishing a dialogical interchange with the world and with herself. Moreover, she felt oppressed, breathless and lacking in support. For the first months of treatment Paula seemed to be a spectator in her life, watching life passing by.

In terms of the development of the Fundamental Existential Motivations, a diminishment was observed among the four motivations when psychotherapy started. The most prominent difficulty was at the level of the Third Motivation, the development of her singular being. Throughout her life, Paula had acted according to the expectations of others. This was

	20 to 29 years old	Results obtained during Diagnostic Phase	Results obtained at the end of Psychological Treatment
P-Score	X=107.55	65*	101
	93.71- 121.39		
Self-Distance	X= 35.41	31	31
	29.28-41.54		
Self-Transcendence	X= 72.13	34*	70
	63.11-81.15		
E-Score	X= 107.14	65*	110
	88.73-125.55		
Freedom	X=50.88	30*	53
	41.71-60.05		
Responsability	X= 56.29	35*	57
	45.84-66.74		
Total Score	X= 214.70	130*	211

Table 1: Comparison between scores obtained at Existential Scale during Diagnostic Phase and at the end of Psychological Treatment.

* Under the expected rank for people between 20 to 29 years old.

especially the case with her parents’ desires. However, as she was growing up and had to make her own decisions, she found that she was enormously ignorant about herself. She became more dependent on other people’s opinions and more separated from herself in order to avoid mistakes. Furthermore, the possibility of making mistakes frightened her and so she made great effort to adapt her actions to the wishes and expectations of others. Her reactive level increased instead of becoming more authentic in her personal position in life. Coping reactions such as dissociation, giving over reason to others and distancing were all proliferated, in addition to annoyance and anger.

As a consequence the other Existential Motivations were disturbed. The high dissociation between thoughts and emotions separated her from a free reception of her experiences and what was of value to her. This distance diminished her world and impoverished her quality of life. As a result, she felt that her life was losing value (Second Existential Motivation).

She lost self-confidence and trust in the world. She thought that she was not intelligent enough to carry on with a university career. Her body tried to limit her demands through psychosomatic symptoms like asthma (First Existential Motivation).The project of having a university degree had become so distant from her it was no longer a strong presence in her life.

4. Meeting with herself and the world

The Psychological Treatment was guided according to Personal Existential Analysis (Längle, 2000b, 2003b). The therapeutic goal was centered on training Paula to take personal positions in life. The strategies used to achieve this included: working with impressions contained in her experiences, biographical integration and elaboration of experiences, making decisions and expressing them and

analyzing new impressions.

Personal Existential Analysis (PEA) was used to help Paula discover personal resources that would have a leading role in her life. The application of Personal Existential Analysis is reviewed by reexamining situations in which Paula would act in accordance with the expectations of others without attending to what she was capable of, what she wanted, what she allowed herself, and what was meaningful for her.

The PEA starts with a description of the situation, trying to figure out precedents and discovering the facts.

T: About studying, which steps do you usually follow to learn a subject?

P: First, I search the subject's program, texts and copies. Then, I usually read all the lessons and I underline the most important ideas. Next, I sum up the main ideas of each topic. Finally, I read the summaries and repeat concepts until I can remember them without reading.

T: In which step are you now?

P: I'm studying the subject I failed twice. I have summarized principal ideas so now I'm repeating main concepts. I don't study another topic until I'm able to repeat concepts exactly the same the authors write them. I spend a lot of time doing that. Lately, it has been really hard for me to study. I don't want to study. It is hard to wake up early in the morning. I get up at ten o'clock and I try to study till noon, then I have lunch and take a nap. In the afternoon I study two or three hours. I feel that I can't learn, I repeat concepts once and again, but I can't remember them. I feel insecure, I can't use synonymous.

T: Can you understand the concepts you are studying?

P: Yes, usually I can understand them.

T: Could you explain main concepts with your own words?

P: ... I don't know... I believe I could ... but I'm sure that I'm going to forget something, that's why I prefer to repeat them textually.

T: Could you describe the last time you took an exam?

P: Last time...I had the chance to choose two topics. At first I did well, but then the professor asked me specific questions about other topics, in order to connect them. I couldn't go on... I understood the questions but I couldn't think. I didn't know which words I should use. I was speechless.

T: In other situations could you express your opinions?

P: Actually, I've always been shy since I was a little girl. Lately, it has been really hard for me to express what I think. I believe that if I say what I think other people are going to think that I'm ignorant, so I prefer to keep silent.

T: Which situations are hard for you to express your opinions?

P: Lately, I don't say anything, at college, at home, at Pedro's home... My boyfriend's family loves to gather the family for dinner time. His father cooks and then they like to watch a movie. I've never offered an opinion about which one we should rent because if is not a good one I would be a fool. Sometimes I feel sick for all I have eaten because Pedro's father offers me more food and I'm afraid to say no and make him feel bad.

Up to this point in therapy, Paula described situations that were difficult for her to express her position in life. During psychotherapy these situations were treated through a

phenomenological analysis of her feelings and emotions, followed with the steps of PEA. In the next illustration we see advances in Paula's integration of her emotionality in a specific situation.

T: How do you feel when this situation happens?

P: I don't know... at that moment I don't realize what's going on... but after I feel sick.

T: How do you feel when you remember it?

P: Pretty bad... I'm angry... It bothers me when I don't set limits and I eat till I feel sick.

T: What really bothers you?

P: I don't know... maybe not doing what I feel.

Going through the step of taking an interior position...

T: What do you think about this?

P: I can't say no when he offers me more food because they eat very well and they might think I don't like his food and this might make him feel bad.

T: Why do you think Pedro's father wants you to eat more food?

P: Because all the family eats a lot and if you like the food you want to eat more.

T: Can you understand his behavior?

P: Yes, I think it is a custom for him. It seems to me he doesn't think about it. It's just the way it is.

T: Can you understand why you accept to eat more than you want?

P: Yes, because I get used to following what people say and to do what I think they want me to do.

T: What would you like to do?

P: I would like to say I'm full. I don't want to eat more... but... I'm not sure about their reaction. I don't want to hurt their feelings or their opinion of me. I like to get on well with them.

T: What might happen if you eat until you are full?

P: I don't know... it would be good for me. I don't know if it is going to be ok for them.

Trying to give a shape to Paula's will...

T: How could you do it?

P: ... I could say I like his food very much and when he offers me more I could tell him I'm full.

In the following weeks Paula decided to eat until she felt satisfied. She felt surprised when Pedro's family didn't feel offended. At the beginning, they were surprised because they thought that it was natural for her to eat more, but they respected her decision of eating less. Later, she could express her opinion when her boyfriend and his family rented a movie. She could now understand that nothing bad would happen if they did not like the movie. Little by little she felt enough confidence to express her ideas in social meetings.

As the therapeutic process went on, progress was observed at the Four Fundamental Existential Motivations. She could trust in the world and her self-confidence increased. Her feelings of anguish disappeared and she could focus on different activities. Her psychosomatic disorders vanished. She arrived punctually for psychotherapy appointments (First Existential Motivation).

Her relationship with her parents and friends improved. When the psychotherapy process began, her parents used to tell her what to do. By the end of the treatment, Paula was able to decide for herself when to study, when to take an

exam and how to study. She could hold her decisions even when her parents disagreed. Over time her parents showed more respect and appreciation for her personal decisions.

Paula's self-acceptance and self-value increased during therapy (Third Existential Motivation). She was able to have authentic meetings with Pedro. She was able to share with him personal aspects of herself that she had never shown. Moreover, she made new friends at college.

Everyday, Paula had satisfactory experiences that increased her „appreciation for life“ (Second Existential Motivation). She planned her schedule trying to live step by step and do something pleasant every day. She took gymnastic classes, for example. Once, her friends invited her to spend a weekend in the mountains. At first she was not sure about accepting the invitation, but she did. She had a lovely time and this added to the growing quality of her life. In general she felt happy and she had the will to enjoy life. Furthermore, her feelings matured and she could feel values. She dressed in light colors and she used make up.

Paula discovered the meaning of ending a university career. She would now like to graduate and start working as „Analista de Sistema“ and she has the feeling that she could also grow up with her job. She has also started thinking about how she would like to work when she graduates. She has been able to do some simple jobs related to her career (Forth Existential Motivation). Five months after her last exam, she wrote it again and passed. She later took another exam but unfortunately failed. Instead of blaming her lack of intelligence, however, she was able to admit to the reasons why she failed: failing to read the topics and tiredness.

P: The teacher asked me why I didn't go to class. I didn't say a word and then I told him I couldn't make it.

T: You couldn't?

P: I didn't want to. I don't like to go by myself. What if he asks me something I don't know or I don't remember?

T: What might happen then?

P: It would seem I am an ignorant person.

T: What would be the worst thing to happen if the teacher asks you something you don't know?

P: The worst thing would be to say „I don't know the answer“ and look dumb.

T: What do you think is the main objective of taking those classes?

P: It's a chance to question your doubts, but I feel the teacher is evaluating me all the time.

T: Do you really think he is evaluating you?

P: Yes, sort of. The teacher knows if you study or not, but in that situation you can't fail because it's not a „real“ exam.

T: Do you find something positive about going to class and asking the teacher about the topics you don't understand?

P: I'm ashamed to go, but it would be a good opportunity to understand some topics for the finals.

T: Do you think you can go next time and talk to the teacher before the exam?

P: It's going to be very hard. I think it's important for me to do it, though. Yes, I think I can go next time.

Before the next exam, she was able to speak with her professor about her doubts. She followed a plan of study

which included time for enjoyable activities. In the end she passed the exam successfully.

She recovered her self-confidence at college and obtained better results in her exams. By the following year, she was able to come back to university. She felt much better about herself and her environment and was able to end the therapeutic process. She agreed to complete the Existence Scale once again and compare the results with her therapist. (See Table 1)

By the end of the psychological treatment, Paula obtained scores in the expected rank for her age, i.e., satisfaction with her life and a balance between her personal resources and existential conditions.

5. Discussion and Conclusions

Personal Existential Analysis (PEA) allowed Paula to find and express her feelings, accept her own emotions and integrate them with her biographical background thereby reducing the distance she had experienced with herself. She was able to better understand herself and her environment. Furthermore, she was able to take personal positions while avoiding reactive behaviors. She could express her decisions through responsible commitment to herself and the world.

By doing so, she found a way to be more authentic. Moreover, she quit being a spectator and was able to take an active role in the development of her life.

What seems to be of special interest is the application of Personal Existential Analysis method to the psychological treatment of Paula. Also illustrated was the benefit of this application by guiding the patient towards a fulfilled existence. The method is efficient in showing the patient a means to finding personal resources such as contact with self impressions, making personal decisions and then expressing them.

References

- Landaboure N (2000) „Länge, Orgler y Kundi, Escala Existencial“. Buenos Aires, Dunken
- Länge A (1998) „Comprensión y Terapia de la Psicodinamia en el Análisis Existencial“. *Existenzanalyse, Vol. 1*, 16-27. Translated by N. Espinosa
- Länge A (1999) „Métodos en la Logoterapia y el Análisis Existencial Personal“, Buenos Aires, transcription by Lic. Graciela Caprio
- Länge A (2000a) „Las Motivaciones Fundamentales de la Existencia“, Buenos Aires, transcription by Lic. Graciela Caprio
- Länge A (2000b) „El AEP Análisis Existencial Personal como método básico en la Psicoterapia“, Buenos Aires, transcription by Lic. Graciela Caprio
- Länge A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Die Existenzskala. Göttingen: Hogrefe-Beltz
- Länge A (2003a) „The art of Involving the Person –The Existential Fundamental Motivations as Structure of the Motivational Process.“ *European Psychotherapy, Vol. 4*, 47-58.
- Länge A (2003b) „The Method of „Personal Existential Analysis.““ *European Psychotherapy, Vol. 4*, 59- 76

Address of the author:

María Laura Asid Cardigni, M. Sc..
 Monseñor Verdaguer 357.
 C.P 5500, Mendoza, Argentina
 lauriasid@yahoo.com.ar

Über die Wahrnehmung unseres TUNS

Ruth Kathan-Windisch

Ausgehend vom existenzphilosophischen Grundverständnis des Menschen als Gestaltendem in seinen Lebenssituationen wird in zwei Fallvignetten die therapeutische Hilfestellung beschrieben, wie ein verloren gegangener Gestaltungsraum wieder eröffnet werden kann.

Der Mensch als Gestalter

In der Existenzphilosophie werden Grunderfahrungen thematisiert, die dem Menschen einen Zugang zu sich eröffnen können. Im Gefolge der Existenzphilosophie fokussiert die Existenzanalyse das Individuum in seiner Möglichkeit und Notwendigkeit, sich in der jeweiligen Lebenssituation zum Ausdruck zu bringen und dadurch zu gestalten. Darauf nimmt Frankl Bezug, wenn er den in jeder Situation antreffbaren Anforderungscharakter herausstreicht, auf den der Mensch durch sein jeweiliges Gestalten antwortet.

„Mit meinem Dasein lebe ich die Antwort, gebe unbedingt und immer Antwort auf eine Frage.“ (A Längle 1988, 117)

Ergänzend wäre zu bemerken, daß neben diesem die Akthaftigkeit des Menschen ansprechenden Aufforderungscharakter der Existenz auch eine andere Weise des Erlebens der Präsenz in der Welt durchgängig da ist. Menschliches Dasein ist nämlich immer auch ein Gestimmt-Sein, wie es Heidegger (2001, 134) in „Sein und Zeit“ beschreibt. Es steht somit immer in einem wahrnehmenden *und* antwortenden Wechselbezug zu seiner Welt. Der Mensch ist in existenzanalytischer Sicht neben dieser Gestimmtheit stets in jeder Situation angefragt und vollzieht durch sein „Tun“ immer eine individuelles Verhalten. Sei es unbewußt, reagierend, handelnd, impulshaft oder mit innerer Zustimmung – es ist immer ich-haft, was der Mensch tut, ob es personal oder apersonal ist. Er kann nicht „nichts tun“. Er ist der verantwortliche Akteur in der jeweiligen Situation und bringt darin situativ seine Intentionen, Einstellungen, Haltungen und Orientierungen zum Ausdruck.

Die Selbstwahrnehmung dieses jeweiligen Tuns bzw. Gestaltens führt den Menschen näher zu sich. Für die Psychotherapie und Beratung ist sie vor al-

lem dort von Relevanz, wo dieses Tun nicht ein verantwortetes Handeln aufgrund von Entscheidungen darstellt, sondern ein Reagieren, also unentschieden impulshaft, manchmal auch unbewusst ist. Es ist dann Ziel des existenzanalytischen Arbeitens, dieses situative Antworten in die Freiheit des Handelns und Gestaltens überzuführen. Solch therapeutisches Vorgehen wird in der Existenzanalyse im allgemeinen anhand des Personmodells der PEA durchgeführt (Eindruck – Stellungnahme – Ausdruck). Konkret ist es folgendermaßen umsetzbar:

Durch das Gewährwerden des Faktums und der Art des eigenen Gestaltens in einer konkreten Situation, durch das Inden-Blick-Bekommen des eigenen Tuns, taucht am Horizont die Möglichkeit einer Alternative auf. Im Verstehen der Beweggründe für eigenes Tun in der konkreten Situation, im Anfragen der Stellungnahme dazu und im Vergegenwärtigen eines (eventuell) stimmigeren Umgangs führt die Existenzanalyse zu einer „Selbstbesinnung auf verantwortete Freiheit hin“ (A Längle 1988, 104) und fördert „die Öffnung des Menschen auf seine Lebensmöglichkeiten hin“ (ebd 69).

Dem Handeln geht immer eine Wahl voraus zwischen den möglichen Antworten in der jeweiligen Situation. Oft jedoch sehen Menschen ihr Tun als so selbstverständlich an, daß sie keine Alternativen dazu erahnen oder sehen können.

Durch die Eröffnung einer Alternative zur vermeintlichen Unbedingtheit bisherigen Handelns können wir auf diese Wahlmöglichkeit hinweisen.

„Welche Wirklichkeit wähle ich mit meinem Handeln aus? ... Ich gestalte meine Welt. Ich wähle aus ihr aus. Nur eine aller möglichen Welten wird in einer Situation gelebt. Weiß ich, daß *ich* gewählt habe?“ (A. Längle 1988, 118)

Fallvignetten zur Gestaltungsklärung

Anhand von zwei Beispielen aus der Praxis möchte ich in kurzen Ausschnitten beschreiben, wie sich die PatientInnen als AutorInnen ihres Tuns und Wirkens in den Blick bekamen und welche Prozesse, Potenziale und Veränderungen sich damit eröffneten.

Frau A, eine 28-jährige Sekretärin in einer sozialen Einrichtung, kam wegen eines Leidens an einer Beziehungsproblematik in die Praxis. Sie stelle die Beziehung zu ihrem Freund immer wieder in Frage, könne sich schwer einlassen und wisse nicht, wie sie ihr Problem lösen könne. Sie beschrieb, daß sie sich meist unverstanden fühle. Manchmal erkläre sie es sich damit, daß sie einfach langweilig sei und sich die anderen deshalb nicht für sie interessierten und manchmal erlebe sie sich als zu feinsinnig und differenziert für die anderen, weshalb die anderen sie aus dieser Überlegenheit heraus nicht verstehen können. Unabhängig davon, welche Erklärung und welches damit verbundene Erleben im Vordergrund stand, blieb in ihr das Gefühl nicht gesehen und in einer Grundgestimmtheit von Einsamkeit in einer von Kälte dominierten Welt zu sein. Vorherrschend war jedoch das Gefühl, zu wenig Sehenswertes zu bieten zu haben. Nach einigen Stunden erzählte Frau A von einer Situation, in der sie sich wieder einmal von ihrem Freund sehr entfernt erlebte. Sie waren gemeinsam bei einem Einweihungsfest der Wohnung eines Freundes von ihm eingeladen. Schon bald nach dem sie vom Gastgeber begrüßt worden waren, verschlechterte sich die Stimmung von Frau A. Das auftretende Unwohlsein führte sie auf den Umstand zurück, daß sie mit den ihr fremden Menschen schwer ins Gespräch kam. Aus dieser Stimmung heraus begann sie sich immer mehr zurückzuziehen und sich in ihrer inneren Welt von Erklärungen, Ansprüchen und Vermutungen zu verstricken. Der Rückzug bedingte, daß Frau A von jeglicher Kommunikation Abstand hielt und einen

Dialog sowohl mit den anderen Festgästen und auch mit ihrem Freund vermied. Selbst ihre Befindlichkeit stellte für sie keinen Grund dar, sich ihrem Freund anzuvertrauen. Ihr Anspruch, daß ihr das In-Kontakt-Treten mit ihr fremden Personen keine Probleme zu bereiten hätte und ihre vorgefasste Erklärung, daß dies ja wieder ein untrügliches Zeichen für Ihr Uninteressant-Sein sei, waren zuerst Inhalt unseres Gesprächs und führten zu einem entlastenden Überprüfen ihres Anspruchs auf kognitiver Ebene. Als besonders irritierend hob sie in ihrer weiteren Schilderung hervor, daß sich auch neben ihrem Freund ihre Befindlichkeit nicht änderte. Der nonverbale Ausdruck der Zurückgezogenheit und die Schweigsamkeit von Frau A wurden von ihrem Freund wahrgenommen und angefragt. Sie erwähnte, daß ihr Freund sich ihr zuwandte und sie fragte: „Ist etwas los mit dir?“ Sie antwortete: „Nein, ich bin nur etwas müde.“

Th: Ihr Freund schien zu spüren, daß es ihnen nicht gut ging.

Frau A: Ja, das war mir unangenehm. Ich wollte ihn nicht da mit hineinziehen und ihn belasten. Da sieht er ja, was ich für ein komplizierter Mensch bin.

Th: Und so darf er sie nicht sehen?

Frau A: Nein.

Die selbstverständliche Einstellung, daß sie ihre innere Problematik bei sich behalten will und darin nicht gesehen werden soll, wurde deutlich. Eine Einstellung bereitet oft, wie in diesem Fall, auf unbewusste und unreflektierte und daher unverantwortet vollzogen vor, wie man im Anlassfall reagiert. Indem sie sagte, sie sei zu müde, brachte sie ihr Anliegen - in solchem Selbstzweifel nicht gesehen zu werden - zum Ausdruck.

Th: Was haben sie also getan, als sie sagten, sie seien zu müde?

Nun eröffnete sich ein Raum, in dem Frau A in fragender und suchender Ausrichtung mit sich in Begegnung trat. Es wurde spürbar, daß sie im Aufgreifen der Fragestellung und im verweilenden Hinschauen auf ihr Tun mit sich in Berührung kam. Nachdenklich antwortete sie:

Frau A: ... Ich habe ihm was vorgemacht ... ich habe ihn weggeschoben.

Das Gewahrwerden ihres Tuns ermöglichte ihr in Folge eine spontane in-

tere Stellungnahme und erschloss potenziell eine alternative Handlungsform.

