



ABHÄNGIGKEIT BULIMIE

Nr. 1 / 2012 29. Jahrgang

ISSN 1024-7033

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

| npressum | 18 |
|---|-----|
| | |
| DRIGINALARBEITEN | |
| eit für einen Wandel Grundlegende Gedanken zur Psychotherapieforschung Daniel Scheyer) | 1 |
| ier phänomenale Kategorien Konzept einer phänomenologischen Heuristik | .4 |
| oachim Arnold) | .9 |
| | |
| HEMENSCHWERPUNKT ABHÄNGIGKEIT | |
| ie Begegnung mit dem Nichts Innere Leere und Sucht | |
| Elsbeth Kohler, Johannes Rauch, Oliver Bachmann) | 19 |
| Und das Heroin hüllte sie in einen Schutzmantel" | 2.4 |
| rauma und Sucht – eine Fallvignette (Elsbeth Kohler) | 26 |
| urzzeittherapie in der Suchtarbeit eine Falldarstellung Stationäre Alkoholbehandlung | 0.1 |
| HELMUT JAROSIK) | |
| ubstanzenmissbrauch als komorbide Störung (Erika Luginbühl) | |
| SESTALIZED IT ISSUED OF ALL KOTTOTOLOGY STOTOLOGY (ENINA EDGINDOLL) | т. |
| SSSUCHT/BULIMIE | |
| ulimie – die betrogene Verheißung – Phänomenologisches Verständnis und existentielle | r |
| Jgang (Alfried Längle, Barbara Jöbstl, Ruth Kathan-Windisch, Claudia Klun, Silvia Längle, Christa | |
| dpatka, Christian Probst, Michaela Probst †, Daniel Trobisch, Paul Wyckoff, Hans Zeiringer) | 46 |
| om leeren Teller zum gedeckten Tisch (Снязтіле Косн) | 57 |
| efühle töten nicht (Caroline Balogh) | 52 |
| kistenzanalytische Gruppenarbeit zur Persönlichkeitsentwicklung und Selbsthilfe bei Ess- | |
| örungen (Sabine Fleisch) | 58 |
| ERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN | |
| /as ist "Borderline"? (Lucio Demetrio Regazzo, Alfried Längle) | 77 |
| | |
| MPIRISCHE UNTERSUCHUNG | |
| törungen des Selbst bei Kindern im Vorschulalter (Vita Cholmogorowa) | 34 |
| analyse des Phänomen des Verzeihens – Phänomenologischer Zugang zur Forschung | |
| es Erlebens: Einzelfalldarstellung und Methode der empirisch- phänomenologischen | |
| orschung (S. W. Krivtsova) | 74 |
| | |
| ERBSTTAGUNG GLE-D | 00 |
| eute leben – Existenz im Horizont der Zeit (HELMUT DORRA) | JS |
| NGSTBERATUNG | |
| ch schaffe das – mit Ruhe und Gelassenheit" Abiturvorbereitung zum Thema 'Prüfung- | |
| anast' (Walter Schiffer) | 38 |
| | |
| UCHBESPRECHUNGEN UND PUBLIKATIONEN | |
| uchbesprechungen1 | 10 |
| ublikationen1 | |
| | |
| | |
| | |
| | - |
| 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

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

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

ABO-PREISE FÜR DIE EXISTENZANALYSE

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

Einzelpreis: Frühjahrsausgabe (Einzelheft) Euro 11,-/ sfr 16,50; Herbstausgabe (Doppelheft Kongressbericht) Euro 18,-/sfr 27,- inkl. Versand (Europa) - Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.

ENSCHAFTLICHER ΑT

ael ASCHER

elphia (USA)

BALCAR

CZ)

ite BUKOVSKI

rg (A)

ert CSEF

urg (D)

nard HALLER ch (A)

te HEITGER

a JUNOVÁ

toph KOLBE over (D)

ge KOVACS

(USA)

en KRIZ prück (D)

n-Rupert LAIREITER rg (A)

d LÄNGLE

MATUSZAK-LUSS

eliu MIRCEA var (RO)

n NINDL rg (A)

tian PROBST

ROTHBUCHER rg (A)

tian SIMHANDL

tian SPAEMANN au (A)

ael TITZE gen (D)

otte TUTSCH

uth VETTER

WICKI igeri (CH)

liki WINKLHOFER nen (D)

oeth WURST A)

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Abhängigkeit ist ein regelrechter Gegenbegriff zur Existenz. Er verdient daher in unserem Kontext besonderer Aufmerksamkeit. – Doch schon seit längerer Zeit haben wir uns in der Existenzanalyse diesem Thema nicht mehr schwerpunktmäßig gewidmet. So beschloss die Redaktion, über die Zeitschrift in diesem Gebiet wieder einen Schwerpunkt zu setzen. Dies erfolgte in Absprache mit der Kongressplanung, die in drei Jahren in Salzburg einen Kongress zum Thema Sucht plant. Die Suchtthematik wird anhand eines Grundsatzbeitrags (E. Kohler, J. Rauch, O. Bachmann), Fallstudien (E. Kohler, H. Jarosik, E. Huemer, E. Luginbühl) und einem Schwerpunkt in der Bulimie (A. Längle, Ch. Koch, C. Balogh, S. Fleisch) behandelt.

Darüber hinaus liefern zwei *Originalarbeiten* interessante Grundsatzbeiträge. Von D. Scheyer werden auf der Grundlage seiner Diplomarbeit Reflexionen zur empirischen Forschung zusammengefaßt und geben einen ermutigenden Einblick in Forschungsmodelle der EA. J. Arnold stellt ein originelles und durchdachtes Modell zur Entstehung von Wahrnehmungsmustern vor.

Der italienische Psychotherapiewissenschaftler L. Regazzo und A. Längle stellen Reflexionen zur Diagnose Borderline an und geben einen kurzen Einblick in ihre existentielle Phänomenologie.

Zwei empirische Arbeiten aus Russland – zum Thema Verzeihen (S. Krivtsova) und zur Auswirkung von Erziehungsstilen auf das Selbst (V. Cholmogorowa) – sowie ein beeindruckender Beitrag von H. Dorra über die Zeitlichkeit runden das Heft ab. Aus der Reihe der Abschlußarbeiten wird W. Schiffers Arbeit über seine Gruppenarbeit zu Prüfungsängsten vorgestellt.

Mit herzlichen Grüßen aus der Redaktion und den Wünschen für einen schönen Sommer!

Silvia Längle

im Namen des Redaktionsteams

Shra Laughe

Aufruf zur Mitarbeit in der Psychotherapieforschung

in der Einzelpraxis zu den Diagnosen: Panik, Angst, Depression und Burnout. Weitere Infos auf Seite: 40

HINWEISE

VORSCHAU AUF KONGRESSE DER GLE-INT.

7ürich

WER SAGT, WAS RICHTIG IST?

Ethik in der Psychotherapie, Beratung und Coaching Technopark Zürich 3. – 5. 5. 2013 Anmeldung und Programm: www.existenzanalyse.org

Siehe Seite 119

Rorlin

2. - 4. 5. 2014

Salzburg

1. - 3. 5. 2015

VORSCHAU AUF TAGUNGEN VON Ö, D, CH

Hannover, 15.09.2012 KONFRONTIEREN

Bern, 17.11.2012 ÜBERGÄNGE IM LEBEN

Salzburg, 27.-28.09.2013

WEGE ZUM WESENTLICHEN

AUSBILDUNG IN PSYCHOTHERAPIE UND BERATUNG und WEITERBILDUNGEN in

Teamsupervision, Coaching; Fallsupervision:

Traumatherapie;

Persönlichkeitsstörungen;

Authentisch lehren;

Säuglings-, Kinder- u. Jugend-Psychotherapie

Paartherapie

Psychosomatik

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

VORSCHAU

auf die nächsten Ausgaben

Heft 2/2012

Kongressbericht WO EIN WILLE – DA EIN WEG?!

Vom Wollen und Lassen in Therapie und Beratung Erscheint im Dezember 2012

Heft 1/2013

Themenheft
COACHING, PERSONALENTWICKLUNG
Erscheint im Juli 2013

gle@existenzanalyse.org www.existenzanalyse.org

ZEIT FÜR EINEN WANDEL

Grundlegende Gedanken zur Psychotherapieforschung

DANIEL SCHEYER

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der gegenwärtig kontrovers geführten Diskussion um das derzeit vorherrschende Forschungsparadigma in der Psychotherapie auseinander. Dabei werden die Bedeutung von Menschenbild und Theorie, das Verhältnis von Symptom und Person, das Problem der Komorbidität und die Sinnhaftigkeit manualisierter Psychotherapie genauer beleuchtet. Das nach wie vor als Goldstandard propagierte RCT-Studiendesign erweist sich bei genauerer Betrachtung für das komplexe Feld der Psychotherapieforschung als unzureichend und ist daher abzulehnen. Im Sinne einer praxisbasierten Evidenz wird für einen naturalistischen Forschungsansatz plädiert, der unterschiedliche methodische Zugänge miteinander verbindet.

SCHLÜSSELWÖRTER: Psychotherapieforschung, praxisbasierte Evidenz, naturalistisches Forschungsdesign, RCT, EST

TIME FOR CHANGE
Basic thoughts on psychotherapy research

This paper deals with the topical controversy over the prevailing research paradigm in psychotherapy. To that end, the relevance of the concept of man, the relation between symptom and person, the problem of comorbidity and the purpose of manualized psychotherapy will be examined. The randomized controlled trails (RCTs), which are still accepted as best practice today, turn out to be insufficient when dealing with the complex field of psychotherapy research. Hence, they should be rejected. Along with the principles of practice-based evidence, a naturalistic research design (effectiveness studies) combining different methodological approaches, is deemed to be indispensable for future research on psychotherapy.

KEY WORDS: psychotherapy research, practise-based evidence, effectiveness study, RCT, EST

EINLEITUNG

Die wesentliche Aufgabe der Psychotherapieforschung liegt unweigerlich darin, die psychotherapeutische Praxis zu überprüfen und empiriekontrolliert zu Weiterentwicklung und Fortschritt beizutragen. Das grundlegende Ziel allen Fortschritts ist es dabei, die Heilungschancen des Klienten zu verbessern (Fischer & Fäh 1998). Aus Sicht der Existenzanalyse (EA) bedeutet dies, der Person "zu einem (geistig und emotional) freien Erleben, zu authentischen Stellungnahmen und zu einem eigenverantwortlichen Umgang mit sich selbst und ihrer Welt zu verhelfen" (Längle 2008, 71). Neben dieser originären Aufgabe geraten Psychotherapie und in weiterer Konsequenz insbesondere Psychotherapieforschung zunehmend unter die Diktion berufspolitischer Rechtfertigungszwänge (Castelnuovo 2010; Goldfried & Wolfe 1998; Wampold & Bathi 2004). Bohart, O'Hara und Leitner (1998) sehen vor allem die (finanziellen) Machtkämpfe verschiedener Dienstleister im Gesundheitsbereich als treibende Kraft gegenwärtiger Anstrengungen innerhalb der Psychotherapieforschung. Die derzeitigen Bemühungen würden vor allem darauf abzielen, den marktwirtschaftlichen Interessen des Gesundheitsapparates Genüge zu tun. Tschuschke et al. (2009) kritisieren massiv die vorherrschende, medizinalisierte, technisierte Auffassung von Psychotherapie und die damit einhergehende rein ökonomisch motivierte Denkweise, die ausschließlich Kostenreduktion im Sinn habe. Ferner weist Kriz (1998) darauf hin, dass sich die gegenwärtige Psychotherapieforschung im Ringen um eine stärkere gesellschaftliche Anerkennung (insbesondere seitens der Gesetzgeber und Kassen) meist auf wenige Fragen reduziert, die für den inhaltlichen Fortschritt der Psychotherapie als irrelevant erscheinen.