Nach einer kurzen Zeit des Verweilens im inneren Dialog und dem inneren Erschließen einer Alternative zu ihrem bisherigen unreflektiert impulshaften Umgang sagte sie unmittelbar darauf in skeptischer Haltung und aufgebrachtem Tonfall:

Frau A: ...aber ich kann doch nicht mit ihm darüber reden!

Th: Verstehen sie, warum sie das nicht können?

Frau A: Ich habe Angst, daß ihm das zu viel ist – meine Probleme – und daß er so jemanden nicht mag.

Sie begründete ihr Verhalten mit der Angst vor möglicher Ablehnung, indem sie durch ihr Belastung-Sein eine Abwendung hervorrufen könnte.

Th: Bedeutet das, daß sie Themen, die sie belasten für sich behalten möchten und aus der Beziehung draußen halten wollen.

In einer spontanen Stellungnahme antwortete sie:

A: Nein, das will ich eigentlich nicht. Ich möchte, dass wir uns nahe sind.

Damit brachte sie ihren tieferen Wunsch und ihre Orientierung zum Ausdruck.

Sie wollte diese dialogarme Tradition, ihn von ihrer Problematik fernzuhalten, nicht weiter beibehalten. Zugleich wurde ihr ihr Zwiespalt bewusst, daß sie ihn einerseits aus Angst fernhielt und andererseits eigentlich eine Sehnsucht nach Verstandenwerden, Vertrautheit und Gemeinsamkeit in ihr ist, die sie durch ihre Verschlossenheit und ihr sowohl sich und den anderen Fernhalten verhinderte. Das Bewusstwerden dieses Umgangs führte im nächsten Schritt zu einer Änderung ihrer bisherigen Einstellung, ihre Innerlichkeit zu übergehen und sich dem Partner nicht zuzumuten, was sie bislang als Lösung zur Beziehungserhaltung angesehen hatte.

Sie stellte sich auf die Seite ihrer Sehnsucht nach Gemeinsamkeit und Nähe – und damit begann ein Prozess der Auseinandersetzung mit sich selbst: mit ihren Beweggründen, mit ihrer Angst, die ihr situatives Verhalten begründete, ihrer Selbstablehnung in Situationen, wo sie ihren Ansprüchen und Vorstellungen „nicht

genügte“ und Unverständnis und in Folge Ablehnung erwartete. Durch ihre Entscheidung, das Wagnis von Gemeinsamkeit und Nähe leben zu wollen, begann sie zögerlich, konkrete Erfahrungen im Einbeziehen ihres Freundes zu machen. Zunehmend wuchs das Vertrauen, ihrer Innerlichkeit vor sich und vor ihrem Freund Geltung geben zu können.

Im Wahrnehmen des eigenen Tuns eröffnete sich somit eine Alternative zum bisherigen Umgang des Fernhaltens und in der Folge wurde ein Bergen der Emotionalität möglich. Die gewonnene Nähe zur eigenen Emotionalität begründete neue Umgangs- und Begegnungsweisen.

Herr S, ein 39-jähriger Elektrotechniker suchte die Praxis aufgrund einer Empfehlung eines befreundeten Arztes auf. Der Anlaß dazu war eine Phase einer akuten Magen- und Darmproblematik. Zu diesem Zeitpunkt verfügte Herr S über zahlreiche Befunde zu verschiedenen regelmäßig auftretenden körperlichen Beschwerden, die jedoch keine organische Ursache aufzeigten. Aus der Sicht des Patienten begann seine Symptombildung mit dem Eintritt in einen elektrotechnischen Konzern vor zehn Jahren, in dem sehr rauhe Umgangsformen und eine sehr hohe Beanspruchung vorherrschen, sowie eine große Leistungseffizienz und Flexibilität eingefordert wird. Als primäres Problem vermutete der Patient diverse Abwertungen seiner Person, ein kontinuierliches Mobbing, in dem er sich ohnmächtig und ausgeliefert fühlte. Über diese betriebliche Situation hinaus meinte er, daß sich ihm die Welt als feindlich zeigt, er „umgeben ist von Hyänen“. Durch eine erste Analyse wurde ersichtlich, daß eine Episode von Symptomen einer jeweiligen Konfliktsituation folgte. In den konkreten spannungsvollen Ereignissen erlebte er ein defensives Gefühl der Lähmung und Stunden nach dieser Situation folgte das Aufkommen des Gefühls von Ärger über die erlebten Anmaßungen. Der nach diesen Konfliktsituationen auftauchende Ärger wurde von ihm als persönliche Schwäche abgetan, die es zu überwinden galt. Er ging davon aus, daß die Mitwelt nur ihrem Eigeninteresse folgt und deshalb sowohl seine Wünsche als auch sein Wil-

le sowieso von den anderen übergangen werden. Wie eine phänomenologische Analyse einer Problemsituation hervorbrachte, bedingten die konfliktbeladenen Situationen einen Zustand einer Erstarrung. Herr S beschrieb den Zustand als ein „Nicht glauben können, was hier geschieht“ und als eine „unfassbare Zumutung“.

Aufgrund der festgestellten Coping-Reaktion in Form einer Lähmung und Erstarrung, ließ er die Konfliktsituationen über sich ergehen und unangetastet bestehen, wodurch es zu keinerlei Lösung, sondern – wie die Analyse aufzeigte – zu einer Perpetuierung seiner Erfahrungen und Festigung seiner negativen Weltsicht kam.

Der Patient erzählte als Beispiel eine eben erlebte Situation, die in ähnlicher Form schon öfters aufgetreten war, in der wir im gemeinsamen Gespräch die Rahmenbedingungen betrachteten: Während er hochkonzentriert und unter Termindruck in einem intensiven Arbeitsprozeß stand, kam die Sekretärin seiner Abteilung in seinen Arbeitsraum, legte ihm einen Arbeitsauftrag zur Erledigung einer bürokratischen Arbeit wortlos auf seinen Tisch, wendete sich ab und ging. Da sich solche Situationen schon mehrmals wiederholt hatten, sah er – während die Sekretärin sich anschickte, den Raum zu verlassen – mit einem kurzen Blick auf die Unterlagen, dass die Arbeit zum ausschließlichen Tätigkeitsbereich der Sekretärin gehört.

Herr S: Die Sekretärin ist doch eigentlich zur Stütze und Entlastung unserer Abteilung vorgesehen, aber nicht umgekehrt!

Th: Gehen wir noch einmal in die Situation zurück. Wie ist es abgelaufen?

Das wiederholte Anfragen zur Beschreibung der Situation diente der Klärung der Gegebenheiten und der Annäherung an die Atmosphäre des Geschehens.

Herr S: Sie kommt ins Zimmer – ohne anzuklopfen – kommt zu meinem Schreibtisch und legt die Unterlagen hin. Dann dreht sie sich um und geht wieder – und sagt kein Wort.

In der Beschreibung fand der aufkeimende Ärger des Patienten bereits einen Ausdruck.

Th: Und was tun sie dann?

Herr S: Ja nichts! Ich arbeite weiter.

Th: Wie sie mir vorhin erzählten, ärgern

sie sich dann später über solche Anmaßungen. Erzählen sie nochmals, wie sie erkannt haben, worum es da geht.

Herr S: Ich habe einen kurzen Blick hingeworfen und mir war sofort am Titelblatt ersichtlich, daß es wieder um eine zusätzliche Arbeit geht, die man mir da aufhast.

Th: Nachdem sie das sehen, was tun sie dann?

Herr S: Nichts!

Aufgrund des Umstandes, dass menschliche Welt immer gestaltete Welt ist, ist die Antwort von Herrn S als fehlende Wahrnehmung seines Wirkens in der Situation zu verstehen.

Th: Was heißt das ... sie tun „nichts“? Was tun sie da, wenn sie „nichts“ tun?

Herr S: überlegt ... Ich schiebe das weg ... Ich schlucke.

Th: Was schlucken sie da?

Herr S: Meinen Ärger über ihre Unhöflichkeit ... und meinen Ärger über diese zusätzliche Belastung – die ist ja nicht vereinbart – ...

Th: Da sie in der Firma ja so in einem Arbeitsstress stehen. Nur mal zum Überlegen: Wenn sie in dieser Situation nicht schlucken würden, welche Möglichkeiten gäbe es noch?

Das bislang selbstverständliche Verhaltensmuster gelangte in den Blick und wurde im Aufsuchen von weiterer Möglichkeiten des Umgangs vorsichtig angefragt.

Herr S: überlegt ... Es ansprechen.

Th: Was würden sie ansprechen?

Herr S: Nicht ihre unhöfliche Art. Sondern ich würde sie fragen, was das überhaupt soll ... warum sie mir das überhaupt herlegt!

Th: Wäre das eine gute Möglichkeit, das anzusprechen? Wäre das angemessen?

Herr S: überlegt ... Ja, das wäre schon angemessen.

Th: Wenn sie was sagen würden, was würden sie am liebsten sagen?

Herr S: ... daß das nicht meine Arbeit ist und sie mir das nicht ungefragt aufhalsen soll ...

Th: Was haben sie davon, wenn sie es gleich ansprechen?

Herr S: Dann müsste ich mir nach der Arbeit nicht so viel Gedanken darüber machen.

Die Aussicht, daß er mit einem direkten Ansprechen etwas bewirken könnte

und die wahrgenommene Möglichkeit der Entlastung in der Freizeit, motivierten das Eintreten für sich.

In der kommenden Woche schrieb Herr S der Sekretärin in einer stressfreieren Phase ein kurzes, höflich formuliertes E-mail, das von ihr unbeantwortet blieb. Die Konfliktsituation aktualisierte sich zwei Wochen später in einer ähnlichen Angelegenheit. Er vergegenwärtigte sich seinen gewohnten Impuls im Umgang mit der Sekretärin und traf eine Wahl: Zuerst konfrontierte er die Sekretärin und aufgrund ihrer Erklärung trug er das Problem dem Abteilungsleiter vor, wo die Verantwortungsbereiche teilweise geklärt wurden. Zunehmend sprach er von sich aus in den nächsten Monaten Konfliktsituationen im beruflichen und auch privaten Umfeld an.

Der Patient berichtete nach einigen Monaten, daß er in der Freizeit nicht mehr in so hohem Maße mit den Spannungen beschäftigt sei. Er erlebte sein Handeln als gut, gerechtfertigt und entlastend, da er die akuten Konfliktsituationen des betrieblichen Alltags nicht mehr so lange mit sich herumschleppte. Zudem machte er z.T. überraschend positive Erfahrungen mit seinen KollegInnen, was ihn in der Fortführung seines eingeschlagenen Weges bestärkte.

Durch den therapeutischen Dialog begann Herr S wahrzunehmen, daß er in der Konfliktsituation der Konfrontation auswich, sich selbst dabei übergang, sowie daß sein bisheriger Umgang zu keinerlei Lösungen führen konnte.

Das Bewußtwerden seiner Coping-Reaktion eröffnete den Blick auf passende Alternativen und eröffnete die Möglichkeit sich aus dem reinen Reagieren zu lösen und durch ein der Situation angemessenes Handeln zu einem stimmigem Selbstvollzug zu gelangen.

Literatur

- Längle A (1988) Existenzanalyse. In Längle A (Hg) Entscheidung zum Sein. S 97–123. München: Piper Verlag
Heidegger M (2001) Sein und Zeit. Tübingen: Max Niemeyer Verlag

*Anschrift der Verfasserin:
Mag. Ruth Kathan-Windisch
1150 Wien, Eduard Sueß Gasse 10
ruth.kathan@existenzanalyse.org*

Die wegweisende Kraft der inneren Bilder

Wilhelmine Popa

Es werden bildhaft wahrgenommene Inhalte zur Lebenssituation von Patientinnen dargestellt und in drei Fallvignetten in ihrer unterschiedlichen Einsatzweise in der Therapie beschrieben.

Das Wesentliche als das augenfällig und spontan Sichtbare

In einer Welt in der unendlich viele optische, akustische, kienästhetische und sonstige Eindrücke, die die Aufnahmefähigkeit des Menschen fordern und nicht selten sogar weit grenzüberschreitend belasten, ist das bewusste Kultivieren der inneren Bilderwelt, die neue Ordnungen schaffen kann, einem Großteil der „zivilisierten“ Welt leider abhanden gekommen.

In Beratung und Therapie kann das Arbeiten mit inneren Bildern oft eine Klärung der Beziehung zu sich selbst induzieren und begleiten.

Jede Erstbegegnung mit einem Klienten¹ oder Patienten birgt in sich eine Offenlegung auf dessen eigene Sicht seiner selbst, auch wenn ihm diese persönlich noch gar nicht unbedingt bewusst ist. Diese Hinweise auf das Selbstbild werden durch die Fremdwahrnehmung des Beraters bzw. Therapeuten ergänzt. Nicht nur das, was der Klient bzw. Patient als Grund seines Kommens in den Vordergrund stellt, sondern auch die Art und Weise *wie* er von sich und über sich spricht, hat eine Aussagekraft und ist Information. Die Auskünfte, die das Erstgespräch über sein Welt- und Menschenbild, über seine Vorstellungen, seine Ansprüche, seine Bedürfnisse, seine Nöte und Blockaden selbstverständlich mitbringt, ist sozusagen der Webfaden der zukünftigen Zusammenarbeit. Doch die Basis für die Wahrnehmung seiner Persönlichkeitsstruktur, seiner aktuellen Situation und seiner personalen Ressourcen bildet sich in der unvoreingenommen schauenden Begegnung, die die phänomenologische Sichtweise auf seine Person zulässt und die für die weitere Begleitung von ausschlaggebender Bedeutung ist.

Nicht selten ist von vorne herein eine augenfällige Diskrepanz festzustellen,

die zwischen dem in einer bestimmten Tonlage vorgebrachtem Wort und der Körpersprache des Betreffenden aufscheint. So überzeugt oft nicht das vordergründig Angeführte und Beklagte, sondern die sich ganz unbewusst offenbarende Gestalt, die zum Gesagten in auffälligem Widerspruch steht, lässt einen weiterfragen. Eine verspannt-trotzige Kopfhaltung bei Verhältnissen, die massive Verunsicherung stiften, ein verunsichert-lauernder Blick bei heftig formulierten Ansprüchen, ein ungeduldiges Fingerkneten bei unterwürfigem Engagement oder eine steif-stoische Haltung bei weinerlichem Klagen und Anklagen, können ad hoc zum verbal Gesagten etwas mimisch und gestisch „Gesagtes“ dazu stellen, das sich in die Worte nicht einfügt, sondern auf eine zweite, nicht ausgesprochene Realität verweist.

Erstaunlich ist, daß Menschen schon während des Erstgespräches oft aussagekräftige Bilder ihrer Situation skizzieren können. Auch ist es erstaunlich, wie oft im zuhörenden Berater oder Therapeuten ein geradezu einmaliges Bild seines Klienten oder Patienten aufsteigt. Es sind nicht nur Bilder, sondern auch Szenen, die sich vor seinem inneren Auge abspielen und eine spezifische Aussagekraft beinhalten. Vor Beendigung des Treffens kann der Austausch dieser Bilder zwischen Klient und Berater zu einer Zusammenschau dessen, was sich in der Stunde ereignet hat, auf einer dichten, neu gestaltenden Ebene führen und dabei das Wesentliche wiedergeben und andererseits eine gemeinsame Basis schaffen, auf der bei den nächsten Unterredungen sich ein möglicher Aufbau anbahnen kann.

Fallvignetten

Zwei Begegnungen sollen in Bezug auf diesen Ersteindruck exemplarisch angeführt werden.

A) Selbstdarstellung

EDELTRAUT, eine elegante, höflich distanzierte, patrizisch anmutende Mitfünffzigerin beklagt ihre Halt- und Hilflosigkeit, ihr Burn-out angesichts der massiven, seit Jahrzehnten andauernden häuslich-familiären Belastungen, denen sie als mitverdienende Ehefrau, Mutter zweier Söhne, stets zu Diensten stehende Großmutter, gelegentliche Krankenpflegerin etc. ausgesetzt sei. In allem sei es selbstverständlich, daß sie stets Alles und Jedes selbst zu managen habe und dabei „allein gelassen“ werde. Ihren behinderten Erstgeborenen habe sie sieben Jahre lang „am Körper“ getragen, seit einigen Jahren sei er gottlob in einem speziellen Heim gut versorgt. Das Wochenende verbringe er zu Hause mit den Eltern. Ihr jeweiliger Alltag beginne aber trotzdem um sechs Uhr morgens und ende, wenn es gut geht, um zehn Uhr abends. Eigentlich sieht sie sich wie einen „Hamster im Laufrad“.

Dieses Angebot, welches Edeltraut beim Erstgespräch mitbrachte, war ein äußerst hilfreiches Bild, das in den folgenden Besprechungen immer wieder in seiner Aussage verifiziert, aber mit der Zeit auch modifiziert wurde.

Eine entscheidende Wirkung wuchs aus dem Ernstnehmen des Bildes und dem Kontrast zu ihrem Auftreten: Es wies ihr die Diskrepanz zwischen dem im Laufrad gebückten, sinnlos vor sich hinrennendem Hamster und ihrer zur Schau gestellten „stolz-steifen“ Körperhaltung auf. Sie erkannte, daß wenn sie auch noch so ausgepowert war, ihr noch die Kraft zur Verfügung steht „Haltung zu bewahren“, wenn auch höchstwahrscheinlich nicht mehr für lange Zeit. Aus diesem Grunde bemüht sie sich jetzt um Hilfe von außen.

Dieser Widerspruch zwischen dem, was sie augenscheinlich zeigt und dem, wie es wirklich in ihr ist und was sie braucht, brachte die Wende, indem sie sich der Möglichkeit bewusst wurde sich zu sich selbst, zu ihrer ureigensten authentischen Seinsweise, ihren Stärken

¹ Der leichteren Lesbarkeit halber wird nur die männliche Form verwendet.

und Schwächen zu bekennen. Mit der voranschreitenden Zeit wurde aus dem Verstehen des Widerspruchs eine neu formulierte und wirksame *Einstellung* tragfähig. Sie konnte anhand einer Frankl'schen Paraphrase formuliert werden: Ich muss mir von den Anderen und auch von mir selbst nicht alles gefallen lassen!

B) Spiegelbildliche Darstellung von Seiten des Therapeuten

AURELIA, eine aufrechte, selbstbewusste Mittvierzigerin, besorgt, der Verzweiflung nahe, Mutter dreier erwachsener Kinder, darunter Eddy das Nesthäkchen und Sorgenkind, möchte sich endlich Klarheit über ihre ausweglose Situation verschaffen. Als der Jüngste, vormals Klassenbesten und ein besonders lieber Junge, mit Fünfzehn zum Haschisch griff und anschließend in die Drogenszene schlitterte, war dies ein Riesenschok für sie, ihren Mann, für die ganze Familie, Bekannte, Lehrer und Freunde. Ein Desaster! Als Zwanzigjähriger soll er heute ein total heruntergekommener heroinsüchtiger „Penner“ geworden sein.

Sie und ihr Mann sind entsetzt und völlig überfordert. Als Eltern haben sie alles versucht, im Guten und im Bösen, sie haben ihn zu Fachleuten geschleppt, ihn immer wieder mit Versprechungen zu ködern versucht, ihn polizeilich in die Entzugsanstalt einweisen lassen, wo er fast „eingegangen“ sei. Jetzt bliebe ihnen nichts anderes mehr übrig, als ihn in seiner Sozialwohnung zu besuchen, die aussehe wie „ein Schweinestall“. Dieser Gang sei für sie immer ein Martyrium. Nur so aber sei es ihr möglich, ihm wenigstens hie und da frische Kleidung oder etwas Gutes zum Essen mitzubringen. Da er ja zum Glück, durch ihre Intervention, von einer Auffangorganisation in ein „Programm“ aufgenommen wurde, werde er da wenigstens mit allem Lebensnotwendigem versorgt. Positive Resultate seien aber noch nicht zu verzeichnen. Die verzweifelte mütterliche Sorge kämpft mit der rationalen Einsicht, daß es SO nicht weiter gehen kann, die Frage bleibt aber das WIE.

Im Laufe des Gesprächs zeigte sich immer eindeutiger, daß sie von dem

Idealbild „ihres Jüngsten“ sprach, von „Eddy, dem Lieben“, dessen Werdegang sie sich so ganz anders vorgestellt hatte und nicht von dem, zu dem er nun wirklich geworden war.

Im Rahmen des weiteren Gespräches stellte sich mir hierzu, wie von selbst, das Bild der PIETA von Michelangelo aus dem Petersdom ein. Eigentlich kam sie mir vor wie eine zu tiefst verletzte und trauernde Mutter, die es nicht fassen kann, den toten Sohn auf ihrem Schoß liegen zu sehen.

Dieses Bild beschrieb ich ihr und äußerte meine Vermutung, daß es in ihrem Falle aber wohl nicht der dahinvegetierende leibhaftige Sohn, sondern eher das Idealbild sei, welches sie von ihm in sich trägt. Der Idealsohn ist es, den sie so auf dem Schoß liegen hat. Noch kann sie nicht wahrhaben, daß es diesen Eddy gar nicht gibt, und daß dieses Idealbild von ihm nun wirklich tot sein soll.

Auf die Frage, ob sie dieses wunderbare Kunstwerk kenne, erinnert sie sich vage, es auf Photos gesehen zu haben. Nach einigen Monaten berichtete mir Aurelia, daß sie mit ihrem Mann in Rom gewesen sei und so die Pieta vor Ort aufsuchen konnte. Das Verweilen und sich persönlich ansprechen lassen von der Ausstrahlung dieses besonderen Kunstwerkes hat eine wahre Wende in ihrem Leben bewirkt. Ähnliche Momente von zu tiefst heilsamer Einsicht hatte sie noch nie erlebt: Ja, sie hat loslassen können vom Klammern an ihr Ideal ihres Sohnes.

Bezeichnend ist, daß einige Zeit nach ihrer Rückkehr von der Romreise der Sohn sich telefonisch meldete um den Eltern zu berichten, daß er sich selbst aus eigenen Stücken zu einer „viel versprechenden“ Entziehungskur angemeldet habe.

C) Existentielles Bilderleben: Das selbst Erschaute

In den beschriebenen Fällen waren es die augenfällig und spontan aufscheinenden Bilder, die eine therapeutische Hilfe für den Werdegang der Patientinnen boten. Ein anderer, aktiver Zugang zu den inneren Bildern ergibt sich anhand der Möglichkeit des „*Existentiellen Bilderlebens*“.

Zur Beratung kommt VALERIE, eine 38 jährige Rentnerin, die nach einer massiven Hirnblutung über sechs Wochen im Wachkoma gelegen hatte und dementsprechend eine Amnesie all ihrer bis dahin erworbenen Kenntnisse erlitt. Zum Zeitpunkt ihrer „Wiederkehr“ aus dem Niemandsland musste sie jeden Schritt, jeden Griff, jeden Namen neu erlernen und zuordnen lernen. Auch das Lesen, Rechnen, Schreiben waren ihr abhanden gekommen und mussten neu geübt und verstanden werden.

Da sie anschließend auch unter epileptischen Anfällen zu leiden hatte, wurde sie in einer Reha-Klinik, und dann in einem Spezial-Programm über längere Zeit behandelt, so daß sie sich jetzt – drei Jahre nach dem Unfall – selbständig versorgen kann.

Sie ist unaussprechlich dankbar und glücklich über diese Entwicklung. Sie versucht jeden Augenblick ganz bewusst zu leben und ist immer wieder erstaunt, wie wunderbar das Leben eigentlich ist. Sie hat sich für eine *ausschließlich positive Lebenseinstellung* entschieden. Nur das, was sie noch hie und da traurig macht, ist die Tatsache, daß sie überhaupt keine Erinnerung an ihre Kindheit und Jugendjahre hat. Darüber erfährt sie immer nur aus Erzählungen ihrer Familie. Auch stört es sie, daß sie von Zeit zu Zeit richtige Wutattacken erlebt und diese nicht unterbinden kann.

Da die eigene Erfahrung sie davon überzeugt hat, daß ein auch noch so schwer geschädigtes Gehirn Kompensationsmöglichkeiten hat, versucht sie oft über ihre Begrenzungen hinauszukommen, ermüdet aber leicht und wird ungeduldig mit sich selbst. Es stört sie, daß sie in solchen Augenblicken den von ihr verpönten negativen, bösen, niederschmetternden und lebensfeindlichen Gedanken, die ihr durch den Kopf schießen, ausgesetzt ist und diese nicht stoppen kann.

Da sie von Freunden über die hilfreich augenöffnenden Resultate des *Existentiellen Bilderlebens* erfahren hatte, wollte sie nun auch versuchen sich selbst ein Bild über ihre jetzige Situation und über sich selbst zu machen.

Da ihr die Technik des Autogenen Trainings noch aus der Reha-Klinik gut

vertraut war, gelang es ihr sich gut zu entspannen und anschließend, der Anleitung folgend, die sich ihr zeigende Szene zu beschreiben:

1. Schritt: Erschauen des sich zeigenden Phänomens

Sie erlebt sich schwebend oberhalb des Pazifischen Ozeans in einem unendlich weiten Raum, über der von kleinsten Wellen kaum gekräuselten, silbergrauen Wasseroberfläche. Aber eigentlich könne sie sagen, daß sie sich eher in der Raum- und Zeitlosigkeit befinde, weder im Flugzeug, noch im Helikopter, sie schwebt einfach mit geschlossenen Augen und lausche dem Wellengesang. Noch immer mit geschlossenen Augen nimmt sie einen eher schwebenden als fliegenden Kranich wahr. Sein strahlend weißes Gefieder leuchtet in einem, aus dem Nirgendwo kommenden, hellen aber nicht blendendem Strahl auf. Dabei empfindet sie ein *unbeschreibliches Glücksgefühl* und eine *unbändige Freude*.

Durch die immer wieder sich spreizenden langen Federspitzen der Flügel brechen helle Lichtstrahlen hindurch. Die Szene kommt ihr so vor, wie dann wenn ihr etwas im eigenen Kopf – so peu à peu – klar wird. Der Vogel, der eine fern liegende Insel anpeilt, setzt zum Landungsflug an. Im Niederlassen schwingen seine Flügel immer heftiger und bewirken auf der Wasseroberfläche kleine Wellen und hochspringende durchsichtige Wassertropfen. In jedem dieser Tropfen erblickt Valerie mit großem Erstaunen Szenen aus ihrem Leben vor und während des Komas.

2. Schritt: Annahme durch Identifikation

Die Leichtigkeit und Lebensfreude, die sie während des beobachteten Kranichflugs erlebte, vermittelten ihr ganz eindeutig, daß *sie selbst* sowohl als Zuschauerin, wiewohl auch als Akteurin bei und in diesem Erlebnis fungierte.

Die *Grundbefindlichkeit* während des ganzen Existentiellen Bilderlebens war eine Mischung von wacher Aufmerksamkeit und ein Zustand von tiefem Frieden, Ruhe, Gelassenheit, nebst der staunend und begeisternden Freude

über die klaren, durchsichtigen „Memory Tropfen“.

3. Schritt: Phänomenale Gehalt

Die gestaltende Übersetzung der Botschaften dieses Bilderlebens erbrachte folgende Einsichten:

- Nur in Offenheit und Gelassenheit, wie einem besonders intensiven Ruhe- und Entspannungszustand, offenbaren sich Einsichten, die nicht forciert und nicht willentlich „gemacht“ werden können. Die sich „wie von selbst“ erschließenden „verschollenen Informationen“ sind authentisch, ob sich darin nun Positives, Lebensförderliches oder Negatives, quasi Lebens- „zerstörerisches“ (wie in einigem Memory-Tropfen aus der Zeit des Komas) spiegeln sollte. Die Bedingung für neue Einsichten ist eine Kombination von wacher Aufmerksamkeit, Öffnung für das Unbekannte und ein unerschütterliches Vertrauen in die zutiefst eigenen Gestaltungskräfte.
- Der Kranichflug hatte für sie die Doppelbotschaft, daß der *Kranich aus eigenen Kräften fliegt und dennoch von den Lüften getragenen wird*. Es bedarf also einerseits sowohl des eigenen Dazutuns, als auch andererseits des zulassen Könnens von Lebenskräften, die tragend und dennoch unbekannt und unbeeinflussbar sind.
- Der Kranich kann sich nicht nur in graziöser Beweglichkeit, Leichtigkeit und Durchhaltekraft hoch in die Lüfte hinauf schwingen, sondern sich auch auf der Erde gut zurechtfinden. Indem er Nahrung und auch Schutz im „Erdenmorast“ sucht und findet, sammelt er seine Kräfte um für die langen himmelstürmenden Flüge – deren er fähig ist – gut gerüstet zu sein.
- In der Übersetzung des Erschauten erkennt Valerie, daß es auch für das menschliche Wesen die wesentlichste Herausforderung ist, trotz der oft behindernden Körperlichkeit die be-seelend, beglückende Be-„geist“-erungsfähigkeit zu leben. Dieses Zusammenwirken des physisch-psychischen und geistig-noetischen Da-Sein-Könnens, dieses zutiefst menschlichen Da-Seins, erlaubt es ihr, sich sowohl transzendieren zu kön-

nen, als aber auch ganz erdverbunden, in der Akzeptanz dessen was ist, da sein zu können – so gut ihr dies eben gelingt.

- Die rationalen Ungereimtheiten des Erlebten erwiesen sich als zweitrangig, denn das Wesentliche ist durchaus unerklärlich. „Der Geist ist eben ungebunden, er ist frei.“ Das war ihr erleichterter Kommentar.

In der Folgezeit beobachtete Valerie, daß ihr Hang zur Idealisierung, zum einseitigen Betonen des Wahren, Guten und Schönen *unter Ausschluss* des Bösen, Verderblichen und Hässlichen, eine Auswirkung der Bestrebungen ihres „widergebärenden“ Genesungsprozesses war. Ihre religiöse Überzeugung und ihr eiserner Lebenswille erkannten nur in den aufbauenden, lebensförderlichen Erfahrungen und Einstellungen eine Chance für ein gelingendes Leben. Nun hatte sie es in der Zwischenzeit gelernt, daß zum noch so tragischen Ernst jeder Lage auch die Gelassenheit und der Humor dazu gehören, und Humor ist bekanntlich „daß man über sich selbst lachen kann“.

Resümee

Wie aus den oben angeführten Erfahrungen hervorgeht, können Aussagen aus der Kraft der inneren Bilder – sowohl des Patienten als auch des Therapeuten – dem therapeutischen Prozess zusätzliche Chancen für ein effektiv wirksames Voranschreiten zur stets erneuernden Selbstwerdung verleihen.

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. med. Wilhelmine Popa
40880 Ratingen, Görlitzerweg 1
minapopa@t-online.de*

Die Anwendung des Tests zur Existentiellen Motivation (TEM) in einer psychotherapeutischen Einrichtung

Daniela Grabner

In dieser Pilotstudie wurden klinische Bilder daraufhin untersucht, ob und wie sie dem anthropologischen Modell der vier Grundmotivationen zuordenbar wären. Dazu wurden Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz eines städtischen Gesundheitswesens herangezogen. Sie setzten sich aus Patienten mit Schizophrenie, mit Persönlichkeitsstörungen und mit affektiven Störungen zusammen; die Vergleichsgruppe stammte aus der Normalbevölkerung.

Grundlage der Untersuchung ist die existenzanalytische Hypothese, daß sich psychische Störungen als Störungen der existentiellen Grundmotivationen verstehen lassen.

In methodischer Hinsicht wurde der „Test zur Existentiellen Motivation“ (TEM) eingesetzt, der die existentiellen Dimensionen zu messen vorgibt. Als Ergebnis fand sich eine weitgehende Bestätigung der existenzanalytischen Theorie einer Spezifität der Störbilder im Zusammenhang mit den existentiellen Grundmotivationen.

Schlüsselwörter: *affektive Störungen, Existenzanalyse, Grundmotivationen menschlicher Existenz, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenie, Test zur Existentiellen Motivation (TEM)*

The Application of the Test for Existential Motivation (TEM) within a Psychotherapeutic Institution

In this pilot study clinical pictures of mental disorders were investigated, if and how they can be attributed to the anthropological model of the four fundamental motivations of human existence. For this purpose patients of a psychotherapeutic ambulance of a municipal health system were tested. They comprised schizophrenic patients, patients with personality disorder and with an affective disorder and were compared to the normal population.

The survey is based on the hypothesis of existential analysis, that mental disorders can be understood as dysfunction of the fundamental motivations of human existence.

With regard to methodology the „Test for Existential Motivation“ (TEM) was applied, which allegedly measures existential dimensions. The results found are largely in accordance with the theory of existential analysis about the specificity of mental disorders with respect to the fundamental motivations.

Keywords: *affective disorder, Existential analysis, fundamental existential motivations, personality disorder, schizophrenia, Test for Existential Motivation (TEM)*

1. Einleitung

Der Begriff der Grundmotivationen wurde von Alfried Längle 1993 in die Existenzanalyse eingeführt, um die tiefste Motivationsstruktur der Person in ihrem wesensmäßigen Streben nach Existenz zu beschreiben. Dadurch wurde die Frankl'sche Motivationstheorie um drei dem „Willen zum Sinn“ vorangehende und ihn bedingende Motivationen erweitert.

Die Grundmotivationen stellen den theoretischen Rahmen für die existenzanalytische Nosologie dar.

Der von A. Längle und P. Eckhardt im Jahr 2000 konzipierte „Test zur Existentiellen Motivation“ (TEM) versucht anhand von 56 Items diese vier existentiellen Grundmotivationen zu erfassen.

Die vorliegende Arbeit versucht der Frage nachzugehen, wie sich die Ergebnisse des TEM in einer klinisch auffälligen Gruppe darstellen. Ein Anliegen der folgenden Arbeit war, nicht so sehr die statistische Auswertung der Daten in den Mittelpunkt zu rücken, sondern mehr auf die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Konzept der Grundmotivationen und deren therapeutische Relevanz zu achten.

2. Die vier personal-existentiellen Grundmotivationen

2.1 Grundlagen

Frankl verstand das Menschsein als eine Einheit von drei wesensmäßig unterschiedlichen Dimensionen:

- Die *somatische Dimension*, die zwischen der Polarität „Funktionstüchtigkeit“ versus „gestörte Funktion“ steht.
- Die *psychische Dimension*, die zwischen Lust und Unlust steht und gleichzeitig das Bindeglied zwischen der personalen und der somatischen Ebene ist. Die Psychodynamik hat somit auch Wächterfunktion für die Existenz.
- Die *personal-existentielle (noetische) Dimension*, die im Spannungsfeld „existentielle Erfüllung“ versus „existentielle Verzweiflung“ steht. In diesem Bereich siedelte Frankl als zentrale Motivation die Fähigkeit der Sinnverwirklichung („Wille zum Sinn“) an (vgl. Frankl 1987).

Erfahrungen aus der therapeutischen Praxis machten jedoch deutlich, dass das Konzept der Sinnverwirklichung allein zu kurz greift. 1993 führte A. Längle daher das Konzept der personal-existentiellen Grundmotivationen in die Existenzanalyse ein und ergänzte somit die Frankl'sche Motivationstheorie um drei den „Willen zum Sinn“ vorangehende und ihn bedingende Motivationen (vgl. Längle 1994, 118):

1. DASEIN-Können (Streben nach Sicherheit): Hier geht es um das Erleben von Halt, Raum und Schutz um in dieser Welt sein zu können. Induziert wird dies einerseits durch das Angenommen-Sein, (vergleichbar dem Urvertrauen nach E. Erikson, das aber nach existenzanalytischer Auffassung durch alle späteren Beziehungserfahrungen überformt werden kann und somit eine veränderliche Größe darstellt) und verlangt andererseits das Annehmen-Können der Bedingungen (**Grundvertrauen - GV**).
2. LEBEN-Mögen (Streben nach Beziehung): Hier geht es um das Fühlen von Nähe, Zuwendung und Beziehung. Induziert wird dies einerseits durch Zuwendung und verlangt andererseits die Fähigkeit sich Wertvollem zuzuwenden (**Grundwert - GW**).
3. SOSEIN-Dürfen (Streben nach Achtung): Es geht um das Spüren von Wertschätzung, Individualität und Abgrenzung. Induziert wird dies einerseits durch Gesehen-Werden, Wertschätzung und Respekt durch andere und verlangt andererseits die Anerkennung des Eigenen durch sich selbst (**Selbstwert - SW**).

Als vierte Grundmotivation wurde aus der Frankl'schen Theorie die Fähigkeit der Sinnverwirklichung übernommen:

4. Offensein für Sinnvolles (Streben nach Sinn und Erfüllung) = Wille zum Sinn. Induziert wird dies einerseits durch das Erleben von Sinnzusammenhängen und verlangt andererseits ein Sich-Einlassen auf den Sinnanspruch der jeweiligen Situation (**Sinn des Lebens - SdL**).

Für jeden Menschen ist das Anliegen, sein Leben zum Gelingen zu bringen wesentlich, und damit ist er ständig mit diesen vier Grundinhalten der Existenz beschäftigt, entweder um sie zu bekommen, zu verstärken, zu erneuern oder zu erhalten. Diese Grundmotivationen liegen somit allen an-

deren Motivationen des Menschen zugrunde:

„Es gibt kein entschiedenes Handeln, ja nicht einmal ein Reagieren auf psychodynamischer Ebene, das nicht mindestens mit einer der vier Grundmotivationen verbunden wäre. Denn immer geht es entweder um das direkte Erhalten dieser existentiellen Inhalte oder um den reinen Überlebensschutz in Form von psychodynamischen Copingreaktionen (Abwehrreaktionen, Schutzreaktionen), die themenbezogen sind und daher spezifisch für die jeweilige existentielle Struktur beschrieben werden können.“ (zit. n. Längle 2002a, 4).

Die Kenntnis der Grundmotivationen erlaubt ein besseres Verständnis der Psychodynamik, weil die Stimmungen, Affekte, Copingreaktionen, in einem existentiellen Kontext gesehen werden können.

2.2 Die therapeutische Relevanz der existentiellen Grundmotivationen

Störungen der Grundmotivationen stellen den Hintergrund der Psychopathologie dar. Somit bilden die Grundmotivationen den theoretischen Rahmen für die existenzanalytische Nosologie.

Gelingt das Ausbilden der Grundmotivationen nicht, so führt dies zu existentiellen Mangelgefühlen, die sich bei weiterer Fixierung zu psychischen Störungen formieren (siehe Tabelle 1 auf der nächsten Seite).

Im Zentrum der **ersten Grundmotivation** steht das „Dasein-Können“. Es ist daher wichtig für die therapeutische Arbeit dieses Können spürbar zu machen. Die Grundfrage in der Therapie lautet: „Kann ich sein in dieser Welt mit ihren Bedingungen und meiner Ausstattung?“

Die Themen in dieser Grundmotivation sind Schutz-, Raum- und Halt-haben-Können. Damit ist das basalste Können angesprochen, das „Sein-Können“, das sich in zwei personal-existenzanalytischen Verarbeitungsformen ausdrückt, dem „Aushalten“ und dem „Annehmen“.

In der Therapie steht die Wahrnehmung und das genaue Betrachten dessen, was ist und wie es sich auf das eigene Dasein auswirkt, im Mittelpunkt.

Störungen auf dieser Ebene zeigen sich in Form von Angststörungen, Phobien, Panik, Zwängen und den psychogenen Anteilen der Schizophrenie (vgl. Tab.1).

Die **zweite Grundmotivation** beschäftigt sich mit der Frage nach dem Wert des Lebens und den zugehörigen Themen Beziehung, Zeit und Nähe. In der therapeutischen Arbeit steht das „Fühlen“ und „Beziehung-Aufnehmen“ im Zentrum. Gerade über die therapeutische Beziehung können diese Themen erstmals reflektierend erfahren werden und ein oft notwendiger Trauerprozess eingeleitet werden.

Störungen kommen hier in Form von depressiven Gefühlen, Erschöpfung und Resignation zum Ausdruck (vgl. Tab.1).

In der **dritten Grundmotivation** steht die Frage „darf ich so sein, wie ich bin“, mit den Themen Gerechtigkeit, Ansehen und Wertschätzung im Blickfeld. Dies fordert einerseits ein „Zu-sich-stehen-Können“ und andererseits ein „Sich-zeigen-Können“ (Intimität versus Öffentlichkeit). Die erforderliche Tätigkeit dafür ist, sich und den anderen aus etwas Distanz

personales Gefühl	→ psychisches Mangelgefühl (empfundene Not)	→ psychische Warnung	→ psychische Bedrohung (=Angst)	→ zunehmende psychische Erstarrung (Fixierung, neurotische Ebene)	→ psychische Substratänderung (Persönlichkeitsstörungen) → ganzmenschliche Dekompensation (Psychosen)
1.GM: <i>dasein können</i>	Verunsicherung	→ Unruhe, Unsicherheitsgefühl	→ Ängstlichkeit	→ Grundangst Phobie	→ Grundangstüberflutung (ängstliche Persönlichkeitsstörung; Schizophrenie)
2.GM: <i>leben mögen</i>	Belastung	→ Niedergedrücktsein, Vitalitätsverlust	→ beziehungsbezogene Erwartungsangst = Angst vor Beziehungsverlust / Verlust des Lebendigseins	→ Depression Resignation	→ Resignationsüberflutung (Major Depression)
3.GM: <i>sosein dürfen</i>	Innere Hohlheit	→ Einsamkeit, Beleidigtsein, Kränkung, Ekel	→ Selbstwertbezogene Erwartungsangst = Angst vor Ansehensverlust/vor Verlust der sozialen Integration	→ Hysterie Verletztheit	→ Überflutung des Beobachtetwerdens (Paranoia) Schmerzüberflutung (die häufigsten Persönlichkeitsstörungen)
4.GM: <i>handeln sollen</i>	(äußeres) Leeregefühl, Langeweile	→ Sinnzweifel, Sinnleere	→ Existenzbezogene Erwartungsangst = Angst vor Sinnlosigkeit	→ existentielles Vakuum , Apathie	→ Verzweiflung bei ausweglosem Sinnlosigkeitsgefühl (Sucht, Suizidalität)

Tab. 1: Die Gefühlsketten, die sich aus der Störung der jeweiligen Grundmotivation ergeben, in Abhängigkeit von der Schwere der Störform (vgl. Längle 1994, 124).

ansetzen zu können (Selbstdistanzierungs-fähigkeit) und die darauf aufbauende Stellungnahme (Selbstachtung und Wertschätzung).