Eines scheint aber klar zu sein: Der Zeitgeist verlangt von Psychotherapeuten eine größtmögliche wissenschaftlich-empirische Absicherung ihrer beruflichen Praxis (Levant & Hasan 2008). Die Notwendigkeit einer objektivwissenschaftlichen Fundierung der Psychotherapie ist heute nicht mehr verhandelbar (Tschuschke et al. 2009). Auch innerhalb der EA werden Stimmen laut, die in der empirischen Belegbarkeit ein entscheidendes Kriterium angesichts der anhaltenden Diskussion um die Finanzierung von Psychotherapie sehen. So müsse eine Psychotherapierichtung "harte Zahlen" vorweisen können, wenn diese in Zukunft bestehen wolle (Steinert 2001).

DIE BEDEUTUNG VON MENSCHENBILD UND THEORIE

Die ontologischen, epistemologischen und anthropologischen Grundannahmen einer psychotherapeutischen Strömung sowie das daraus resultierende wissenschaftstheoretische Rahmenmodell konstituieren die Herangehensweise und die Methodik psychotherapeutischer Forschung. Die verschiedenen Strömungen der Psychotherapie beschäftigen sich zwar mit denselben Fragen (z. B.: Was sind die Charakteristika einer gesunden Persönlichkeit? Wie entsteht Psychopathologie?), geben auf diese aber unterschiedliche Antworten (Wampold 2010). Es unterscheiden sich nicht nur die Antworten, sondern auch die Wege, die zur Beantwortung der Fragen führen. Klarerweise verlangt eine positivistische Grundhaltung eine andere methodische Herangehensweise

als eine phänomenologische Grundhaltung. Darüber hinausgehend lassen sich bestimmte Dimensionen menschlichen Daseins auch nur mit bestimmten wissenschaftlichen Methoden hinreichend ergründen. So ist nach Längle (2008) der naturwissenschaftliche Zugang zum Menschen nicht geeignet, sich mit personalen Themen wie Freiheit, Hoffnung oder Sinn auseinanderzusetzen, weil der Blick für das Nicht-Gesetzmäßige, eben für das Freie, verloren geht. Er schreibt: "Phänomenologie ist der einzige systematische, wissenschaftliche Weg, der einen angemessenen (d. h. sich dem Wesen einer Person annähernden und nicht bloß deskriptiven) Zugang zu dem ermöglicht, was sich per se sowieso nie ganz fassen lässt, weil es das Freie per definitionem darstellt: zur Person" (ebd. 89).

Diese knappe Darlegung der phänomenologischen Grundhaltung der EA soll deutlich machen, dass unterschiedliche Zugänge zum Menschen auch unterschiedliche Forschungsmethoden erfordern. Auch die Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006) der American Psychological Association (APA) sieht eine Notwendigkeit in der Verwendung verschiedener Forschungsmethoden und -ansätze zur Beantwortung unterschiedlicher Fragestellungen. Allerdings gelten zur Überprüfung der psychotherapeutischen Praxis randomisierte, kontrollierte Experimente (sogenannte randomised controlled trails, kurz RCT-Studien) nach wie vor als Mittel der Wahl. Fischer und Fäh (1998) sehen jedoch in der derzeitigen Bevorzugung bestimmter Forschungszugänge die Gefahr eines zur Erstarrung führenden methodologischen Positivismus, der im Gegensatz zu einer kreativen, der jeweiligen Fragestellung angemessenen wissenschaftlichen Herangehensweise steht. Wendt und Slife (2007) sowie Stuart und Lilienfeld (2007) kritisieren, dass die APA Task Force zwar die Verwendung verschiedener Forschungsmethoden propagiert, allerdings die epistemologischen und wissenschaftstheoretischen Implikationen der einzelnen Zugänge nicht mitberücksichtigt. Die daraus resultierende Marginalisierung bestimmter methodischer Zugänge basiert demnach auf einer philosophischen Entscheidung, die weder reflektiert noch diskutiert wurde! Dementsprechend scheitert die Task Force an einer ihrer wichtigsten Zielsetzungen, nämlich der Reflexion der verschiedenen Perspektiven psychotherapeutischer Praxis (vgl. APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice 2006).

Konkret bedeutet dies, dass es durch eine unreflektierte und damit unsachliche Übernahme eines bestimmten wissenschaftstheoretischen Rahmenmodells zu einer wissenschaftlich nicht haltbaren Bevorzugung jener psychotherapeutischen Richtungen kommt, die sich originär auf eben jenes Rahmenmodell berufen. Gleichzeitig bedeutet dies, dass all jene psychotherapeutischen Richtungen, die originär einen anderen Zugang zum Menschen haben und damit in einem anderen wissenschaftstheoretischen Rahmenmodell "beheimatet" sind, sich gezwungenermaßen dem gängigen Rahmenmodell annähern müssen, sofern sie in der wissenschaftlichen Fachwelt ernst genommen werden wollen. So wird auch innerhalb der EA versucht (vgl. Längle et al. 2000; Längle et al. 2005), sich den methodischen Implikationen des gängigen positivistischen Rahmenmodells (Wampold 2010) anzunähern.

EMPIRICALLY SUPPORTED TREATMENTS

Ohne Zweifel sehen die meisten Psychotherapeuten heutzutage eine Notwendigkeit in der empirischen Überprüfung psychotherapeutischer Verfahren. Dennoch herrscht in der Fachwelt Uneinigkeit darüber, wie evidenz-basierte Psychotherapie zu definieren ist und welche Kriterien für eine wissenschaftlich fundierte Beurteilung angemessen sind (Deegear & Lawson 2003). Der wohl einflussreichste Versuch zur Festlegung reliabler und objektiver Standards für sogenannte Empirically Supported Treatments (ESTs) stammt von der Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures der Division 12 der APA. Diese setzte es sich zum Ziel, jene psychologischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungsverfahren zu identifizieren und zu verbreiten, die sich aufgrund umfangreicher Forschung für spezifische Störungsbilder als effektiv erwiesen haben. Diese Bemühungen sollen dazu dienen, die Erkenntnisse der empirischen Forschung vermehrt in die klinische Praxis zu integrieren und damit die Qualität und Kosteneffektivität von Behandlungen zu verbessern (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice 2006). Gleichwohl gibt es eine große Anzahl an Forschern und Praktikern, die die aktuellen Leitlinien der APA Task Force massiv kritisieren (z. B. Beutler 1998; Castelnuovo 2010; Kazdin 1999; Persons & Silberschatz 1998; Rosen & Davison 2003; Wendt & Slife 2007; Westen, Novotny & Thompson-Brenner 2004). Wesentliche Inhalte dieser Kritik werden im Folgenden dargestellt.

UNTRENNBARKEIT VON SYMPTOM UND PERSON

Gemäß Westen, Novotny und Thompson-Brenner (2004) ist die Annahme, dass Symptome psychischer Störungen unabhängig von der Persönlichkeit zu sehen sind, grundlegend für die Methodik der ESTs. Der Grund dafür liegt darin, dass kurzfristige und symptomorientierte Behandlungen die experimentelle Kontrollmöglichkeit maßgeblich erhöhen. Allerdings weisen immer mehr Studien darauf hin, dass Symptome bzw. Syndrome der Achse I des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) der American Psychiatric Association nicht unabhängig von der Persönlichkeit gesehen werden dürfen und dass dieselben Symptome bzw. Syndrome bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen mitunter verschiedene Funktionen erfüllen (vgl. Westen, Novotny & Thompson-Brenner 2004). So kritisieren auch Norcross und Wampold (2010), dass eine Psychotherapie, die sich nur an den Symptomen einer Störung orientiert, unvollständig und nicht immer effektiv ist. Weiters beanstanden sie, dass die eigentliche Person, die hinter dem Störungsbild steht, in der bisherigen Psychotherapieforschung kaum Beachtung gefunden hat.

Gerade die Kritik von Norcross und Wampold (2010) ist aus Sicht der EA verständlich, da das existenzanalytische Störungs- und Krankheitskonzept einem Verständnis folgt,

das die Krankheit an der subjektiven Freiheit verankert und somit mit dem Personsein verknüpft. [...] Bei dieser Sichtweise handelt es sich nicht um ein normatives oder statistisches Störungskonzept, sondern um ein anthropologisches. [...] Durch den diagnostischen Zusammenhang der Störungen mit anthropologischen Inhalten verändert sich das Verständnis der Störungen. Was sich als reines Defizit oder eben als "Störung des Normalen" und somit als [...] Abweichung ausnehmen kann, wird nun transparent auf ihren Sinn hin (Längle 2008, 118–119)

Nicht nur Vertreter der EA, sondern auch Vertreter anderer Psychotherapiemethoden, die sich mehr auf die Ressourcen eines Menschen oder dessen Grundpersönlichkeit konzentrieren, kritisieren die einseitige Fokussierung auf Symptome psychischer Störungen (Bohart, O'Hara & Leitner 1998). Fäh und Fischer (1998) sind der Ansicht, dass in der Psychotherapie "Heilung" nicht nur die Beseitigung von Symptomen bedeutet, da diese nicht einzig als Ausdruck des eingetretenen Krankheitsprozesses, sondern auch als Bestandteil von Selbstheilungsprozessen des psychophysischen Organismus zu sehen sind. Kazdin (1999) weist darauf hin, dass klinisch relevante Veränderungen auch dann eintreten können, wenn es zu einer geringen oder auch zu gar keiner Veränderung der Symptomatik kommt. Auch aus Sicht der EA ist die Beseitigung von Symptomen und Problemen eigentlich ein Nebeneffekt und kein primäres Ziel der Psychotherapie (Längle 2008).

Aus dem bisher Gesagten lässt sich ableiten, dass innerhalb der Psychotherapieforschung eine methodische Herangehensweise zu bevorzugen ist, die sich nicht nur auf die Veränderung der Symptomatik konzentriert, sondern auch die Person hinter der Symptomatik mitberücksichtigt. In diesem Sinne sehen Gladis et al (1999) und auch Kazdin (1999) in der Verwendung von Lebensqualitätsfragebögen zur Erfassung des subjektiven Wohlbefindens, eine entsprechende methodische Möglichkeit, sich von einem engen und veralteten symptom-fokussierten Forschungsansatz abzuwenden.