Störungen auf dieser Ebene zeigen sich in Form von Selbstverlust, Selbstentfremdung, Scham, hysterischen Entwicklungen und den meisten Persönlichkeitsstörungen (vgl. Tab.1).

In der **vierten Grundmotivation** stehen die Themen Zusammenhang, Tätigkeitsfeld und Zukunft im Vordergrund. Sie weisen darauf hin, dass menschliches Leben immer vernetzt ist und dieses Eingebundensein ein Tätigkeitsfeld eröffnet (Selbsttranszendenz). Dies verlangt in der therapeutischen Arbeit vom Klienten ein „*Sich-anfragen-Lassen*“ und in „*Übereinstimmung-Bringen*“ mit der jeweiligen Situation.

Störungen auf dieser Grundmotivationsebene äußern sich in Form von Leere-, Sinnlosigkeitsgefühlen, aktivistischer Sinnschaffung durch Fanatismus und Idealisierung und Abhängigkeiten wie die unterschiedlichsten Süchte (vgl. Tab.1).

3. Der Test zur existentiellen Motivation (TEM)

Der von A. Längle und P. Eckhardt im Jahr 2000 konzipierte „Test zur Existentiellen Motivation“ (TEM) versucht die Ausprägung der vier existentiellen Grundmotivationen zu erfassen.

Der TEM wurde aus umfangreichen Fragebögen durch Itemreduktion nach inhaltlichen und sprachlichen Gesichtspunkten entwickelt. Der so erhaltene Test beinhaltet 56 Items. Cronbachs Übetragt 0.97 (vgl. Eckhardt 2000).

Der TEM zeigt keine Symptomatik im herkömmlichen Sinn auf, sondern versucht die personalen Fähigkeiten oder auch Ressourcen eines Menschen zu erfassen. Dieser Test gibt daher ein Maß der strukturellen Verfasstheit der Person wieder.

Das Messinstrument besteht aus 56 Items. Jeweils 14 Items bilden eine der vier existentiellen Grundmotivationen ab. Die Items sind gemäß einer 6-stufigen Skala zu beantworten:

Antwortmöglichkeit	Ergebniszahl
<i>stimmt nicht</i>	1
<i>stimmt teilweise nicht</i>	2
<i>stimmt eher nicht</i>	3
<i>stimmt im Ansatz</i>	4
<i>stimmt teilweise</i>	5
<i>stimmt</i>	6

Bei der Auswertung des Tests wird für jede Grundmotivation ein Rohwert ermittelt, indem die Ergebniszahlen der einzelnen Items aufsummiert werden. Ein hoher Rohwert bedeutet somit, dass diese Grundmotivation gut ausgebildet ist.

4. Das Thema der Untersuchung

4.1 Ziel der Untersuchung

Der TEM wurde in der Studie von P. Eckhardt (2000) an 1013 Personen aller Alters- und Berufsgruppen der österreichischen Bevölkerung vorgegeben (Normalbevölkerung).

In der hier vorliegenden Untersuchung sollte ein erster Vergleich der Normalbevölkerung mit einer klinisch auffälligen Gruppe hinsichtlich der existentiellen Grundmotivationen durchgeführt werden. Dabei sollte auch der Frage nachge-

gangen werden, wie sich verschiedene klinische Diagnosen auf die Ergebnisse des TEM auswirken.

4.2 Untersuchungsablauf

Am Institut für Psychotherapie und psychische Gesundheit des Psychosozialen Dienstes in Wien, wo diese Untersuchung durchgeführt wurde, werden schwerpunktmäßig Menschen mit neurotischen Störungen und Belastungsstörungen (z.B. Ängste, Panikattacken, Zwänge), sowie affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Schizophrenien und wahnhaften Erkrankungen behandelt. Die Klienten, die sich in dieser psychotherapeutischen Einrichtung einer Behandlung unterziehen, können sich aufgrund ihrer finanziellen Situation eine Psychotherapie nicht oder nur schwer leisten. Die Klienten befinden sich entweder in kostenloser Einzel- oder Gruppenpsychotherapie.

Den Klienten wurde der TEM entweder im Rahmen ihrer Gruppenpsychotherapie oder während der Einzelpsychotherapie vorgegeben. Sie wurden ersucht möglichst spontan und ohne viel Überlegung die Testaussagen anzukreuzen. Die Dauer der Bearbeitung schwankte zwischen 10 und 20 Minuten.

Um die Störvariable „Soziale Erwünschtheit“ möglichst gering zu halten, wurden die Klienten darauf hingewiesen, dass es keine richtigen oder falschen Antworten gibt. Man kann aber wohl davon ausgehen, dass die Störvariable „Soziale Erwünschtheit“ eher gering einzustufen ist, da sich die Klienten freiwillig einer Psychotherapie unterziehen und motiviert sind, sich über sich selbst offen zu äußern.

Der TEM wurde 36 Klienten, die in psychotherapeutischer Behandlung stehen, vorgegeben.

Davon befanden sich 19 Klienten in Einzel- und 17 in Gruppenpsychotherapie. 15 Personen waren männlichen und 21 Personen weiblichen Geschlechts.

Die Zugehörigkeit zu den verschiedenen Diagnosen schlüsselte sich folgendermaßen auf:

Persönlichkeitsstörungen	23 Klienten
Schizophrene Störungen	9 Klienten
Affektive Störungen	4 Klienten

Bei der Erfassung der sozioökonomischen Daten ergab sich folgendes Bild bei der Beschreibung der 36 Klienten:

- 9 Klienten haben eine höhere Ausbildung (Matura bzw. Studiumsabschluss) oder studieren dzt. an einer Universität.
- 11 Klienten stehen in einem Arbeitsverhältnis oder sind geringfügig beschäftigt.
- 15 Klienten sind arbeitslos.
- 8 Klienten beziehen eine befristete Pension.
- 2 Klienten beziehen eine reguläre Pension (Alterspension).

Bezüglich der Variable Lebenssituation zeigt sich folgendes:

- 27 Klienten leben allein.
- 4 Klienten leben in einer Partnerschaft.
- 4 Klienten leben in einer in Trennung befindlichen Partnerschaft.
- 1 Klient ist verheiratet.

15 Klienten erlitten im Laufe ihres Lebens traumatische Erlebnisse wie zum Beispiel sexuellen Missbrauch, Gewalttätigkeit, frühen Verlust der Eltern bzw. wuchsen in Waisenhäusern auf.

18 Klienten leiden an einer chronischen körperlichen Krankheit (Asthma, Lungenerkrankungen, Rücken-Bandscheibenprobleme, Krebserkrankung, Schlaganfall, Tinnitus, Hauterkrankungen).

Die Altersstruktur der Klienten stellt sich folgendermaßen dar:

20 - 30 Jahre	7 Klienten
30 - 40 Jahre	15 Klienten
40 - 50 Jahre	6 Klienten
50 - 60 Jahre	6 Klienten
ab 60 Jahre	2 Klienten

5. Auswertung der Untersuchung

5.1 Testergebnisse

Da das Skalenniveau des TEM einer Intervallskala entspricht, wurden Mittelwerte ermittelt. Um die Ergebnisse mit den Antwortmöglichkeiten des Fragebogens besser vergleichen zu können, wurden nicht die Rohwerte angegeben, sondern die durch die Anzahl der Items geteilten Rohwerte. Auf diese Weise entstehen vier Skalenwerte der jeweiligen Grundmotivation, die in ihrem Wertebereich den Ergebniszahlen der Items entsprechen. Damit wird erreicht, dass die Ergebnisse mit den Antwortmöglichkeiten des Fragebogens vergleichbar werden.

Als besonders auffällig sind Skalenwerte anzusehen, die kleiner bzw. gleich 3,5 sind. Dies bedeutet nämlich, dass für die betroffene Grundmotivation hauptsächlich verneinende Antworten zu den Items abgegeben wurden („stimmt nicht“, „stimmt teilweise nicht“, „stimmt eher nicht“).

Als erstes Ergebnis fällt die große Diskrepanz der Skalenwerte der Normalbevölkerung im Vergleich zu den klinisch auffälligen Personen auf:

	GV	GW	SW	SdL
Normalpopulation	4,8	5,3	4,8	5,0
Klinische Population (n=36)	3,0	3,7	3,2	3,5

Die folgende grafische Darstellung (Abb. 1 auf der nächsten Seite) zeigt den Vergleich zwischen den Skalenwerten der Normalbevölkerung und der klinischen Gruppe.

Wenn man nun die unterschiedlichen Diagnosen betrachtet, zeigt sich, dass bei den Persönlichkeitsstörungen (n=23) sich dieser Trend fortsetzt. Die Skalenwerte beim SW sind aber noch deutlich niedriger als bei Betrachtung der gesamten klinischen Gruppe:

	GV	GW	SW	SdL
Persönlichkeitsstörungen (n=23)	2,9	3,6	3,0	3,5

Bei den schizophrenen Patienten zeigen sich in allen 4 Dimensionen des TEM auffällige Werte. Besonders gravierend aber im GV:

	GV	GW	SW	SdL
Schizophrenie (n=9)	2,7	3,3	3,1	3,1

Klienten mit einer affektiven Störung weisen im TEM

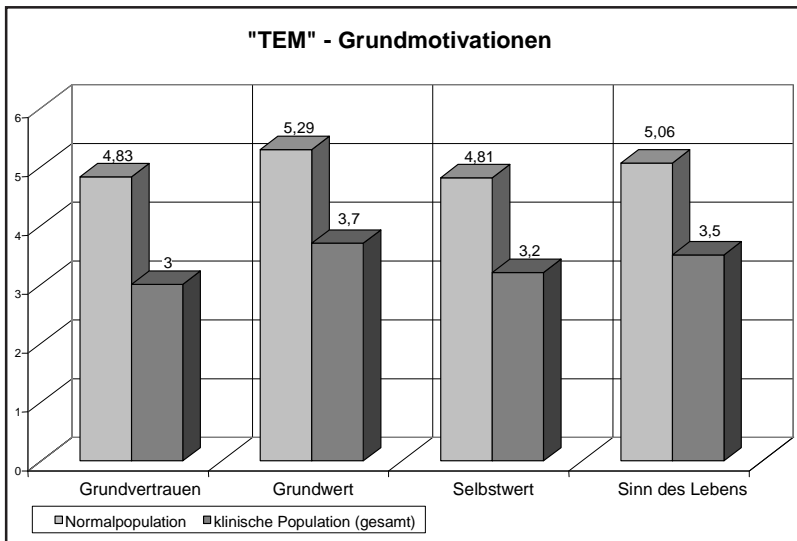


Abb.1: Graphische Darstellung der Skalenmittelwerte der Grundmotivationen in der Normalpopulation und in der klinischen Population

deutlich bessere Werte auf, als die beiden anderen Diagnosegruppen. Aber es handelt sich um eine sehr kleine Stichprobe (bzw. vgl. Kap. 6 Interpretation der Ergebnisse).

	GV	GW	SW	SdL
Affektive Störung (n=4)	4,6	4,8	4,6	4,6

Die folgende grafische Darstellung zeigt den Vergleich der drei Diagnosegruppen mit der Normalbevölkerung:

5.2 Statistische Auswertung

Bei der statistischen Auswertung wurden folgende zwei Fragestellungen untersucht:

- Zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen den Ergebnissen des TEM bei Personen mit psychiatrischer Diagnose und denen aus der Normalbevölkerung?

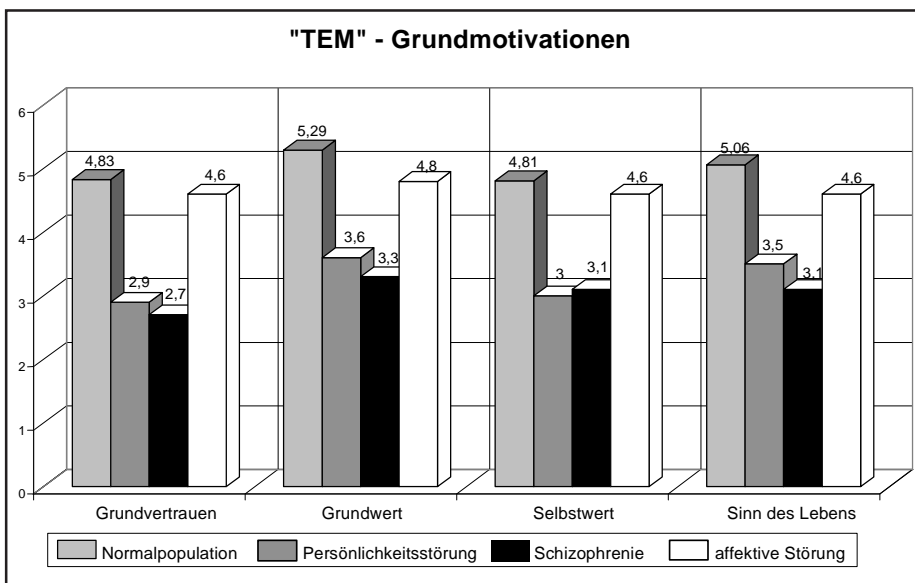


Abb.2: Graphische Darstellung der Skalenmittelwerte der Grundmotivationen in der Normalpopulation und in den drei Diagnosegruppen

- Zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den Diagnosegruppen bei den Ergebnissen des TEM?

Bezüglich der ersten Fragestellung wurden die Voraussetzungen für die Anwendung des t-Test überprüft und als gegeben angesehen (Intervallskalenniveau der Daten und Normalverteilung).

In allen vier Skalenbereichen zeigten sich höchst signifikante Unterschiede bei $p < 0,001$ zwischen der klinischen Gruppe und der Normalbevölkerung. Dabei liegen die Skalenmittelwerte der Normalbevölkerung jeweils deutlich über einer Standardabweichung der klinischen Gruppe.

Mit Hilfe des Kruskal-Wallis-Test wurde ein Vergleich der klinischen Gruppen untereinander vorgenommen. Zwischen den Diagnosegruppen konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden, bis auf die Klienten mit einer affektiven Störung. Einschränkend muss aber hinzugefügt werden, dass sich gerade in dieser Gruppe nur vier Klienten befanden, die zusätzlich alle eine lange Therapieerfahrung hatten (vgl. Kap. 6 Interpretation der Ergebnisse).

Deskriptiv zeigte sich, dass die schizophrene Patienten-Gruppe in allen vier Skalenbereichen besonders schlecht abschnitt, vor allem in der ersten Grundmotivation. Die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen zeigte besonders in der ersten und dritten Grundmotivation massive Defizite.

6. Interpretation der Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Nachdem es sich in der vorliegenden Untersuchung nur um eine relativ kleine Stichprobengröße handelt, können die ermittelten Ergebnisse nur vorsichtig interpretiert werden.

Als ein eindruckliches Ergebnis fällt die deutliche Diskrepanz in allen Grundmotivationen bei der klinischen Gruppe im Vergleich zur Normalbevölkerung auf.

Aus der existenzanalytischen Nosologie heraus ist zu erwarten, dass die unterschiedlichen psychischen Krankheitsbilder sich in den verschiedenen Grundmotivationen widerspiegeln, was sich zum Teil auch bestätigte. So zeigt die Gruppe der schizophrenen Patienten massive Defizite in der ersten Grundmotivation, und die Gruppe der Persönlichkeitsstörungen besonders schlechte Werte in der ersten und dritten Grundmotivation. Der festgestellte Unterschied zwischen den beiden klinischen Gruppen war jedoch nicht statistisch signifikant.

Bei den affektiven Störungen konnte zwar ein signifikanter Unterschied aller vier Grundmotivationen im Vergleich zu den beiden anderen Diagnosegruppen ermittelt werden, aber es muss einschränkend hinzugefügt werden, dass

alle vier Klienten dieser Gruppe schon einige Jahre in therapeutischer Behandlung standen und dadurch möglicherweise

die Ergebnisse positiv beeinflusst wurden. Außerdem ist die Aussagekraft der Daten, durch die Kleinheit der Stichprobe eingeschränkt.

Weiters ist zu bedenken, dass es sich bei der klinischen Gruppe großteils um Menschen in schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen handelt. Viele von ihnen sind Notstandshilfebezieher, arbeitslos oder in einer befristeten Pension. Auch mangelnde körperliche Gesundheit ist für diese Patienten bezeichnend. Ein großer Prozentsatz von ihnen leidet an chronischen körperlichen Erkrankungen. Auch Erfahrungen hinsichtlich des eigenen Könnens und eigener Fähigkeiten (Arbeitsverlust, Schul- und Studiumsabbrüche) sind ebenfalls nur selten vorhanden. Schwierige, traumatisierende Familienverhältnisse wie z.B. Gewalt- und Missbrauchserfahrungen prägen außerdem das Bild dieser klinischen Gruppe (siehe Kap. 4.3). All diese Faktoren haben einen Einfluss auf alle vier Grundmotivationen.

Vielleicht müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass psychische Störungen mit diesem Schweregrad immer auf verschiedenen Ebenen sichtbar werden (Komorbidität) und eine einzige Zuordnung auf eine Diagnose nicht der Wirklichkeit entspricht. So stellt gerade die Patientengruppe der Persönlichkeitsstörungen eine sehr inhomogene Gruppe dar.

In der therapeutischen Arbeit müssen daher alle vier Grundmotivationen thematisiert werden. Längle (2002b) meint, dass ein wesentlicher Einfluss psychotherapeutischer Wirkung auch über die Vermittlung von Wirkinhalten zum Tragen kommt, wie sie sich in der zugrunde liegenden Anthropologie, dem Weltverständnis der Methode und des Therapeuten äußert. Nicht allein die therapeutische Beziehung, das Setting, die Offenheit und Reife des Patienten (=Wirkinstrumente, Wirkbedingungen) sind für den Therapieerfolg wichtig, sondern auch das Finden von haltgebenden Gedanken und bewegenden Werten (vgl. Längle 2002, 5).

7. Zusammenfassung

Die hier vorliegende Studie ist als eine Pilotstudie anzusehen. Weitere Untersuchungen müssten folgen, um genauere Einblicke zu erhalten. Ein wesentliches Ziel der Untersuchung war es festzustellen, wie sich die vier existentiellen Grundmotivationen (Grundvertrauen, Grundwert, Selbstwert, Sinn des Lebens) in einer klinisch auffälligen Gruppe darstellen.

Die Grundmotivationen sind im existenzanalytischen Verständnis die strukturgebenden Bausteine, auf der Existenz aufgebaut werden kann und wo in der existenzanalytischen Therapie versucht wird eine Stabilisierung in diesen Themenbereichen zu erarbeiten. Die Grundmotivationen sind somit ein Kernstück der Motivationslehre und des Existenzverständnisses, aber auch zentral für das Verständnis psychischer Störungen.

Für die Untersuchung wurde der „Test zur Existentiellen Motivation“ (TEM), entwickelt von A. Längle und P. Eckhardt, als Messinstrument eingesetzt. Er besteht aus 56 Items, wobei jeweils 14 Items eine der vier personalen-existentiellen Grundmotivationen abbilden.

In der vorliegenden Studie konnte die existenzanalytische Theorie der Grundmotivationen und ihr Einfluss auf die ent-

sprechenden Diagnosen zum Teil bestätigt werden. So zeigte die schizophrene Patientengruppe besonders deutliche Defizite in der ersten Grundmotivation und die Persönlichkeitsstörungen in der ersten und dritten Grundmotivation. Dies konnte bei den affektiven Störungen nicht festgestellt werden, doch muss hier einschränkend hinzugefügt werden, dass die lange Therapieerfahrung dieser Klienten einen Einfluss auf die Ergebnisse haben könnte.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die untersuchte klinische Gruppe in allen vier existentiellen Grundmotivationen deutlich niedrigere Werte aufweist als die Normalbevölkerung. Alle vier Grundmotivationen sind defizitär ausgebildet und folglich in der therapeutischen Arbeit ganz wesentlich zu bearbeiten. Das könnte einerseits in der engen Verwobenheit der Grundmotivationen liegen und andererseits in der Komorbidität der Diagnosen begründet sein (z.B. inhomogene Gruppe der Persönlichkeitsstörungen).