DAS PROBLEM DER KOMORBIDITÄT

Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die Tatsache, dass in den meisten Studien zur Identifizierung von ESTs Probanden mit einer oder mehrerer komorbiden Störungen ausgeschlossen werden, um die Varianz innerhalb der Experimentalgruppen möglichst gering zu halten und dadurch die interne Validität zu erhöhen. Dies ist insofern problematisch, als dass gemäß Westen, Novotny und Thompson-Brenner (2004) zahlreiche Studien darauf hinweisen, dass 50 % bis 90 % der Störungen auf Achse I des DSM-IV mit mindestens einer weiteren Störung auf Achse I oder Achse II einhergehen. Nach Tschuschke et al. (2009) werden bis zu zwei Drittel aller für Studien in Frage kommenden Patienten aufgrund rigider diagnostischer Einschlusskriterien von RCT-Studien ausgeschlossen. Dementsprechend kritisieren viele Forscher die mangelnde externe Validität und damit die daraus resultierende mangelnde Generalisierbarkeit der Ergebnisse bzw. die mangelnde Übertragbarkeit auf die klinische Praxis (z. B. Goldfried & Wolfe 1998; Hollon & Wampold 2009; Persons & Silberschatz 1998).

Weitergehend kritisieren Westen, Novotny & Thomp-

son-Brenner (2004) zu Recht, dass die Methodologie zur Identifizierung von ESTs von einem Modell der Komorbidität ausgeht, dem die wenigsten Psychotherapeuten zustimmen würden. Dieses Modell besagt, dass die Komorbidität psychischer Störungen allenfalls zufällig oder additiv ist. Es ist allerdings plausibler anzunehmen, dass verschiedene Störungen der Achse II des DSM-IV auf gemeinsam zugrundeliegende Ursachen zurückzuführen sind oder dass, wie bereits ausgeführt, Störungen der Achse I im Kontext von Persönlichkeitsstörungen in Erscheinung treten, die wiederum eine psychosoziale Vulnerabilität und damit zukünftige Episoden begünstigen.

ENTGEGEN EINER VOLLSTÄNDIGEN MANUALI-SIERUNG VON PSYCHOTHERAPIE

Das Ziel der Manualisierung von Psychotherapie ist die Standardisierung der therapeutischen Interventionen über die Klienten hinweg (Wilson 1998). Im Kontext psychotherapeutischer Forschung zielt die Manualisierung darauf ab, einerseits die Varianz innerhalb der Versuchsgruppe zu minimieren und andrerseits den Gegenstand festzulegen, der erforscht werden soll. Die Vorschreibungen der APA Task Force zur Identifizierung von ESTs (Chambless et al. 1998) verlangen zwar eine Manualisierung des therapeutischen Vorgehens, berücksichtigen aber nicht den Umstand, dass sich bestimmte therapeutische Zugänge weniger dafür eignen als andere. Diese Divergenz lässt sich durch die unterschiedlichen anthropologischen Grundannahmen der einzelnen therapeutischen Richtungen erklären. So verstehen beispielsweise viele Vertreter der humanistischen Psychotherapie das therapeutische Geschehen genuin als eine Begegnung von Person zu Person, die sich nicht sinnvoll manualisieren lässt (Bohart, O'Hara & Leitner 1998). Auch in der EA spielen Methoden und Techniken und damit eine manualisierte Vorgehensweise im Vergleich zu anderen Psychotherapierichtungen eine geringere Rolle. Die EA verfügt zwar über eine Vielzahl therapeutischer Behandlungsmethoden, dennoch steht die therapeutische Beziehung auf Basis der Phänomenologie im Vordergrund (Längle 2008). Bei diesem hermeneutisch-phänomenologischen Zugang handelt es sich um keine manualisierbare Methode im engeren Sinn, sondern "um eine reine Haltung der Offenheit, um einen Weg. Wenn diese Haltung wirklich offen ist, darf sie nur an den Phänomenen Maß nehmen und der Weg selbst darf nicht Maß für die Phänomene werden" (Längle 2001, 16). Dieser Satz lässt ahnen, dass eine engmaschige Manualisierung des therapeutischen Vorgehens aus existenzanalytischer Sicht weder gewünscht noch möglich ist. Nach Längle (2001) bedarf es in der psychotherapeutischen Praxis eines Wechselschrittes zwischen Phänomenologie und Methodik bzw. Technik:

Die Phänomenologie erschließt uns, [...] den Zugang zur Person durch die Haltung der Offenheit für das Neue, für das Wesen, für das Nicht-Festgelegte. [...] Ist die Struktur der zielführenden Handlung einmal erkannt, kann uns die gebündelte Erfahrung und das verdichtete Vorwissen der Methoden und Techniken helfen, den Weg zum Ziel auch gehen zu können (17)

Allgemein bedeutet dies, dass ein engmaschig manualisiertes und damit komplett standardisiertes Vorgehen bei Forschungsstudien mit dem existenzanalytischen Zugang zum Menschen schwer vereinbar ist. Nach Längle et al. (2000) erscheint aus Sicht eines individualisierend vorgehenden psychotherapeutischen Verfahrens, wie der EA, eine vereinheitlichte therapeutische Vorgehensweise, unabhängig vom Bedarf des jeweiligen Patienten, sogar als unethisch! Auch Tschuschke et al. (2009) äußern ähnliche Bedenken: "[Eine] manualisierte psychotherapeutische Behandlung kann nicht sinnvoll und wirksam sein, da sie die freie, spontan erforderliche Intervention verunmöglicht und weil sie ein Konzept eines genormten Patienten zugrunde legt und des Therapeuten Beziehung zum Manual höher gewichtet als die zum Patienten [...]" (163-164).