Es wurde in der vorliegenden Studie allerdings auch eine in mehrfacher Hinsicht benachteiligte Patientengruppe untersucht (schwierige Familienverhältnisse, niedriger ökonomischer Status, schlechte gesundheitliche Voraussetzungen, mangelhafte Ausbildung, etc.). Auch diese Umstände haben einen Einfluss auf alle vier Grundmotivationen.

Weiterführende Studien mit größeren Stichproben und unter Berücksichtigung von Therapieerfahrungen sowie unter Einbeziehung sozioökonomischer Daten wären von Interesse.

Literatur

- Eckhardt P (2000) Skalen zur Erfassung von existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien
- Frankl V (1987) Logotherapie und Existenzanalyse. München: Piper
- Längle A (1994) Psychodynamik – die schützende Kraft der Seele. Verständnis und Therapie aus existenzanalytischer Sicht. In Längle A (Hrsg) Emotion und Existenz. Wien: GLE-Verlag
- Längle A (2001) Lehrbuch der Existenzanalyse (Logotherapie). I. Teil: Grundlagen. Wien: GLE-Verlag
- Längle A (2002a) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Psychiatria Fundamenta, 16, 1-8
- Längle A (2002b) Lehrbuch der Existenzanalyse (Logotherapie). 3. Teil: Zweite Grundmotivation. Wien: GLE-Verlag
- Längle A (2004) Lehrbuchentwurf der Existenzanalyse (Logotherapie). II. Teil: Die Grundbedingungen der Existenz: Sein-Können in der Welt oder Die 1. Grundmotivation. Arbeitsmanuskript. Wien: GLE-Verlag
- Längle A (2006) Lernskriptum zur Existenzanalyse (Logotherapie). Dritte Grundmotivation. Wien: GLE-Verlag

*Anschrift der Verfasserin:
Mag. Dr. Daniela Grabner
Göllnergasse 2-4/2/20
1030 Wien
daniela.grabner@existenzanalyse.org*

Reliability and Validity of the Shortened Hungarian Version of the Existence Scale

Barna Konkoly Thege, Tamás Martos

The aim of the current study was to present the adaptation process of the Hungarian version of the Existence Scale (ES) and to demonstrate the psychometric properties of a shortened version (ES-S). The design of the 8-item ES-S was based on the data of 166 Hungarian young adults who completed the full version of the ES (study 1). In the next step reliability and validity of the ES-S were examined with the participation of 392 respondents (study 2). For the construct validity analysis, the Purpose in Life Test, the Satisfaction with Life Scale and a shortened version of the Beck Depression Inventory were used. Both internal reliability and convergent / divergent validity of the ES-S were found to be adequate.

Key words: *Existential fulfilment, Existence Scale, shortened version, reliability and validity*

Reliabilität und Validität der Gekürzten Ungarischen Version der Existenz-Skala

Der Zweck dieser Studie war die ungarische Adaptation der Existenz-Skala (ESK) und die psychometrischen Eigenschaften einer gekürzten Version (ESK-K) zu demonstrieren. Die 8-item ESK-K wurde nach den Daten von 166 ungarischen jungen Erwachsene ausgearbeitet, die die volle Version der ESK ausgefüllt haben (Studie 1). In dem nächsten Schritt wurden die Reliabilität und Validität der ESK-K mit der Hilfe von 392 Teilnehmern untersucht (Studie 2). Für die Analyse der Konstruktvalidität waren der Purpose in Life Test, die Satisfaction with Life Scale und eine gekürzte Version des Beck Depression Inventory benutzt worden. Sowohl die Reliabilität als auch die Konvergente und Divergente Validität der ESK-K erwiesen sich als genügend.

Schlüsselwörter: *Sinnerfüllung, Existenz Skala, gekürzte Version, Reliabilität und Validität*

1. Introduction

In recent years the construct of meaning in life has received considerable attention and legitimacy, perhaps in conjunction with the growing emphasis on positive psychology (Piko 2004). The first to introduce this construct to the social sciences was Viktor Frankl, who developed an existential personality theory. Frankl (1959) considered the will to meaning as a fundamental drive of human beings and therefore he argued that failure to achieve a sense of meaning in life results in a so-called existential vacuum.

Since the introduction of the construct of meaning in life, a lot of efforts have been devoted to the measurement of personal meaning. Most research concerning meaning in life has used the Purpose in Life Test (Crumbaugh, Maholick 1964) and the Life Regard Index (Battista, Almond 1973), while somewhat less often used are the Life Attitude Profile (Reker, Peacock 1981) and its revised version (Reker, 1992).

Endeavours to operationalize meaning in life have resulted in a large number of further measuring instruments, each reflecting a somewhat different theoretical orientation of the researcher.

The 46-item Existence Scale (ES; Längle, Orgler, Kundi 2000; Längle, Orgler, Kundi 2003) with a 6-point rating scale (from „absolutely“ to „not at all“) is an instrument specifically designed to evaluate the noetic dimension of human being and it is based on an exploration of the personal and existential realities of human beings. The ES measures the four basic elements of existence: perception, recognition of values, competence for decision-making, and responsibility, i.e. it is an assessment instrument of the personal abilities that can be labelled as personal competencies for existence (Längle, Orgler, Kundi 2003).

Since its publication, several empirical investigations have been conducted with the Existence Scale. The ES related significantly to other measures of meaning in life, e.g. to the

Purpose in Life Test (Längle, Orgler, Kundi 2003) and to the Logo Test (Konkolý Thege 2005; Längle, Orgler, Kundi 2000). Meaning fulfilment measured by the ES was positively connected to satisfaction with intimate relationships (Harries 2004), general life satisfaction (Harries 2004; Hefti 2002), self-esteem (Scherler, Lajunen, Gülgöz 1998), a certain kind of religiousness (Robu 2006) and mental health (Wurst, Maslo 1996; Kundi, Wurst, Längle 2003). Furthermore, scores on the ES were associated negatively with neuroticism (Längle, Orgler, Kundi 2003; Scherler, Lajunen, Gülgöz 1998), symptoms of burnout (Nindl, Längle, Gamsjäger, Sauer 2003; Tomic, Evers, Brouwers 2004), eating disorders (De Landaboure et al 2001) and depression (De Landaboure et al 2001; Hefti 2002; Längle, Orgler, Kundi 2003).

2. Hungarian adaptation and the shortening process

The original, German language version of the Existence Scale was translated into Hungarian by two independent translators. After preparing a common version by the two translators, it was translated *back* into German by a third, independent, bilingual translator. The resulting text was compared with the original items and was accepted as appropriate by the first author of the original test.

The 46-item ES is a relatively long questionnaire, which can be a serious disadvantage especially when administering complex test batteries. Since the very high inner reliability of the test (Cronbach’s alpha >.90 of both the original and the Hungarian versions) allows us to reduce the number of items, an abbreviated form of the instrument was developed. During the shortening process, several aspects were taken into consideration. Two items with very good corrected item-total correlation were chosen from all the four subscales. We also intended to include reverse coded items in the shortened version and avoid content similarity between the items from the same subscale.

3. Study 1

3.1 Sample and measures

Altogether, 166 Hungarian young adults from the capital and from another bigger town (Szeged) completed the 46-item Hungarian version of the ES and answered sociodemographic questions. Respondents were collected by the „snowball“ method. 68 males (41%) and 98 (59%) females made up the sample, and mean age of the participants was 24.8 years (ranging from 18-32, SD=3.1). Most of the respondents (83.1%) were student or had already finished university, 9% finished grammar school, while 7.9% finished trade school or a specialized secondary school.

3.2 Results

Table 1 shows descriptive statistics for the ES and its abbreviated version (ES-S). Internal reliability of the subscales and the full ES was adequate and Cronbach’s alpha values were in accordance with those of the original German language

N=166	Min.	Max.	M	SD	Alpha
ES ST (14-84)	43	84	71.4	8.5	.77
ES-S ST (2-12)	4	12	10.4	1.8	
ES F (11-66)	27	62	49.0	8.3	.74
ES-S F (2-12)	2	12	8.1	2.5	
ES SD (8-48)	17	47	34.8	6.8	.73
ES-S SD (2-12)	3	12	9.7	2.2	
ES R (13-78)	25	75	54.6	10.5	.79
ES-S R (2-12)	2	12	8.5	2.4	
ES Total (46-276)	118	256	209.8	29.4	.92
ES-S Total (8-48)	15	48	36.8	6.9	.78

Note. ES=Existence Scale; ES-S=Shortened Version of the ES; ST=Self-Transcendence Subscale, F=Freedom Subscale, SD=Self-Distance Subscale, R=Responsibility Subscale

Tab. 1: Descriptive statistics for the Existence Scale and its shortened version

version (Längle, Orgler, Kundi 2003). Internal consistency of the ES-S was also satisfactory (Cronbach’s alpha =.78).

Table 2 describes further psychometric properties of the ES-S. Pearson-correlation coefficient between the full and the shortened version of the Existence Scale was very high (r=0.91; p<.001). Principal component analyses confirmed the unidimensionality of both the full and the abbreviated versions (Figure 1 next page).

Original item number and subscale	Corrected item-total correlation in ES	Corrected item-total correlation in ES-S	Correlation between items of the subscale	Correlation of the original and the shortened subscale	Correlation of the ES and the ES-S
2. (ST)❖	.37	.36	.25***	.72***	.91***
13. (ST)	.63	.56			
18. (F)	.58	.56	.31***	.74***	
26. (F)❖	.45	.43			
19. (SD)	.57	.47	.32***	.82***	
43. (SD)	.57	.52			
30. (R)	.59	.52	.33***	.72***	
39. (R)	.53	.48			

ST=Self-Transcendence, F=Freedom, SD=Self-Distance, R=Responsibility, ❖=inverse item
***p<.001

Tab. 2: Psychometric properties of the Shortened Version of the Existence Scale (ES-S)

Contrary to the German language version (Längle, Orgler, Kundi 2003), scores on both the ES and on the ES-S showed gender differences: females had significantly higher scores than males (Table 3 next page). However, according to the effect sizes (Cohen’s d), the difference was only moderate. No significant differences were found in scores on the ES and ES-S in regard to age and education, also in contradiction with the findings of Längle, Orgler, and Kundi (2003). Net monthly income was also not related significantly to existential fulfilment measured by the ES and the ES-S.

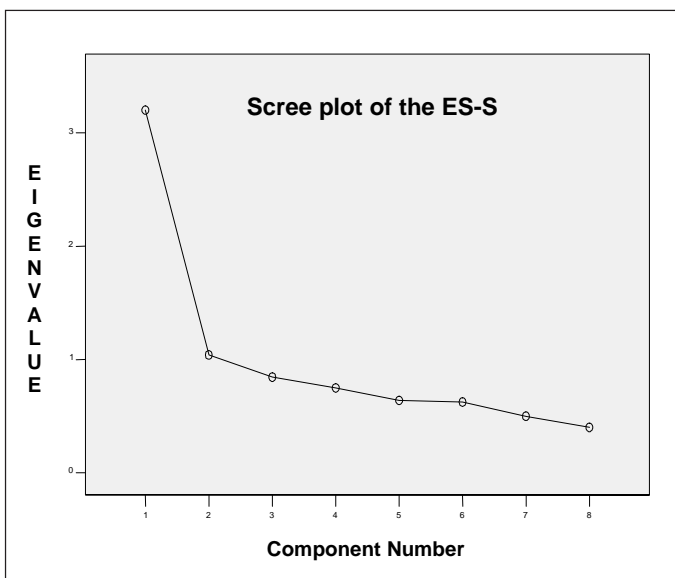
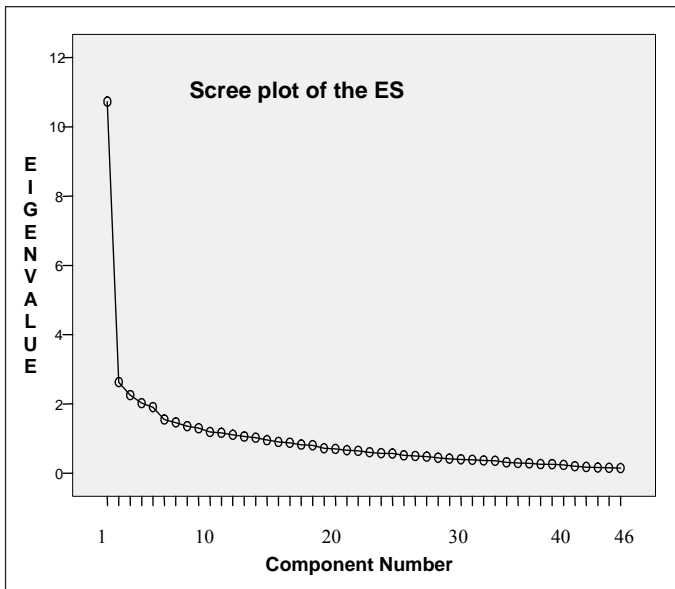


Fig. 1: Scree plots of the principal component analyses of the ES and ES-S

		N	M	SD	Cohen's d	t	Sign.
ES (46-276)	Males	68	203.0	29.9	.40	-2.55	.01
	Females	98	214.6	28.2			
ES_S (8-48)	Males	68	35.2	7.2	.41	-2.61	.01
	Females	98	38.0	6.5			

Tab. 3: Gender differences in scores on the ES and the ES-S

Since it was possible that the above mentioned gender differences were influenced by the overrepresentation of the well-educated persons among females, two further analyses were conducted. First, Pearson chi-square test was used to determine if there were more women among respondents with college or university degree than among the less educated participants: the association was not significant (Chi square=0.00 p=.988). Second, links between gender and existential

fulfilment were analyzed stratified by educational level. The difference between males and females in ES and ES-S scores was still significant among the most educated respondents (t=2.29; p=0.024; and t=2.32; p=0.027 respectively), but for the less educated participants no significant gender differences were found. However, in the latter cases sample sizes were so small that these results should be ignored. To sum it up, in our first sample, gender differences in ES / ES-S scores could not be traced back to inequalities in educational level between males and females.

4. Study 2

4.1 Sample

The second sample consisted of 392 Hungarian respondents, of whom 46.9% were males and 53.1 % females. Mean age was 32.3 years (SD=14 years, ranging from 18 to 89 years). Average years of education was 14.9 (SD=2.9, ranging from 7 to 29 years). 53.3% of the respondents had net monthly income lower than 90 000 HUF¹ and 40.1% had higher than that, while 6.6% of them refused to answer this latter question.

4.2 Measures

For testing the convergent and divergent validity of the abbreviated version of the Existence Scale, three inventories were used besides the sociodemographic questions and the 8-item ES-S (Cronbach's alpha was .74 in this sample).

The 20-item Purpose in Life Test (PIL; Crumbaugh, Maholick 1964) with a 7-point rating scale is the most often used instrument to assess the degree to which individuals experience a sense of meaning and purpose in their life. Psychometric properties of the Hungarian version were found to be appropriate (Konkolý Thege, Martos 2006). In the present study the internal consistency of the measure was excellent (Cronbach's alpha=.90).

Depressive symptomatology was assessed by the 9-item Hungarian version of the Beck Depression Inventory (BDI-S; Rózsa, Szádóczy, Füredi 2001), which is a reliable measure for screening depressive symptom severity. The Hungarian version of this instrument with a 4-point Likert-scale has been validated both in the general population and on clinical samples. In this study, the internal reliability for this scale was good (Cronbach's alpha =.79).

Finally, well-being was measured by the Hungarian version of the 5-item Satisfaction with Life Scale (SWLS; Diener et al, 1985). This scale has a 7-point rating scale and it is a widely used and well validated measure of life satisfaction representing the cognitive aspect of subjective well-being. In this sample internal consistency of this measure was very good (Cronbach's alpha=.89).

¹ 90 000 Hungarian Forint (approx. 360 EUR) is somewhat higher than the average net monthly income (82 948 HUF) in the previous year and region (central Hungary) of the data collection (Hungarian Central Statistical Office 2006).

4.3 Results

Concerning gender and age, no significant differences were found in scores on the Shortened Version of the Existence Scale. However, years of education and income associated positively and significantly ($p < .001$ and $p = .024$ respectively) but weakly ($r = .19$ and Cohen's $d = .24$ respectively) with scores on the ES-S.

Descriptive statistics and intercorrelations of our variables can be seen in Table 4. Results showed that scores on the ES-S are highly correlated with the other measure of meaning in life (PIL), while the strength of the relationship between the ES-S and the scale measuring well-being and life satisfaction (SWLS) was moderate. Meeting our expectations, the ES-S was also in a moderate but negative relationship with the instrument measuring depressive symptoms (BDI-S).

	M	SD	PIL	BDI-S	SWLS
ES-S (8-48)	37.1	6.4	.76***	-.62***	.56***
PIL (20-140)	103.6	16.6		-.64***	.69***
BDI-S (9-27)	13.5	3.8			-.45***
SWLS (5-35)	23.3	6.5			

Note. ES-S=Shortened Version of the Existence Scale; PIL=Purpose in Life Test; BDI-S=shortened version of the Beck Depression Inventory; SWLS=Satisfaction with Life Scale; *** $p < .001$

Tab. 4: Descriptive statistics and intercorrelations of the variables

5. Interpretation of the results

Results of the first study show that both the full and the shortened Hungarian versions of the Existence Scale are reliable, unidimensional measures with excellent internal consistency. Furthermore, these findings prove that the brief version (ES-S) can be used as a psychometrically adequate alternative of the ES, if it is not suitable to use the full 46-item version. The inconsistency concerning the relationship of ES scores with age and educational level, found between the original Austrian (Längle, Orgler, Kundi 2003) and the Hungarian results, possibly can be traced back to the fact that most participants in our first, relatively small convenience sample were well-educated young adults. This hypothesis is supported by evidence from the second study, where age and educational distribution was more balanced: the ES-S showed very similar properties to the original Austrian full version regarding gender and educational differences.

Results of the second study confirmed the convergent and divergent validity of the ES-S. Similarly to our results, scores on the SWLS were correlated moderately ($r = .52$; $p < .01$) with the ES in the study of Harries (2004). This author used the 46-item English language version of the Existence Scale, thus the agreement between her and our data proves the adequacy of both the Hungarian adaptation of the instruments (ES, SWLS) and the satisfactoriness of the shortening process (ES-S). Relationship between scores on the PIL and the ES has also been investigated (Längle, Orgler,

Kundi 2003); however, it was considerably weaker ($r = .49$) than presented in this study. The current results do not allow to determine whether the discrepancy between the two studies comes from cultural differences or some kind of insufficiency in the Hungarian or the German adaptation of the PIL. Finally, the direction and the moderate strength of the connection between the ES-S and the BDI-S correspond to other results concerning the relationship between meaning in life and depressive symptoms (e.g., Crumbaugh, Maholick, 1964; Konkoly Thege, Martos, 2006; Längle, Orgler, Kundi, 2003).

In summary, the findings of the present investigations indicate that the 8-item Shortened Version of the Existence Scale (ES-S) is a valid and reliable instrument for assessing existential fulfilment.

References

- Battista J, Almond R (1973) The development of meaning in life. *Psychiatry*, 36, 409-427.
- Crumbaugh JC, Maholick LT (1964) An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 200-207.
- De Landaboure NB, Martin BL, Kazmierzak A, Fraise M, Toscani J (2001) Das existentielle Vakuum als pathologischer Faktor in den wichtigsten psychischen Erkrankungen unserer Zeit. *Existenzanalyse*, (18)1, 46-48.
- Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S (1985) The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Frankl VE (1959) *Man's search for meaning*. New York: Washington Square Press.
- Harries SK (2004) Relationships among life meaning, relationship satisfaction, and satisfaction with life. Thesis. Trinity Western University, Langley (British Columbia)
- Hefti R (2002) Messung von Sinn und Religion: Zusammenhang zwischen existenzanalytischen Skalen und Religionsmassen des MMRI. <http://www.akademieeps.de/download/5721-2emp2002-hefti.doc>
- Hungarian Central Statistical Office (2006) Yearbook of household statistics – 2005. Budapest, Hungarian Central Statistical Office
- Konkoly Thege B (2005) A logoterápia és egzisztencia-analízis helye és alkalmazhatósága az egészségpszichológiában. Szakdolgozat. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest
- Konkoly Thege B, Martos T (2006) Az Életcél-kérdőív magyar változatának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 153-169.
- Kundi M, Wurst E, Längle A (2003) Existential Analytical Aspects of Mental Health. *European Psychotherapy*, 4(1), 87-96.
- Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2000) Die Existenzskala (ESK). Test zur Erfassung existentieller Erfüllung. Manual. Göttingen: Hogrefe
- Längle A, Orgler C, Kundi M (2003) The Existence Scale: A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfillment. *European Psychotherapy*, 4(1), 135-151.
- Nindl A, Längle A, Gamsjäger E, Sauer J (2003) The Relationship between Existential Fulfillment and Burnout. An empirical study from an existential-analytical perspective. *European Psychotherapy*, 4(1), 145-149.
- Pikó B (2004) A pozitív pszichológia missziója a modern társadalomban. Paradigmaváltás a társadalomtudományokban? *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 5(4), 289-299.
- Reker GT, Peacock EJ (1981) The Life Attitude Profile (LAP): A multidimensional instrument for assessing attitudes toward life. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 13, 264-273.
- Reker GT (1992) *Manual: Life Attitude Profile – Revised*. Peterborough, Ontario, Canada: Student Psychologists Press.
- Robu M (2006) The Relationship Between Religiosity, Attachment

and Psychological Well-being. *Studia Universitatis Babes-Bolyai Theologia Catholica Latina*, (51)1, 83-92.

Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J (2001) A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 379-397.

Scherler HR, Lajunen T, Gülgöz S (1998) A comparison study of Finnish and Turkish university students on the Existential Scale. *International Journal of Logotherapy and Existential Analysis*, 6(2), 30-42.

Tomic W, Evers WJG, Brouwers A (2004) Existential Fulfillment and Teacher Burnout. *European Psychotherapy*, 5(1), 65-73.

Wurst E, Maslo R (1996) Seelische Gesundheit – Personalität – Existentialität. Ein empirischer Beitrag aus existenzanalytischer Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 44, 200-212.

Correspondence author:
Barna Konkoly Thege
Institute of Behavioural Sciences, Semmelweis University,
Budapest, Nagyvárad tér 4.
H-1089 Hungary
konbar@net.sote.hu

Appendix: The Shortened Version of the Existence Scale (ES-S)

Kérjük, értékelje az alábbi skálán, hogy milyen mértékben vonatkozik Önre a mindenkori állítás, eltekintve a rövidtávú, időszakos ingadozásoktól (Please mark the circle on the scale which is closed to how you generally feel, apart from occasional, brief fluctuations):					
Nem igaz (not at all)	Nem igaz, bizonyos megszorításokkal (no, hardly)	Inkább nem igaz, mint igen (not really)	Inkább igaz, mint nem (moderately)	Igaz, bizonyos megszorításokkal (mostly)	Igaz (absolutely)
1.	A feladataim személyes elkötelezettséget jelentenek számomra (I feel personally addressed by my tasks).				
2.	Azt hiszem, hogy az életem úgy, ahogy élem, semmire sem jó (The way I live now is good for nothing).				
3.	Sok mindent csak azért teszek, mert azt tennem <i>kell</i> , nem pedig azért, mert azt tenni <i>akarom</i> . (I do a lot because I <i>have</i> to, not because I <i>want</i> to).				
4.	Ha problémák bukkannak fel, gyakran elvesztem a fejemet (I am easily confused when problems arise).				
5.	Belsőleg szabadnak érzem magam (I feel inwardly free).				
6.	Sok dolgot csinállok anélkül, hogy valóban kiismerném magam bennük (I do a lot of things without really knowing enough about them).				
7.	Sok mindent teszek, amit tulajdonképpen egyáltalán nem is akarok megtenni (I do a lot that I really don't want to do).				
8.	Környezetemet egyhangúnak találom (I find the world I live in boring).				

Die funktionelle Stimmstörung als ‚personal-existenzielles‘ Geschehen

Eine quantitativ-empirische Studie aus existenzanalytischer Perspektive

Karin Parschalk

Die im Folgenden vorgestellte Studie beschäftigt sich mit der „personal-existenzuellen“ Sinnerfüllung von Menschen mit funktionellen Stimmstörungen. Das in der Literatur komplex diskutierte biopsychosoziale Phänomen „funktionelle Dysphonie“ wird darin als „personal-existenzuelles“ Geschehen verstanden und quantitativ-empirisch untersucht. Die Studienergebnisse belegen dabei erstmals einen statistisch signifikanten Zusammenhang (bei $\alpha=5\%$) zwischen funktioneller Dysphonie und Einschränkungen in der „personal-existenzuellen Sinnerfüllung“ bzw. der „existenziellen Lebensqualität“, welche Relevanz für die Theorie und Praxis der funktionellen Dysphonie besitzen.

Schlüsselwörter: Existenzielle Lebensqualität, Funktionelle Dysphonie, Personal-existenzuelle Sinnerfüllung

Non-organic voice disorders and „existential fulfillment“

A statistical survey based on existential analysis

This study deals with the „existential fulfillment“ of people with non-organic voice disorders, based on the theory of existential analysis. The hypothesis that there is a significant relationship between non-organic voices disorders and personal-existential deficits was confirmed by statistically significant results ($\alpha=5\%$), which are relevant for the theory and therapy of non organic voice disorders.

Key words: Existential fulfilment, Existential quality of life, Non-organic voice disorders

Einleitung

In der jüngeren Fachliteratur werden funktionelle Stimmstörungen als komplexe biopsychosoziale Geschehen beschrieben, welche in Zusammenhang mit körperlichen, psychischen sowie psychosozialen Prozessen stehen und Auswirkungen auf die emotionale, psychische und psychosoziale Befindlichkeit, die psychosomatische Gesamtsituation, den persönlichen, zwischenmenschlichen und beruflichen Bereich bis hin zur psychosozialen Desintegration haben können und umgekehrt (Egger et al. 1992, 53; Bauer 1994, 102; Gundermann 1994, 158; Hermann-Röttgen, Miethe 1994, 140; Grohnfeldt 1996a, 16; Kiese-Himmel, Kruse 1996, 20; Kneip, 2002, 288; Neuschaefer-Rube, Spieker-Henke 2002, 283; Böhme 2003, 181; Schuster et al. 2004a, 2; Hülshoff 2005, 285; Seifert, Kollbrunner 2005, 392; Kruse 2005, 192; Wendler, Seidner 2005, 153; Wirth, 1995, 238; Witulski 2006, 4).

Im wissenschaftlichen Diskurs zur funktionellen Stimmstörung blieb die Existenzanalyse und Logotherapie bisher unberücksichtigt. Dies ist nicht zuletzt auch deshalb verwunderlich, da sich bereits in oberflächlich terminologischer Be-

trachtung ihrer zentralen Begriffe, die Bedeutung der Existenzanalyse im sprachheilpädagogischen Themenbereich „Stimme“ ankündigt.

So leitet sich etwa der existenzanalytische Zentralbegriff „Person“, der die geistige Dimension des Menschen und seine Fähigkeit zur Existenz bezeichnet (Längle 1998a, 14; 1995, 14), vom lateinischen „personare“ ab, was „durchklingen“ bedeutet (Luss 2001, 73). Dass aus existenzanalytischer Sicht die Stimme einen spezifischen Teil der Person darstellt, nämlich das was von ihr zum Klingen kommt und hörbar wird (Stengel, Strauch 1997, 31; Luss 2001, 73), macht überdies die enge Verbindung von Person und Stimme zueinander deutlich. Des weiteren findet sich der existenzanalytische Kernbegriff „Existenz“, der die besondere Seinsweise des Menschen benennt (Längle 1995, 13 f.; Lleras, Längle 1998, 13), in der hinreichend beschriebenen „existenziellen Bedeutung der Stimme“ wieder. In dem bei Menschen mit funktioneller Dysphonie häufig erwähnten Gefühl der „Sinnlosigkeit“ (vgl. Pascher, Bauer 1984; Egger et al. 1992; Bauer 1994; Friedrich, Bigenzahn 1995; Wirth 1995; Kneip 2002) ist zudem „Sinn“ (aus dem Griechischen: „logos“), als der Schlüsselbegriff der Existenzanalyse enthalten (vgl. Längle 1988, 1998a; Lleras,

Längle 1998), welcher ebenso mit „Wort“ übersetzt wird und damit einen weiteren begrifflichen Zusammenhang zum Themenbereich „Stimme“ anzeigt.

Was sich in terminologischer Hinsicht ankündigt, tritt in der intensiven Auseinandersetzung mit der Theorie der Existenzanalyse, ihrer Anthropologie und ihren Konzepten „personal-existenzieller Sinnerfüllung“ bereits deutlicher in Erscheinung. Denn auf Basis der existenzanalytischen Theorie „sinnerfüllter Person und Existenz“ scheint es, als würden die komplexen biopsychosozialen Aspekte funktioneller Dysphonie mit Defiziten in der „personal-existenziellen Sinnerfüllung“ in Zusammenhang stehen. Dies wurde im Rahmen meiner Dissertation „Die funktionelle Dysphonie als personal-existenzielles Geschehen - Eine sprachheilpädagogisch-empirische Studie unter Bezugnahme auf die Theorie der Existenzanalyse“ (2007) am Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien näher untersucht. Der vorliegende Artikel ist ein thematischer Ausschnitt dieser Arbeit.

Für den problemlosen Gebrauch der Stimme sind aus existenzanalytischer Sicht Halt (Bodenhaftung, Beckenstütze, Offenheit, Gelassenheit), Raum (Resonanzraum, Raum den die Stimme erfüllt), Mut und Vertrauen zu sich selbst, zu anderen und zur Stimme ebenso notwendig wie Nähe, Beziehung, Zuwendung und Kontakt zu sich und zu anderen, welche erst mit Hilfe des Kommunikations- und Ausdrucksmittels Stimme hergestellt und aufrechterhalten werden (vgl. Luss 2001), sowie Achtung, Anerkennung und Wertschätzung seiner selbst und damit auch der eigenen Stimme, einem unverwechselbaren, einzigartigen Teil der Identität des Menschen (Luss 2001, 73; Stengel, Strauch 1997, 31).

Die personalen Grundvoraussetzungen Halt, Schutz, Raum, Mut und Vertrauen (Sein-Können, 1. Grundmotivation), Zuwendung, Nähe, Beziehung (Leben-Mögen, 2. Grundmotivation) sowie Achtung, Wertschätzung und Anerkennung (Selbstsein-Dürfen, 3. Grundmotivation) (vgl. dazu Längle 1997, 1998a, 1999, 2000b, 2000c, 2001; Lleras & Längle 1998; Längle et al. 2000; Tutsch et al. 2000; Eckhardt 2001; Luss 2001; Görtz 2003, 2004, 2004a) scheinen dabei nachvollziehbar in Zusammenhang mit Stimme zu stehen.

Blickt man aus „personal-existenzieller“ Perspektive auf die Stimme, so erscheint die vierfache Zustimmung zu den vier „personal-existenziellen Grundmotivationen“, also ein „Ja zur Welt“ (1. GM), ein „Ja zum Leben“ (2. GM), ein „Ja zu sich“ (3. GM) und ein „Ja zum Sinn“ bzw. „Ja zum Werden (zur Veränderung, zur Tat)“ (4. GM) (Längle 2000b, 9, 2001a, 12, 1997, 13, Tutsch 2000, 5; vgl. Längle 1997, 1998a, 1999, 1999c, 2000, 2000b, 2001, 2001a) auch für Stimme als grundlegend.

Hypothese bzw. Fragestellung

Die Hypothese, dass ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen funktioneller Dysphonie und Einschränkungen im Bereich der „personal-existenziellen Sinnerfüllung“ besteht, sollte innerhalb der durchgeführten Studie

quantitativ-empirisch untersucht werden. Des Weiteren wurde zu klären versucht, welche Dimensionen „sinnerfüllter personaler Existenz“ im Detail bei Menschen mit funktioneller Dysphonie als insuffizient nachweisbar sind, ob ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen funktioneller Dysphonie und Defiziten im Bereich der „existenziellen Lebensqualität“ besteht und in welchen der fünf Ebenen des „existenziellen Wohlbefindens“ Beeinträchtigungen bei Menschen mit funktioneller Dysphonie nachweisbar sind.

Stichprobe

Die Stichprobe der Untersuchung bestand dabei aus 120 Probanden, im Alter von 21-50 Jahren, wobei die Untersuchungsgruppe aus 60 (45 Frauen, 15 Männer) als funktionell stimmkrank diagnostizierten Personen und die Kontrollgruppe aus 60 (45 Frauen, 15 Männer) stimmgesunden Menschen bestand.

Testmaterial

- Existenzskala (Längle, Orgler, Kundi 2000)
- Fragebogen zur existenziellen Lebensqualität (Görtz 2004a)

Untersuchungsergebnisse

In der durchgeführten quantitativ-empirischen Untersuchung konnte erstmals ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,05$) zwischen funktioneller Dysphonie und mangelnder „personal-existenzieller Sinnerfüllung“ nachgewiesen werden. Im Detail unterschied sich die Untersuchungsgruppe von der stimmgesunden Kontrollgruppe signifikant in allen Dimensionen der Existenzskala, in „Verantwortung“ ($p = 0,000$), „Freiheit“ ($p = 0,000$), „Selbst-Distanzierung“ ($p = 0,002$), „Selbst-Transzendenz“ ($p = 0,028$), „Existenzialität“ ($p = 0,000$) und „Personalität“ ($p = 0,003$), wobei die Untersuchungsgruppe von Menschen mit funktioneller Dysphonie in all diesen Subskalen der Existenzskala signifikant niedrigere Mittelwerte aufwies als die stimmgesunde Kontrollgruppe.

Des Weiteren konnte auch im Fragebogen zur existenziellen Lebensqualität (ELQ) erstmals ein signifikanter Zusammenhang ($p < 0,05$) zwischen funktioneller Dysphonie und eingeschränkter „existenzieller Lebensqualität“ nachgewiesen werden. Im Detail ergaben sich in allen fünf Subskalen des ELQ, im Bereich des „Ontologischen Wohlbefindens“, des „Emotionalen Wohlbefindens“, des „Sozialen Wohlbefindens“, des „Personalen Wohlbefindens“ und des „Existenziellen Wohlbefindens“ signifikante Unterschiede zwischen der Untersuchungsgruppe der funktionellen Dysphoniker und der Kontrollgruppe. Im Detail unterschied sich die Untersuchungsgruppe von der stimmgesunden Kontrollgruppe signifikant in den Subskalen „Vertrauen“ ($p = 0,035$), „Lebensgefühl“ ($p = 0,003$), „Depression“ ($p = 0,003$), „Soziales Scheitern“ ($p = 0,006$), „Personale Aktivität“ ($p = 0,002$), „Personale Passivität“ ($p = 0,001$), „Existenzielle Erfüllung“ ($p = 0,029$) sowie „Existenzielle Leere“ ($p = 0,007$), wobei die Untersuchungsgruppe von Menschen mit funktioneller Dysphonie

in all diesen Dimensionen signifikant niedrigere Mittelwerte aufwies als die stimmgesunde Kontrollgruppe. Damit konnte der qualitativ-empirisch diskutierte Zusammenhang zwischen funktioneller Dysphonie und eingeschränkter Sinnerfüllung bzw. existenzieller Lebensqualität auch quantitativ-empirisch bestätigt werden.

Diskussion der Studienergebnisse und Ausblick

Auf Basis der signifikanten Untersuchungsergebnisse werden somit die komplexen biopsychosozialen Aspekte funktioneller Dysphonie aus existenzanalytischer Perspektive in einem Mangel an „personal-existenzieller Sinnerfüllung“ erklärbar. Es zeigt sich dabei, dass die im Rahmen der Arbeit erfolgte quantitativ-empirische Untersuchung nicht nur eine erstmalige existenzanalytische Auseinandersetzung mit funktioneller Dysphonie darstellt, sondern die gewonnenen Untersuchungsergebnisse auch erstmals die „Person“, die „noetischen“, „personal-existenziellen“ Dimensionen von Menschen mit funktioneller Dysphonie betonen. Auf der existenzanalytischen Anthropologie der „Geistigkeit von Soma und Psyche“ (Längle 1999, 23) bzw. dem existenzanalytischen Modell der „personal-existenziellen Grundmotivationen“ nach Längle (1997, 1998a, 1999, 1999c, 2000, 2001, 2001a) machen sie deutlich, dass funktionelle Dysphonien, wie alle körperlichen, funktionellen und/oder psychischen Reaktionen, Störungen bzw. Krankheiten in untrennbarem Zusammenhang mit den „noetischen“ Dimensionen stehen (Längle 1999, 18 ff.) und damit zugleich als Ausdruck und/oder Ursache „personal-existenzieller“ Defizite verstanden werden können.

Wird die funktionelle Dysphonie im Sinne des darauf basierenden, neu entwickelten Theorieansatzes als „personal-existenzielles“ und damit zugleich veränderbares Geschehen verstanden, so wird darin auch die praxisleitende Relevanz dieses Theoriezugangs für sprachheilpädagogische Praxiskonzepte und Praxisvollzüge bei funktioneller Dysphonie deutlich. Werden nämlich aufgrund der statistisch bewiesenen Beeinträchtigungen im Bereich der „personal-existenziellen Sinnerfüllung“ bei Menschen mit funktioneller Dysphonie Überlegungen darüber notwendig, wie denn sprachheilpädagogische Praxis ausgestaltet werden kann oder vielmehr soll, um den diskutierten Defiziten von Menschen mit funktioneller Dysphonie adäquat zu begegnen, so scheint dies auch die Auseinandersetzung mit der Frage zu erfordern, ob bzw. inwieweit Methoden, welche bisher erfolgreich in der sprachheilpädagogischen Praxis von Menschen mit funktioneller Dysphonie eingesetzt wurden und werden, auf die diskutierten Beeinträchtigungen bei Menschen mit funktioneller Dysphonie wirken.

Bezieht man solche Überlegungen auf die existenzanalytische Anthropologie der „Geistigkeit von Psyche und Soma“, auf die gewonnenen signifikanten Studienergebnisse, wonach Stimme mit den „noetischen“ Dimensionen in Zusammenhang steht bzw. die funktionelle Dysphonie Ausdruck und/oder Ursache „personal-existenzieller“ Defizite ist und stützt man sich zudem auf Studien (Steinert 2001, Längle et

al. 2000a, Längle, Probst 1997), welche empirisch belegen, dass „personal-existenzielle Defizite“ veränderbar sind, so scheint die folgende Grundthese zulässig, dass sprachheilpädagogische Interventionen, welche zwar primär am „Leiblichen“ oder „Funktionellen“ ansetzen, zugleich Impulse setzen, welche das „Seelische“ und „Geistige“ berühren bzw. verändern können und ihrerseits wiederum auf das „Leibliche“ oder „Funktionelle“ zurückwirken, woraus einerseits neue Gesichtspunkte für die sprachheilpädagogische Praxisgestaltung und -ausgestaltung gewonnen, andererseits aber auch weitere Forschungsbereiche für detailliertere Untersuchungen eröffnet werden.

Die in der sprachheilpädagogischen Praxis eingesetzten Methoden; die kongruente, empathische und akzeptierende sprachheilpädagogische Haltung bzw. Beziehungsgestaltung scheinen auf Basis des Modells der „personal-existenziellen Grundmotivationen“ nach Längle (1997, 1998a, 1999, 1999c, 2000, 2001, 2001a), der existenzanalytischen Anthropologie der „Geistigkeit von Soma und Psyche“ (Längle 1999, 23) sowie dem neuen „personal-existenziellen“ sprachheilpädagogischen Theoriezugang zur funktionellen Dysphonie die Möglichkeit zur körperlichen oder funktionellen, seelischen und geistigen Anregung, Unterstützung, Stärkung bzw. Veränderung des Dysphonikers zu besitzen.

Wenn man von dieser „personal-existenziellen“ Einflussnahme sprachheilpädagogischer Praxisgestaltung ausgeht, so ermöglicht bzw. erfordert dies im Detail neue Gesichtspunkte für, und ein neues Verständnis von, sprachheilpädagogischer Praxisgestaltung und -ausgestaltung sowie eine neue Form theoriegeleiteter praktischer Handlungsfähigkeit für den in der Praxis funktioneller Dysphonien tätigen Sprachheilpädagogen.

Bisher fehlen für die Wirksamkeit, einer auf diesem neuen „personal-existenziellen“ Theorieansatz basierenden Therapie der funktionellen Dysphonie, quantitativ-empirische Belege. Eine Untersuchung „personal-existenzieller Sinnerfüllung“ bei Menschen mit funktioneller Dysphonie zu Beginn, während und nach Ende der sprachheilpädagogischen Intervention könnte jedoch jene statistischen Belege erbringen, da im Sinne des eben diskutierten Verständnisses sprachheilpädagogischer Praxis davon ausgegangen werden kann, dass sich die empirisch evidenten „personal-existenziellen“ Defizite bei Menschen mit funktioneller Dysphonie im Verlauf der Intervention messbar verändern würden. Weiterführende Forschung zu den hier angesprochenen Themen wäre daher wünschenswert.

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. Karin Parschalk
Sonder- und Heilpädagogin, Logopädin
Hauptplatz 10
A-2620 Neunkirchen
karinparschalk@hotmail.com*

Für einen vollständigen Literaturnachweis sei aus Gründen des Umfangs auf meine Dissertation verwiesen. Diese kann über die Bibliothek der GLE entliehen werden.