VON EINER EVIDENZBASIERTEN PRAXIS ZU EINER PRAXISBASIERTEN EVIDENZ

Die vorangegangenen Kapitel sollten vor allem gravierende Schwachpunkte der Methodologie zur Identifizierung von ESTs hervorheben. Für Seligman (1995, 1996) sind insbesondere RCT-Studien die falsche methodische Herangehensweise zur empirischen Überprüfung von Psychotherapie. Den Grund dafür sieht er darin, dass wesentliche Elemente des klinischen Alltags in der Forschung nicht berücksichtigt werden: (1) Psychotherapie in der Praxis hat kein fixes Kontingent an Stunden und wird idealerweise solange fortgesetzt, bis es zu einer Verbesserung des Zustandes des Klienten kommt. (2) Wenn sich in der Praxis eine bestimmte Strategie oder Technik als nicht brauchbar erweist, wird meist ein anderer Zugang gewählt. (3) Klienten entscheiden sich in der Praxis meist aktiv für einen Therapeuten ihrer Wahl (im Gegensatz zum passiven Prozess der Randomisierung). (4) Klienten haben in der Praxis meist komplexere Probleme (v. a. komorbide Störungen). (5) In der Praxis beschränkt sich Psychotherapie meist nicht nur auf die Verbesserung der Symptomatik.

Nach Munt und Backenstraß (2001) mindern vor allem das hochartifizielle Setting, die Selektion von Patienten nach Diagnosekriterien, die mangelnde Berücksichtigung von Komorbiditäten und die strenge Beschränkung auf eine Therapieform mit manualisiertem Vorgehen die Generalisierbarkeit von RCT-Studien. Dies macht deutlich, dass RCT-Studien meist nur einen minimalen Nutzen für die therapeutische Praxis haben, da die Methode und die Ergebnisse nicht die Schwierigkeiten der therapeutischen Praxis berücksichtigen (Persons & Silberschatz 1998; Goldfried & Wolfe 1996; Howard et al. 1996). Nach Tschuschke et al. (2009) sind EST-/RCT-Studien sogar per definitionem unvalide und daher abzulehnen, da sie auf Grund der angeführten Defizite keine validen Ergebnisse liefern können. Wampold (2001) fordert daher eine größere Schwerpunktlegung der Psychotherapieforschung auf effectiveness-studies und ein Ablassen von efficacy-studies. "Efficacy steht dabei kurz gefasst für die Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen, Effectiveness für die Wirksamkeit unter Praxisbedingungen" (Buchkremer und Klingberg 2001, 23). Bei Studien zur effectiveness handelt es sich meist um quasiexperimentelle Designs im "nicht-kontrollierten" klinischen Setting. Margison et al. (2000) fordern einen grundlegenden Wechsel von einer evidenzbasierten Praxis hin zu einer praxisbasierten Evidenz. Konkret bedeutet dies die Erforschung und Überprüfung von Psychotherapie in ihrem naturalistischen Setting, durchgeführt mit einer größeren Behandlungsfreiheit des Psychotherapeuten.

IMPLIKATIONEN FÜR DIE FORSCHUNG

Auf Basis der Ausführungen in diesem Artikel können folgende Empfehlungen für die Forschung abgeleitet werden: Um den Forderungen nach einer größeren praktischen Relevanz und Generalisierbarkeit von Wirksamkeitsstudien - im Sinne der praxisbasierten Evidenz (Margison et al. 2000) – gerecht zu werden, ist es folgerichtig sinnvoll, sich in der psychotherapeutischen Forschung vermehrt auf Studien zur Effectiveness zu konzentrieren. Dabei gilt es vor allem folgende Aspekte zu berücksichtigen: (1) Es erfolgt keine Beschränkung auf Symptomveränderungen. (2) Lebensqualität gilt als eines der Zielkriterien. (3) Diagnostische Einschlusskriterien werden weit gefasst (u. a. Berücksichtigung von Komorbidität). (4) Auf eine engmaschigmanualisierte Vorgehensweise wird verzichtet. (5) Es wird kein fixes Kontingent an Therapiestunden festgelegt und (6) es wird keine bestimmte Frequenz der einzelnen Sitzungen festgelegt. Eine Reduktion der Symptomatik kann ebenfalls als Zielkriterium angesehen werden, ist aber, wie bereits ausgeführt wurde, kein zwingendes Merkmal einer gelungenen Psychotherapie (vgl. Kazdin 1999).

Es ist Zeit für einen Wandel. Dieser Artikel sollte verdeutlichen, dass RCT-Studien für die Psychotherapieforschung nicht brauchbar und daher abzulehnen sind. Darüber hinausgehend erscheint auf Grund des hohen Komplexitätsgrades einer psychotherapeutischen Behandlung eine Verschränkung von Prozess- und Ergebnisforschung als einzig sinnvoller Weg für die zukünftige Psychotherapieforschung (Fischer, Frommer & Klein 1998; Kriz 1998; Tschuschke et al. 2009). Gefragt sind kreative Ansätze, die das gesamte Spektrum an Forschungsmethoden berücksichtigen – ganz im Sinne der Methodentriangulation.

Literatur

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. American Psychologist, 61 (4), 271–285.

Beutler, L. E. (1998). Identifying empirically supported treatments: What if we didn't? Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66 (1), 113–120.

Bohart, A. C., O'Hara, M. & Leitner, L. M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. Psychotherapy Research, 8 (2), 141–157.

Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für Psychotherapieforschung. Nervenarzt, 72, 20–30.

Castelnuovo, G. (2010). Empirically supported treatments in psychotherapy: towards an evidence-based practice or evidence-biased psychology in clinical settings? Frontiers in Psychology, 1, 1–10.