Adaptation of the Existence Scale to the Russian Sample

Diploma work at MSU (Moscow State University), Psychological Faculty, 2007

Irina Maynina

Abstract

The Existence Scale (ES) is a new self-rating test to assess the degree of a person's existential content. The test is based on Frankl's anthropological theory and on a four-level process model of a person's search for meaning in life (Längle). The test consists of 46 items and includes 4 subscales: realistic perception, free emotionality, decision-making ability and responsibility. Its validity was tested on more than 640 respondents. The external validity was tested by the Purpose-in-Life test (PIL), the Personal Orientation Inventory test (POI) and the Eysenck Personality Inventory test (EPI).

Object

The questionnaire *Existence Scale* was translated into Russian in 2002 by O. Larchenko. It was edited by a team from the International Society of Logotherapy and Existential Analysis, Moscow: G. Petrova, N. Ignatieva, A. Loktionova, N. Dyatko, S. Krivtsova, I. Larina. The adaptation of the Russian version was made within the frame of the graduate research work by I.N. Maynina under the scientific supervision of S.V. Krivtsova.

The ES Adaptation Results

The ES was tested on 645 (411 women and 234 men) Russian adults at the age from 17 to 71. People came from various occupations and had various educational levels. The distribution was homogeneous. The average age of the respondents was 36.

Internal Consistency (Cronbach Alpha Coefficient) for the subscales and the total score is satisfying (*Table 1*).

The test validity check showed high validity index of the questionnaire scales. The validity was checked by the correlation (Spearman Correlation Coefficient) between the data of two interviews held at a month interval (*Table 1*). Thus, the conclusion about the tem-

		Cronbach Alpha Coefficient. N = 645	Spearman Correlation Coefficients. N = 108
Self-distance (SD)	(8 Items)	0.637	0.692
Self-transcendence (ST)	(14 Items)	0.806	0.691
Freedom (F)	(11 Items)	0.671	0.717
Responsibility (R)	(13 Items)	0.704	0.784
Person (P)	(22 Items)	0.832	0.721
Existentiality (E)	(24 Items)	0.811	0.794
Total score (G)	(46 Items)	0.891	0.796

Tab. 1: Cronbach Alpha Coefficients and the reliability for the subscales and for the total score in the sample from the general population. $p < .01$.

poral stability of the existential fulfillment of a person can be made.

The ES results depend on gender but insignificantly (only according to ST scale). It is a notable result as the test authors pointed out that there is no difference in parameters between male and female respondents (Längle et al. 2003). The differences revealed can be explained by the respondents' gender distribution (female respondents accounted for 63.7%). We can suppose that in case of equal gender representation there should be no difference in parameters. The dependence on educational level is more distinct, the test results increase according to the increase of educational level.

The *external test validity* was checked by means of correlation links between ES scales and the abovementioned tests.

Statistically notable positive correlations between all ES scales and the PIL test parameters were obtained. The closest correlation link was found between ST ($r = .523 - .623$), P ($r = .513 - .606$), G ($r = .507 - .596$) scales and all the scales of PIL test (*Table 2*). In our view, this can be explained by the fact that

1. both questionnaires were developed within the frame of Frankl's theory, in particular his theory of meaning;
2. Some of the ES and PIL scales have complementary meaning. For instance, the concept of existence is defined as a meaningful life in freedom and with responsibility. On

the other hand, such PIL scales as Locus-Control-I and Locus-Control-Life are connected to a person's confidence in their ability to build their lives themselves in a world full of opportunities.

By using PIL and POI tests in the research we intended to study the connection of the ES with

1. the methodical tool developed within the frame of one paradigm (PIL) and
2. the test developed in the closely related humanistic approach (POI). Thus, we analyze the links within the „spiritual“ (Längle 1999) measurement of mentality.

A direct linear correlation of medium strength ($r = .342$) (at $p < .01$) was observed between the total scores of ES and POI tests. In general, positive correlations were observed between the scales of ES and POI tests in 19 correlation coefficients (Spearman Correlation Coefficients from 0.273 to 0.435 at $p < .01$) (see *Table 2 on next page*).

We supposed that we will find correlation between different psychic axes. For this reason we used the EPI questionnaire. In Eysenck's theory, temperament traits (extraversion, neuroticism) have a strong influence on behavior. Therefore it was important to prove that there is no connection between extraversion and the existential features of a personality. In theory no connection should be present. Empirical research has proved this supposition in our sample.

A significant negative connection was found between all scales of the ES and the Neuroticism scale of the EPI (Rs from -0.344 to -0.511). There was no significant connection with extraversion (Rs from -0.084 to 0.051).

To sum it up, the results show that

		SD	ST	P	F	V	E	G
PIL N = 157	Purposes	0.338	0.555	0.523	0.418	0.391	0.437	0.516
	Process	0.422	0.611	0.606	0.404	0.324	0.398	0.542
	Result	0.399	0.632	0.602	0.473	0.419	0.487	0.596
	Locus-Control-I	0.375	0.523	0.530	0.530	0.413	0.506	0.566
	Locus- Control-Life	0.345	0.531	0.513	0.388	0.348	0.405	0.507
POI N = 93	Orientation of the time					0.325	0.319	0.304
	Values					0.280		
	Creativity				0.273			
	Autonomy				0.434	0.396	0.435	0.331
	Self-understanding				0.367		0.307	
	Auto sympathy				0.419	0.381	0.430	0.345
	Total score				0.406	0.379	0.412	0.342
EPI N = 82	Neuroticism	-0.511*	-0.344*	-0.475*	-0.454*	-0.463*	-0.496*	-0.511*

Tab. 2: The significant Spearman correlations between scales ES and tests PIL, POI and EPI. $p < .01$; * $p < .05$.

the ES test version satisfy the validity requirements such as the internal validity, external validity, criterion validity and is applicable for the Russian-speaking population, first of all, as measuring tool in psychotherapy and counseling practice as well as in the research of personality features.

References

Längle, A (1999) Existential Analysis – the search for an approval of life. Engl. translation of: Existenzanalyse – die Zustimmung zum Leben finden. In: Fundamenta Psychiatrica 12, 139-146
 Längle, A, Orgler, Ch, Kundi, M (2003) The Existence Scale. A new approach to assess the ability to find personal

meaning in life and to reach existential fulfillment. European Psychotherapy, Vol. 4, '1., pp. 135-151

Contact:
 Irina Maynina
 maynina_irina@mail.ru; maynina@rfh.ru

Different types of empathy indications in psychological practice

Diploma work at MSU (Moscow State University), Psychological Faculty, 2007

Anna Taller

Summary

In this graduate work empathy is investigated by a phenomenological procedure which aim is the perception of essence. Empathy can be understood as a perception of a person’s essence. This is a theme of greatest interest in psychotherapy since being seen and understood in one’s essence is what the clients need most in psychotherapy.

Three stages of phenomenological perception in empathy may be extracted in the following way:

- 1st stage: getting information;
 - 2nd stage: experiencing own feelings as a reaction on this information (primary emotion);
 - 3rd stage: understanding of the essence (integrated emotion – a feeling regarding a primary emotion).
- It should be noted that these stages

are the stages of receiving impressions. Besides of these phases Personal Existential Analysis differentiates more phases for the therapeutic practice: a phase of taking a position and a phase of action performance, but these phases weren’t taken into consideration in this work.

Existential analysis doesn’t consider empathy only as a sharing of the client’s feelings. It puts emphasis on integrated emotions which help to understand the meaning of the primary emotion in the context of personal life. Only experienced psychotherapists with a strong self are able to create such kinds of integrated impression.

In consequence of the different understanding of empathy in psychotherapeutic schools we have differen-

tiated three types of empathy noticeable in the practical psychotherapeutic work.

This classification is done for the following reasons:

- type of emotion (primary or integrated);
- subject which is at revelation of this emotion (client or psychotherapist);
- correlation with the Self (if it occurs or not).

Peculiarities of each type of empathy

I type – paying attention to the *primary emotion*. This type of empathy is relevant at early stages of psychotherapy. It’s important to reflect emotions that can be realized by the clients at the present moment.

II type – expression of *understanding*. The psychotherapist reflects integrated emotion or facilitates its realization. This type of empathy should be

applied at final stages of psychotherapy.

III type – *assumption* concerning primary or integrated emotion is made by the psychotherapist: he/she suggests his/her own impression of what (s)he had heard from the client, sometimes even expressing confrontation. At early stages of psychotherapy when trusting connexion isn't established this type of empathy should be applied with caution.

According to the phases of the Per-

„to want“ are used frequently, especially with children. For type I of empathy the main technique used by the psychotherapists is *mirroring*: the psychotherapist reflects an emotion which is contained in the phrase of the client or in the context.

Type II: At the beginning of a phrase the psychotherapist often uses parenthesis („so“, „in other words“). In the empathic phrase it's not only the position

allows you to do“). In the last case there are words like „probably“, „maybe“ etc.

Results

The research has shown that in the overall work of C. Rogers empathy type II prevails. The amount of empathic statements of type I has decreased in the later work compared to his early ones whereas the empathic statements of type II and III have increased.

In A. Laengle's works the empathy type III prevails, though type II is also widely present, but empathy type I is absent.

In the sessions of the client-centered psychotherapist empathy type III dominates, which suggests that this work is probably accomplished more in the form of existential analysis than of Rogerian type.

In M. Snider's work with children empathy type I is mostly used, and type II is almost absent.

The attribution of the types of empathy was done by means of a discourse analysis; however this matching shouldn't be done formally but in close consideration of the context of the psychotherapeutic session. Therefore the matching of empathic statements should be accomplished according to a phenomenological understanding and not by a mechanistic matching of words.

Contact:
Anna Taller
the_unknown@mail.ru

Subject	Emotion		Correlation with Self
	Primary	Integrated	
Client	I type	II type	+
	III type	III type	-
Psychotherapist	III type	III type	+

sonal Existential Analysis a sequence of types of empathy can be presumed: at the early stages of psychotherapy it's better to use mostly type I, then type III and at the end of psychotherapy type II (which means that the client has learned to cope with himself/herself in the same way as the psychotherapist did). This consecution should be considered as a logical one rather than a temporal one.

The psychotherapy sessions were studied by the following transcripts:

- 1) sessions of an ordinary psychotherapist who works in a course of client-centered psychotherapy;
- 2) fragments of sessions of C. Rogers and his colleagues (early and later works);
- 3) fragments of A. Laengle sessions;
- 4) fragments of M. Snider's psychotherapeutic work with children in kindergarten.

All empathic statements have been marked and attributed to one type of empathy in each group of texts. The therapeutic approaches have been compared with each other subject in the amount of empathic statements of different types.

Type I: An example is the construction like „You feel ...“ used more often than „You are ...ed“ – for example („You feel irritation“ instead of „You are irritated“). *Verbs* „to like“ and

[stand, opinion, and attitude] of the clients which is expressed, it can be also a position of the psychotherapist (in 38%). As an example of a phrase in which the position of the client is expressed: „You treat him badly not because he hadn't treated you kindly, it is because you can't be proud of him, right?“ Example of the phrase in which the position of the psychotherapist is expressed: „It is completely right that you have no hope in this situation“. Technique used by the psychotherapist is paraphrasing: the psychotherapist retells what the client had said before.

Type III: There are different pronouns used: I (in 38%, for example, „When I hear..., I feel distrust“) or you (in 44%, for example, „Maybe you feel that you do more than your breeding

Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl

Sachbegriffe, Methaphern, Fremdwörter

Hrsg. Karlheinz Biller, Marie de Lourdes Stiegeler

Böhlau Verlag Wien 2008
989 Seiten, EUR 89,-
ISBN 978-3-205-77755-7

Existential Fulfillment and Burnout among school teachers and human resources managers

Psych. Dept., Moscow State Lomonosov University, 2007

Ekatarina Ermakova

Abstract

These investigations show significant negative correlations between existential fulfillment and burnout dimensions among teachers and managers of human resources. The results confirm a previous study with a comparable professional group of teachers. The personal accomplishment in MBI is strongly connected with an experience of meaning in the Existential Scale.

The MBI-dimensions „emotional exhaustion“ and „depersonalization“ have a higher correlation with the experienced meaning in life amongst teachers than amongst higher managers. This may be an effect of a 10 years longer professional experience of the teacher group than the human resource managers had.

Burnout, Teachers, Human Resources Managers, Existence Scale

Short description and some results

Participants

The current study encompasses 69 school teachers from different schools, and 41 human resources (hr) managers. Both groups were dominated by female participants, only four men took part. This corresponds to the real professional situation. In Russia both professions are mainly occupied by women. The average age was 39 years amongst teachers and about 30 years amongst hr managers. The teacher's average length of service was about 17 years, whereas the hr manager's length of service was around 5 years.

Instruments

Burnout was measured by *MBI*

(Maslach Burnout Inventory), adapted by Vodopyanova, in a variant for managers and another variant for teachers. MBI consists of three scales measuring burnout dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment.

Personal fulfillment in one's existence was measured by the *Existence Scale*. The questionnaire consists of 46 items and is based on questions relating to the achievement of four steps necessary to reach fulfillment of one's personal life:

Subscale 1 is called „self-distance“ (8 items), subscale 2 is called „self-transcendence“ (14 items), subscale 3 is called „freedom“ (11 items); and subscale 4 is called „responsibility“ (13 items). The Russian version of the Existence Scale is standardized on a sample of 600 subjects.

Key words: *Existential Fulfillment,*

Results (see Tab 1 and 2)

	Emotional exhaustion	Depersonalization	Personal accomplishment	Self-distance	Self-transcendence	Freedom	Responsibility	P	E	Total score
Emotional exhaustion	1	,549(**)	-,414(**)	-,248(*)	-,329(**)	-,314(**)	-,476(**)	-,340(**)	-,443(**)	-,448(**)
Depersonalization	,549(**)	1	-,373(**)	-,383(**)	-,434(**)	-,292(*)	-,423(**)	-,472(**)	-,401(**)	-,494(**)
Personal Accomplishment	-,414(**)	-,373(**)	1	,299(*)	,552(**)	,171	,401(**)	,518(**)	,324(**)	,474(**)
Self-distance	-,248(*)	-,383(**)	,299(*)	1	,516(**)	,323(**)	,477(**)	,798(**)	,449(**)	,700(**)
Self-Transcendence	-,329(**)	-,434(**)	,552(**)	,516(**)	1	,486(**)	,414(**)	,928(**)	,498(**)	,800(**)
Freedom	-,314(**)	-,292(*)	,171	,323(**)	,486(**)	1	,620(**)	,483(**)	,889(**)	,791(**)
Responsibility	-,476(**)	-,423(**)	,401(**)	,477(**)	,414(**)	,620(**)	1	,499(**)	,910(**)	,812(**)
P	-,340(**)	-,472(**)	,518(**)	,798(**)	,928(**)	,483(**)	,499(**)	1	,546(**)	,867(**)
E	-,443(**)	-,401(**)	,324(**)	,449(**)	,498(**)	,889(**)	,910(**)	,546(**)	1	,891(**)
Total score	-,448(**)	-,494(**)	,474(**)	,700(**)	,800(**)	,791(**)	,812(**)	,867(**)	,891(**)	1

Tab. 1: Correlation analyses (group of teachers, N = 69)

	Emotional exhaustion	Depersonalization	Personal accomplishment	Self-distance	Self-transcendence	Freedom	Responsibility	P	E	Total score
Emotional exhaustion	1	,512(**)	-,480(**)	-,025	-,292	-,393(*)	-,487(**)	-,395(*)	-,411(**)	-,467(**)
Depersonalization	,512(**)	1	-,291	-,079	,027	-,181	-,169	-,269	-,194	-,258
Personal Accomplishment	-,480(**)	-,291	1	,081	,337(*)	,506(**)	,490(**)	,454(**)	,522(**)	,572(**)
Self-distance	-,025	-,079	,081	1	,172	,207	,332(*)	,712(**)	,104	,391(*)
Self-transcendence	-,292	,027	,337(*)	,172	1	,519(**)	,396(*)	,520(**)	,421(**)	,530(**)
Responsibility	-,487(**)	-,169	,490(**)	,332(*)	,396(*)	,760(**)	1	,599(**)	,843(**)	,864(**)
P	-,395(*)	-,269	,454(**)	,712(**)	,520(**)	,593(**)	,599(**)	1	,475(**)	,782(**)
E	-,411(**)	-,194	,522(**)	,104	,421(**)	,871(**)	,843(**)	,475(**)	1	,920(**)
Total score	-,467(**)	-,258	,572(**)	,391(*)	,530(**)	,882(**)	,864(**)	,782(**)	,920(**)	1

Tab. 2: Correlation analyses (group of hr managers, N = 41)

Discussion

Our investigations reveal significant negative correlations between burnout dimensions (emotional exhaustion, depersonalization) and existential fulfillment among a group of school teachers. Personal accomplishment is strongly connected with existential fulfillment.

These results are quite in line with previous studies. They indicate that it is relevant to regard burnout as a lack of existential fulfillment, as a kind of existential vacuum.

In the group of hr managers negative correlations between burnout dimensions

and existential fulfillment are weaker. For example depersonalization (MBI) doesn't correlate significantly with any subtest in the existence scale (self-distance, self-transcendence, freedom and responsibility). Emotional exhaustion (MBI) correlates negatively with freedom and responsibility (P- factor) and doesn't correlate with self-distance and self-transcendence, whereas it has significant negative correlations with the P-factor (self-distance and self-transcendence together). This result needs further investigations with enlarged groups of hr managers to be fully explained. It may be explained by a possible

lower average professional experience in our group of hr managers with the consequence that may not have a fully developed picture of burnout; and more than this burnout dimensions may be less connected with existential fulfillment in the first stages of burnout.

Higher managers are a new professional group and so far not researched by such types of studies; so these results may not be compared with similar investigations.

Contact:
Ekatarina Ermakova
katiane@mail.ru

IMPRESSUM

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-International (GLE-Int.)
GESELLSCHAFT FÜR
LOGOTHERAPIE UND EXISTENZANALYSE-Österreich (GLE-Ö)
GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYSE UND LOGOTHERAPIE in Deutschland e. V. (GLE-D)
INTERNATIONALE GESELLSCHAFT FÜR
EXISTENZANALYTISCHE PSYCHOTHERAPIE SCHWEIZ (IGEAP-CH)

Chefredaktion: Dr. S. Längle
Stellvertretung: Mag. K. Steinert
Redaktion: Dr. Fernando Lleras, Dr. Astrid Görtz, G. v. Kirchbach (engl. Übers.), Ian Lindner, Mag. Christine Koch
Redaktion: Eduard-Sueß-Gasse 10; A - 1150 Wien
Tel.: 0043/1/9859566 Fax 0043/1/9824845; e-mail: gle@existenzanalyse.org
Layout und Satz: Sabine Wutschek
Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

„EXISTENZANALYSE“ ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.) 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, der Schweizer Charta, der Berner Gesundheitsdirektion, der tschechischen und rumänischen Gesundheitsbehörden als Ausbildungsinstitution zum Psychotherapeuten anerkannt. Veröffentlichte, namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht immer die Meinung der Redaktion wieder. © by Intern. Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse.

OFFENLEGUNG NACH § 25 MEDIENGESETZ

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

Präsident: DDr. Alfred Längle. Vize-Präsident: Dr. Christoph Kolbe. Schriftführerin: lic.phil. Brigitte Heitger. Stellvertretende Schriftführerin: Dr. Silvia Längle. Kassier: Dr. Christian Probst. Stellvertr. Kassier: Dr. Rudolf P. Wagner.

Grundlegende Richtung: „EXISTENZANALYSE“ ist das offizielle Mitteilungsblatt der Internationalen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse. 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.

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.

ABSCHLUSSARBEITEN

Vergleich der „phänomenologischen Grundhaltung“ der Existenzanalyse mit „Achtsamkeit und Respekt“ in der Alternativpädagogik von Rebeca und Mauricio Wild

Judith Aepli-Berger

In dieser Arbeit geht es um die aufmerksame Grundhaltung des erziehenden Erwachsenen. Wichtig war dabei der Aufweis, dass sich diese Grundhaltung auf praktisch alle Lebensbereiche eines Menschen auswirkt. Beispielhaft werden zwei Bereiche konkret beleuchtet, nämlich die Auswirkungen einer aufmerksamen Grundhaltung des erziehenden Menschen auf die Beziehung und auf das Gehirn bzw. die Intelligenz.

Schlüsselwörter: Aufmerksamkeit, Montessori, Pädagogik, phänomenologische Grundhaltung, Rebeca und Mauricio Wild, Respekt, Selbsterziehung

Menschsein im Verkehr

Existenzanalytisch-orientierte Betrachtung des verkehrspsychologischen Gruppengesprächs

Markus Felder

In dieser Arbeit wird der Versuch unternommen, existenzanalytische Konzepte/Ideen/Methoden in den Bereich der Verkehrspsychologie – speziell in das verkehrspsychologische Gruppengespräch zu integrieren und mit bestehenden Theorien in Bezug zu setzen. Neben einem Konzept von Autofahrerpersönlichkeiten werden auch Hintergründe für einen als „gut“ bewerteten Kurs beschrieben.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Grundmotivationen, Gruppen, Methoden, Straßenverkehr, Verkehrspsychologie

Entscheidungsfindungen

(M)ein Weg zur Heilpraktikerin für Psychotherapie

Irmgard Hegmann

Ausgehend von meinem ersten Kontakt mit der Logotherapie, beschreibe ich meinen eigenen Prozess der Entscheidungsfindung, vom Berufsausstieg über die Ausbildung in Logotherapie und existenzanalytischer Beratung und Begleitung, bis hin zur Heilpraktikerin für Psychotherapie. Grundlage meiner Entscheidungen war das Angesprochensein, durch die sich mir zeigenden Werte.