Chambless D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun,

- H. S., Daiuto, A. et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. Clinical Psychologist, 51, 3–16.
- Deegear, J. & Lawson D. M. (2003). The utility of empirically supported treatments. Professional Psychology: Research and Practice, 34 (3), 271–277.
- Fäh, M. & Fischer, G. (1998). Einführung und Übersicht. In M. Fäh & G. Fischer. (Hrsg.), Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden (S. 9–12). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fischer, G. & Fäh, M. (1998). Zur Kritik der empirischen Vernunft in der Psychotherapie(forschung). In M. Fäh & G. Fischer. (Hrsg.), Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden (S. 29–50). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Fischer, G., Frommer, J. & Klein, B. (1998). Qualitative Kriterien zur Bewertung des Psychotherapieerfolgs. In M. Fäh & G. Fischer. (Hrsg.), Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden (S. 167–178). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gladis, M. M., Gosch, E.A., Dishuk, N. M. & Crits-Christoph, P. (1999).
 Quality of life: Expanding the scope of clinical significance.
 Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67 (3), 320–331.
- Goldfried, M. R. & Wolfe, B. E. (1996). Psychotherapy practice and research: repairing a strained alliance. American Psychologist, 51 (10), 1007–1016.
- Goldfried, M. R. & Wolfe, B. E. (1998). Toward a more clinically valid approach to therapy research. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66 (1), 143–150.
- Hollon, S. D. & Wampold, B. E. (2009). Are randomized controlled trails relevant to clinical practice? The Canadian Journal of Psychiatry, 54 (9), 637–641.
- Howard, K. I., Moras, K., Brill, P. L., Martinovich, Z. & Lutz, W. (1996). Evaluation of psychotherapy: efficacy, effectiveness and patient progress. American Psychologist, 51 (10), 1059–1064.
- Kazdin, A. E. (1999). The meanings and measurement of clinical significance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67 (3), 332–339
- Kriz, J. (1998). Zum Verhältnis von Forschung und Praxis in der Psychotherapie. Existenzanalyse, 15 (1), 33–37.
- Längle, A. (2001). Gespräch Kunst oder Technik? Existenzanalyse, 18 (2-3), 7–18.
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29-180.
- Längle, A., Görtz, A., Probst, C., Probst, M., Lopatka, C., Kubin, M. et al. (2005). Wie wirksam ist existenzanalytische Psychotherapie: ein Projektbericht zur Existenzanalyse. Psychotherapie Forum, 12, 54–60.
- Längle, A., Görtz, A., Rauch, J., Jarosik, H. & Haller, R. (2000). Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse. Explorativer Vergleich mit anderen Psychotherapiemethoden im stationären Setting. Existenzanalyse, 17 (3), 17–29.
- Levant, R. F. & Hasan, N. T. (2008). Evidence-based practice in psychology. Professional Psychology: Research and Practice, 39 (6), 658–662.
- Margison, F. R., McGrath, G., Barkham, M., Clark, J. M., Audin, K., Conell, J. et al. (2000). Measurement and psychotherapy: Evidence-based practice and practice-based evidence. The British Journal of Psychiatry, 177, 123–130.
- Munt, C. & Backenstraß, M. (2001). Perspektiven der Psychotherapieforschung. Nervenarzt, 72, 11–19.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2010). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. Journal of Clinical Psychology, 67 (2), 127–132.
- Persons, J. B. & Silberschatz, G. (1998). Are results of randomized controlled clinical trials useful to psychotherapists? Journal of Clinical and Consulting Psychology, 66 (1), 126–135.
- Rosen, G. M. & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. Behaviour Mo-

- dification, 27(3), 300-312.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. American Psychologist, 50 (12), 965–974.
- Seligman, M. E.P. (1996). Science as an ally of practice. American Psychologist, 51 (10), 1072–1079.
- Steinert, K. (2001). Wie wirksam ist existenzanalytische Psychotherapie? Erste Ergebnisse einer Effektivitätsstudie zur Existenzanalyse. Existenzanalyse, 18 (1), 31–34.
- Stuard, R. B. & Lilienfeld, S. O. (2007). The evidence missing from evidence-based practice. American Psychologist, 62 (6), 615–616.
- Tschuschke, V., Crameri, A., Koemeda, M., Schulthess, P., Wyl, A. & Weber, R. (2009). Psychotherapieforschung Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S). Psychotherapieforum, 17, 160–176.
- Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate: Models, methods and findings. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2010). The basics of psychotherapy. An introduction to theory and practice. Washington: American Psychological Association.
- Wampold, B. E. & Bathi, K. S. (2004). Attending to the omissions: A historical examination of evidence-based practice movements. Professional Psychology: Research and Practice, 35 (6), 563–570.
- Wendt, D. C. & Slife, B. D. (2007). Is evidence-based practice diverse enough? Philosophy of science considerations. American Psychologist, 62 (6), 613–614.
- Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trails. Psychological Bulletin, 130 (4), 631–663.
- Wilson, G. T. (1998). Manual-based treatment and clinical practice. Clinical Psychology: Science and Practice, 5, 363–375.

Anschrift des Verfassers:

Mag. Daniel Scheyer Montfortstraße 82a A – 6840 Götzis daniel.scheyer@gmx.at

VIER PHÄNOMENALE KATEGORIEN

Konzept einer phänomenologischen Heuristik

JOACHIM ARNOLD

Phänomene werden durch ihre Aspekte und in ihren Bedeutungen erfahren. In diesem Artikel wird ein Zusammenwirken von wahrgenommenen Aspekten und erkannten Bedeutungen dargestellt, woraus vier Kategorien für die Erscheinungsweisen von Phänomenen abgeleitet werden: Repräsentation, Symbol, Illusion und Chaos. Diese Systematisierung könnte als heuristisches Konzept zu einer Klärung beitragen, wenn es zu Störungen in der Wahrnehmung der "äußeren" und "inneren" Welt kommt. Im Kontext der Psychotherapie sollte dies einer phänomenologischen Haltung dienlich sein.