Die Schritte zur Verwirklichung bzw. zur Stärkung der Entscheidung wurden gefestigt durch die hier näher beschriebene Sinnerfassungs-Methode (SEM) und die Willen-Stärkungs-Methode (WSM).

Schlüsselwörter: Entscheidung, Person, Sinn, Sinnerfassungs-Methode (SEM), Wille, Willen-Stärkungs-Methode (WSM)

Krankheitsbewältigung nach juvenilem Schlaganfall Existenzanalytisch betrachtet

Elfriede Karner

In jungen Jahren einen Schlaganfall zu erleiden, führt zu einer massiven Erschütterung für den Betroffenen in seinem Selbst- und Weltbezug und auch in seinem Lebens- und Zukunftsbezug. „Vom Schlag getroffen“ bedeutet aus dem Fluss des Lebens hinauskatapultiert zu werden. Das Leben, welches bis zu diesem Zeitpunkt als sicher erlebt wird, voll mit Zukunftsplänen, erweist sich als brüchig, der eigene Lebensentwurf erfährt eine deutliche Erschütterung. Pläne müssen an die neuen Bedingungen angepasst oder verändert werden. Für diese schwerwiegende Krise stehen meist keine Bewältigungsstrategien zur Verfügung. Plötzlich ist man Patient, mit der Unsicherheit des Lebens, der Verletzbarkeit seines Körpers und seiner Endlichkeit konfrontiert. Nach einer Phase des „Nicht - wahrhaben - Wollens bzw. Könnens“ folgt ein mühsamer Weg in ein neues Leben. Der ursprüngliche Wunsch, so schnell wie möglich wieder „der Alte“ zu werden geht nicht in Erfüllung.

In dieser Arbeit werden, nach allgemeinen Informationen zum juvenilen Schlaganfall, verschiedene Stadien der Krankheitsbewältigung dargestellt und unter existenzanalytischen Gesichtspunkten beleuchtet. Mithilfe von Kommentaren von Patienten über ihr Erleben wurde versucht, diesen Prozess der Krankheitsbewältigung anschaulich zu beschreiben. Weiters werden mögliche Folgen eines Schlaganfalls wie Depression, Angststörung und posttraumatische Belastungsstörung aufgezeigt. Den Hintergrund bilden eigene Therapieerfahrungen mit Schlaganfallpatienten und eine acht-jährige Tätigkeit als Neuropsychologin.

Schlüsselwörter: Juveniler Schlaganfall, Krankheitsbewältigung, Poststroke Depression

Persönlichkeitsbildende Arbeit mit jugendlichen Arbeitslosen aus existenzanalytischer Perspektive

Karl Kräutler

Bei der Arbeitslosigkeit von Jugendlichen geht es um Themen der Orientierungssuche, um Selbstwertdefizite, um Suchtproblematiken, um fehlenden Umgang mit Verantwortung und die meist unbearbeiteten Fragen nach einem sinnvollen Leben.

Die berufliche Orientierungsarbeit bei arbeitslosen Jugendli-

chen ist ein sehr komplexes Thema. Dabei geht es bei der personalen und existentiellen Entwicklung um die vier Grundmotivationen und schlussendlich um die Sinnfrage. Dieses Instrument der vier GM gibt bei der Orientierungsarbeit Anleitung und Struktur und dadurch können personale Prozesse aktiviert und schrittweise unter dem Aspekt der jeweiligen GM in Vollzug gebracht werden.

Schlüsselwörter: Arbeitslosigkeit, Beratung, die vier Grundmotivationen, Methode der Existenzanalyse und Logotherapie, Sinn der Arbeit, Wertewandel

Beziehungen zwischen dem Modell der ersten personal-existentiellen Grundmotivation in der Existenzanalyse und der EMDR-Methode

Rudolf Leuenberger

In dieser Arbeit soll gezeigt werden, dass aufgrund der während vier Jahren in einer ärztlichen Grundversorgerpraxis mit der EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)-Methode gesammelten Erfahrungen zur Behandlung psychisch traumatisierter Patienten mit einem PTBS (posttraumatische Belastungsstörung) über die gängigen, zum Teil hypothetischen neurobiologischen Erklärungsversuche hinaus, die Existenzanalyse sehr viel zum psychologischen wie auch philosophischen Verständnis dieser Methode beitragen kann. Aus den verbalen Äusserungen der Patienten vor, während und nach der Behandlung kann geschlossen werden, dass von den betroffenen Defiziten der vier Grundmotivationen der Existenzanalyse die der ersten Grundmotivation am meisten Bedeutung haben. Anhand von 23 Krankengeschichten werden die Wirkfaktoren der EMDR-Methode mit den Begriffen der ersten Grundmotivation existenzanalytisch verstehbar.

Schlüsselwörter: EMDR-Methode, Trauma, Existenzanalyse, Grundmotivation

Zur Phänomenologie des Wahns

Mut zur Begegnung mit dem wahnenden Menschen

Stefan Pfanner

Der Wahn wuchert aus der Wunde der Trennung von der Mitwelt. Wenn wir uns auf die Begegnung mit dem wahnenden Menschen einlassen, wird sich allmählich erschließen, was ihn bewegt. Im Rückzug von der Mitwelt vertritt der Wahn die Person, die sich durch ihn sowohl mitteilt als auch schützend verbirgt. Ihr wollen wir ein Gegenüber sein, ihr nah bleiben, sie vernehmen, ansprechen und stärken. Das Person-Sein des wahnenden Menschen und die Natur seines Geistes sind grundlegend gesund und unzerstörbar. Auf sie können wir uns ausrichten.

Schlüsselwörter: Begegnung, grundlegende geistige Gesundheit, Person, Wahn

Sinn und Sinn erkennende Methoden

Silke Pomaroli

Objekt der Untersuchung ist Orientierungslosigkeit von StudentInnen und der Bedeutung der Frage nach dem ontolo-

gischen und existentiellen Sinn. Die Bedeutung der vier Grundmotivationen für die Sinnfindung wird veranschaulicht und auf die aktuelle Lebenssituation der StudentInnen bezogen. Methoden wie die der Sinnerfassung und Willensstärkung werden erläutert und dienen als Hilfestellung zum Finden und Umsetzen authentischen Handelns. Dem Willen und seinen Voraussetzungen, sowie der existentiellen Wende (sich selber, als der vom Leben her Befragte zu verstehen) wird nachgegangen.

Es kann anhand von Interviews gezeigt werden, dass die Existenzanalyse in ihrer vielschichtigen Bezogenheit auf Welt, Leben, Person und Sinn und mit ihren Methoden einen wertvollen Beitrag zu einem existentiell erfüllten und sinnvoll empfundenen Leben leisten und aus der Orientierungs- und Sinnlosigkeit herausführen kann.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Grundmotivationen, Orientierung, Sinn, Sinnsuche, StudentInnen

Dasein-Können, Wertsein-Mögen, Selbstsein-Dürfen, Sinnvoll-Leben

Ein pädagogisches Konzept für die Hauptschule basierend auf den vier Grundmotivationen des Menschen

Ingrid Scharf

In diese Arbeit einführend wird vorerst eine Standortbestimmung von Schule heute in Bezug auf Schule als Arbeitsplatz, Situation der SchülerInnen und LehrerInnen gegeben. Es folgt die persönliche Entwicklung einer Lehrerin in diesem System und führt zur Formulierung eines pädagogischen Konzeptes für die Hauptschule, das als Basis die existentiellen Grundmotivationen des Menschen hat. Im Anschluss daran wird die Realisierung im Schulalltag anhand eines Projektes, das in der 6. Schulstufe durchgeführt wurde, aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Dialogfähigkeit, existenzanalytisches Personenverständnis, existentielle Dynamik, Grundmotivation, personales Dreieck

Das Unverrückbare verrücken

Bergen des Personalen bei Verhinderter Existenz

Manuela Steger

Am Beispiel einer geistig behinderten 39-jährigen Frau zeigt sich durch die Anwendung der personalen Existenzanalyse, dass ein Überwinden von Grundängsten, Beziehungslosigkeit und fehlender Zugang zum Eigenen, auch bei Menschen mit Behinderungen möglich ist.

Heute muss diese Frau ihr Eigenes nicht mehr aggressiv abgrenzen, sie kann sich mit ihrem sprachlich erweiterten Wortschatz entsprechend verbal ausdrücken. Gleichbleibende Rahmendbedingungen und eine regelmäßige Tagesstrukturgestaltung vermitteln ihr Sicherheit und Halt, ebenso wie Konstanz und Verlässlichkeit in ihren Beziehungen.

Schlüsselwörter: geistige Behinderung, nicht gelungene personale Entfaltung, Personale Existenzanalyse, Selbstannahme, therapeutischer Rahmen

Die Fähigkeit zum Dialog bei einer Persönlichkeit mit hysterischer Dynamik

Sonja Stenek

Histrionische Störungen sind ein Symptom unserer Zeit und schnelllebigen Gesellschaft geworden. In dieser Abschlussarbeit wird auf die existenzanalytische Betrachtung der Hysterie und der Bedeutung der histrionischen Dynamik im Kontext des psychotherapeutischen Settings eingegangen. Die therapeutische Beziehung wird in dieser Arbeit genauso betrachtet wie die dialogische Beziehung des Hysterikers zur Innen- und Außenwelt.

In diesem Zusammenhang wird der Fokus insbesondere auf die Problematik des Hysterikers zum Dialog gesetzt und beleuchtet, in welcher Weise dieser insbesondere die spezifisch existenzanalytische Methodik und die besonderen Fähigkeiten des Existenzanalytikers herausfordert.

Schlüsselwörter: Dialog, Falldarstellung, Histrionische Persönlichkeitsstörung, Therapeutische Beziehung,

Logotherapie und Langzeitarbeitslosigkeit

Karl-Heinz Tuttlies

(Langzeit-) Arbeitslosigkeit ist insbesondere nach der Wende in der ehemaligen DDR ein gravierendes gesellschaftliches Phänomen. Hilflosigkeit entsteht bei Betroffenen und Beratern, weil ein Gefühl von Ausweglosigkeit, von Perspektivlosigkeit sich entwickelt, wenn innerhalb eines bestimmten Zeitraumes kein neuer Job gefunden wird.

Der daraus entstehenden existentiellen Orientierungslosigkeit kann durch Logotherapie wirksam begegnet werden.

Logotherapie kann eine Antwort auf drohendes „Burn-out“ (Beraterseite) sein und Sinnfindung bei den von Arbeitslosigkeit Betroffenen.

Schlüsselwörter: Arbeitslosigkeitsneurose, Burn-out, Existentielles Provisorium, Orientierungslosigkeit, Sinnfindung, Soziale Arbeit

Mutterschaft und Verantwortung

Andrea Wartusch

Die Arbeit setzt sich mit Mutterschaft und personaler Verantwortung auf der Basis der Entwicklungspsychologie und Existenzanalyse auseinander. Sie enthält eine Reihe von Fallbeispielen aus meiner psychotherapeutischen Arbeit und eigene Erfahrungen als vierfache Mutter.

Verantwortung wird verständlich gemacht und die Voraussetzungen, um Verantwortung übernehmen zu können, werden erörtert. Der Dialog als Fähigkeit und Quelle des Personenseins ist zentrales Thema: Im jeweiligen Entwicklungsabschnitt werden die Fragen des Kindes aufgegriffen und persönliche Antworten gegeben.

Schlüsselwörter: eigene Erfahrungen, Entwicklungspsychologie, Existenzanalyse, Frage des Kindes und Antworten der Mutter, Fallbeispiele, Mutterschaft, personale Verantwortung

Coaching in der Wirtschaft

Geschichte, Definitionen sowie methodische Ansätze mit Schwerpunkt Existenzanalyse

Kordula Weilharter

Im Rahmen dieser Arbeit wird das Coaching als aktuelles Beratungstool im Kontext seiner Anwendungen und zugrunde liegender Theorien dargestellt.

Ausgehend von der Entwicklungsgeschichte des Begriffes „Coaching“ werden im ersten Teil der Arbeit verschiedene Coachingdefinitionen sowie Coachingansätze dargelegt und erörtert. Ein Akzent wird bei den methodischen Ansätzen – aufgrund entsprechender Ausbildungen der Autorin als existenzanalytische, Psychotherapeutin und Coach – auf die dialogische Herangehensweise der Existenzanalyse gesetzt.

Es wird daran anschließend eine spezifische Definition für Wirtschaft coaching vorgeschlagen, da Coaching gerade in Profitorganisationen ein immer stärker eingesetztes Instrument der Personalentwicklung ist. Der zweite Teil widmet sich der Wahrnehmung hinsichtlich der Anforderungen an Coaching aus Kundensicht sowie aus Sicht von Coaches. Im Zusammenhang damit werden Kompetenzkriterien für qualitatives Coaching – auch vom Gesichtspunkt von Berufsverbänden – beschrieben und punktuell diskutiert.

DIPLOMARBEITEN

Wie kann das Zusammenleben in der bäuerlichen Mehrgenerationenfamilie gelingen?

Eine Feldstudie aus existenzanalytischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung des Phänomens „Raum“.

Martina Egger

Universität Klagenfurt Fakultät für Kulturwissenschaften 2003

Lebenssinn in einer Gruppe von Personen mit Bulimia Nerviosa. Ein Beitrag aus der Existenzanalyse und Logotherapie

Universidad Feminina de Sagrado Corazón, Lima, Perú, Escuela de Postgrado Programa Académico de Maestría en Psicología, 2006

Carmen González Ortiz

Diese Diplomarbeit stellt eine deskriptive Studie von 22 Bulimiepatienten (inkl. 2 Männern) dar, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und mit der Existenzskala untersucht wurden.

Interessanterweise fand sich ein Gesamtwert, der 11 Punkte über dem Mittelwert liegt, wobei der P-Wert um 5 Punkte den Mittelwert überstieg (SD Mittelwert, ST 5 Punkte über Mittelwert), und der E-Wert um 6 Punkte (Freiheit 6 Punkte, Verantwortung im Mittelwert).

Somit ergab sich eine relativ gute Offenheit für die Außenwelt und Innenwelt, verbunden mit einer allgemeinen Fähigkeit, sich das Leben gut gestalten und sich engagieren zu können.

Auf der Ebene der Subskalen ergaben sich signifikante Schwierigkeiten in der Fähigkeit der Selbstdistanzierung, die einer Schwächung in der Organisation der inneren Welt bestand

und in der reduzierten Fähigkeit, Distanz zu sich selbst, zu den Wünschen, Ängsten usw. zu nehmen.

In Hinblick auf die qualitative Analyse auf Itemebene fanden sich deutliche Unterschiede zur Normalbevölkerung, wie beispielsweise bei einer deutlichen Mehrheit eine Schwierigkeit, Werte hinter schwierigen Situationen ausfindig zu machen. Auch fand sich das Gefühl, das Leben sei eine „Störung“, eine Neigung zur Desorientierung, die Schwierigkeit, das eigene Leben zu führen sowie Sinn in den Dingen zu finden. Zusammenfassend kann von einem „existentiellen Vakuum“ gesprochen werden.

Schließlich ist zu erwähnen, dass die Studie auf die Schwierigkeit stieß, dass keine vergleichbare Untersuchung existiert, die sich mit der Analyse des Lebenssinns bei Bulimie befasst, der mit der Existenzskala gemessen worden wäre. Somit bestehen keine Referenzwerte.

rojajju_paraguay@hotmail.com

Sinnhaftigkeit: out oder aktueller denn je? - Eine Untersuchung der Konstrukte *Existentialität, Emotionsregulation* und *psychische Gesundheit*

Lic.-Arbeit am Institut für Psychologie der Universität Bern, 2007

Ananda von Aesch Shaked

Existentialität – als wie sinnvoll das Leben wahrgenommen und dementsprechend gestaltet wird – ist im logotherapeutischen Kontext ein wichtiger Faktor für psychische Gesundheit. In dieser Therapierichtung wird demnach der Fokus auf die Verbesserung der Aspekte von Existentialität gelegt. Das Konzept ist jedoch im breiten wissenschaftlichen Kontext bisher kaum bekannt und empirisch wenig erforscht. Weitaus bekannter ist hingegen der Zusammenhang zwischen psychischer Gesundheit und Emotionsregulation. In der vorliegenden Arbeit wurde der Zusammenhang zwischen Existentialität und psychischer Belastung an einer klinischen Stichprobe von Patienten ($N = 231$) mittels Fragebogen bei Aufnahme und Entlassung aus dem Krankenhaus untersucht. Es interessierten vor allem Veränderungsforschung und Gruppenvergleiche.

- Die Resultate machen deutlich, dass Existentialität und psychische Belastung negativ zusammenhängen, und dass eine hohe Existentialität möglicherweise zu verbesserter psychischer Gesundheit führt.
- Die Resultate bestätigen sowohl den angenommenen Zusammenhang der drei Konstrukte als auch die Hypothese, dass hohe Existentialität und Emotionsregulation beim ersten Messzeitpunkt sowie deren Verbesserung zu verringerter psychischer Belastung beim zweiten Messzeitpunkt führt.
- Gleichzeitig wurde die Emotionsregulation zur Existentialität und zur psychischen Belastung in Beziehung gesetzt, um einen Vergleichsmaßstab zur Verfügung zu haben. Mittels multipler Regression konnte gezeigt werden, dass sich Existentialität und deren Veränderung im Gegensatz zu Emotionsregulation als guter Prädiktor für die psychische Belastung bei Behandlungsende erweist.

ananda.vonaesch@gmail.com

DISSERTATION

Die Grundbedingungen erfüllter Existenz aus der Sicht der Existenzanalyse und ihr Zusammenhang mit der subjektiv erlebten Lebensqualität

Dissertation Universität Wien, Fakultät für Psychologie, 2003
Marina Mayerweg

In der vorliegenden Arbeit wird die Logotherapie und insbesondere die Existenzanalyse mit den 4 Grundmotivationen nach Längle in ihren Grundzügen dargestellt. Danach werden verschiedene Motivationstheorien vorgestellt. Es folgen einige Betrachtungen zum Begriff Lebensqualität sowie zur Messung der Lebensqualität.

Im empirischen Teil wird versucht, den Zusammenhang zwischen den 4 Grundmotivationen der Personalen Existenzanalyse (PEA) nach Längle und der subjektiv empfundenen Lebensqualität zu untersuchen. Dafür werden die Zusammenhänge der Ergebnisse zwischen einem Fragebogen zur allgemeinen Lebensqualität (WHOQOL-100) und zwei Fragebögen, die existenzanalytische Konstrukte erfassen (Existenzskala ESK von Längle, Orgler & Kundi und Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität ELQ von Görtz) betrachtet. Es werden ebenfalls die Zusammenhänge zwischen Intelligenz, gemessen durch den Wortschatztest (WST) von Schmidt & Metzler, und den Ergebnissen in allen verwendeten Fragebögen untersucht. Der Einfluß von Alter, Geschlecht, Familienstand, Einkommen und Lebensereignissen („life-events“) wird ebenfalls betrachtet.

Zum Abschluß wird eine Clusteranalyse durchgeführt, um die Ergebnisse dieser Arbeit, die mit einer nicht-klinischen Gruppe durchgeführt wurde, mit den Ergebnissen einer klinischen Gruppe (Alkoholabhängige) zu vergleichen.

Die Ergebnisse zeigen keinen Zusammenhang zwischen Intelligenz und subjektiv erlebter Lebensqualität. Dagegen zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen den 4 Grundmotivationen nach Längle und der subjektiv erlebten Lebensqualität, wobei der ELQ von Görtz deutlichere Zusammenhänge aufweist. Die Cluster der klinischen Gruppe können in dieser Arbeit mit einer nicht-klinischen Gruppe nicht in derselben Form reproduziert werden. Die Zusammenhänge von life-events zu den neun Dimensionen existentieller Lebensqualität bzw. zu den existentiellen Fähigkeiten geben Hinweise auf interne Verarbeitungsprozesse wie Trauer und deren Auswirkung auf den Selbstwert der Person.

marina.mayerweg@chello.at

PUBLIKATIONEN

Orlov AB, Längle A, Shumsky VB (2007) **Existential Analysis and client-centered psychotherapy: differences and similarities** (Eksistenzialnij analiz i klientocentrirovannaja psihoterapija: schodstvo i razlitsche). In: Voprosy Psychologii 6, 21-36