SCHLÜSSELWÖRTER: Phänomenologie, Repräsentation, Symbol, Illusion, Chaos

FOUR PHENOMENAL CATEGORIES - CONCEPT OF A PHENOME-**NOLOGICAL HEURISTIC**

Phenomena are experienced through their aspects and in their meanings. In this article an interaction of perceived aspects and realized meanings is describes, enabling the differentiation of four categories for the manner a phenomenon appears: representation, symbol, illusion and chaos. As a heuristic concept, this systematization could contribute to a better understanding of disorders concerning the perception of the "outer" and "inner" world. This should support a phenomenological approach in psychotherapy.

KEY WORDS: phenomenology, representation, symbol, illusion, chaos

EINFÜHRUNG

Wahrnehmen und Erkennen sind elementare Leistungen im psychotherapeutischen Prozess, die Patienten und Therapeuten einzeln für sich, aber auch gemeinsam erbringen. In der Existenzanalyse und Logotherapie ist eine mehr oder weniger explizite phänomenologische Haltung die Voraussetzung für eine authentische Begegnung. Diese Einstellung entspricht einem Verständnis vom Dasein, das den Menschen in einem kreativen Dialog mit einer Welt sieht, auf die er hin orientiert ist, die ihn beeinflusst und auf die er gestaltend einwirkt.

Phänomenologie

Ein Phänomen¹ ist das, was sich aus sich selbst zeigt. Edmund Husserl (1959-1939) gilt als der Begründer der Phänomenologie als einer philosophischen Bewegung. Er stellt der "natürlichen Einstellung", in welcher wir Annahmen und voreilige Urteile über die Welt und das Sein pflegen, die "phänomenologische Einstellung" gegenüber. In dieser geht es darum, sich Deutungen zu enthalten und sich vorurteilsfrei an die Analyse dessen zu halten, was dem Bewusstsein erscheint (Kunzmann et al. 2003, 195). Phänomenologische Forschung basiert auf der Auffassung, dass nur die Anschauung wahre Erkenntnis rechtfertigen kann (Fellmann 2006, 13).

Die "Indikation der Phänomenologie" in der existenzanalytischen Psychotherapie ist das fehlende Verstehen seiner selbst oder des anderen (Längle 2008, 19). Nach Alfried Längle ist eine phänomenologische Haltung der einzige systematische Zugang zur Person, der angeleitet und geübt werden kann (ebd.).

Heuristik

Heuristik geht dem legendären Ausruf des Archimedes voraus: "heureka²" – ich habe es gefunden. Vor der als wohl überraschend erfahrenen Entdeckung des nach ihm benannten physikalischen Prinzips ist anzunehmen, dass Archimedes systematisch nach einer Lösung gesucht hat.

Allgemein ist Heuristik ein systematisches Vorgehen, um Lösungen für Probleme zu finden. Im Zusammenhang mit Problemen des Wahrnehmens und Erkennens von Phänomenen möchte ich von phänomenologischer Heuristik sprechen, wenn eine heuristische Systematik gemeinsam mit einer phänomenologischen Haltung zur Anwendung kommt. Eine derartige Heuristik ist der Sinnfindung im logotherapeutischen und existenzanalytischen Verständnis untergeordnet, ihr Zweck ist die Unterstützung der phänomenologischen Haltung in der Psychotherapie bei gegebener Indikation.

GRUNDSÄTZLICHES ZU EINEM KONZEPT PHÄ-NOMENALER KATEGORIEN

Im Folgenden möchte ich ein von mir entwickeltes Modell³ einer systematischen Einordnung von Phänomenen

¹ Altgriechisch (altgr.) "phainein" – zeigen, scheinen, leuchten, ans Licht bringen. Das Substantiv "phainomenon" ist aus der medialen Bildung des Verbs hergeleitet. Das sog. Medium nimmt bei den altgriechischen Verben eine Zwischenstellung zwischen Verbformen im Aktiv und Passiv ein und wird meistens als Reflexivum übersetzt; also: sich zeigen.

² Die Perfektform von altgr. "heuriskein" – finden.

³ Erstmals dargestellt habe ich diese Konzeption in meiner Abschlussarbeit für die Psychotherapieausbildung in Existenzanalyse 2008 mit dem Titel: "In Anbetracht der Sichtweise - Versuch eines Modells phänomenaler Kategorien im psychotherapeutischen Kontext.

nach ihrer Erscheinungsweise vorstellen. Dieses Modell könnte als heuristisches Konzept einer phänomenologischen Haltung dienlich sein. Es ist als ein Behelfsmittel gedacht, wenn es im Kontext der Psychotherapie zu Problemen bei Wahrnehmungs- und Erkenntnisprozessen kommt.

In dem Modell wird auf zwei grundsätzliche Erfahrungsweisen von Phänomenen Bezug genommen: Aspekt und Evidenz

Mit Evidenz wird ein ganzheitliches Erlebnis erfasst, das an sich nicht weiter unterteilbar und in ihrer Einzigartigkeit auch nicht vergleichbar ist. Das sollte ein konzeptuelles Herangehen nicht außer Acht lassen, dennoch ist für den reflektierten Umgang mit Evidenzerfahrungen eine Differenzierung erforderlich. Der Begriff "Bedeutung" sollte diese möglich machen.

Aspekt und Anschauung

Aspekt4 ist im Wortsinn das "Angeschaute" eines Phänomens. Das Lateinische "aspicere" bedeutet "anschauen", "hinsehen", die passive Perfektform "aspectus" meint wörtlich das "Angeschaut-Wordene". Der angesprochene Gesichtssinn ist stellvertretend für andere Sinnesmodalitäten und bezieht sich somit auf das Wahrnehmen im Allgemeinen. Ein Aspekt erscheint innerhalb einer bestimmten Perspektive. Im Gegensatz zur Perspektive, die immer auch die Modalität, den Vorgang des Betrachtens und das Medium berücksichtigt, durch das wahrgenommen wird, zielt der Aspekt-Begriff auf das Wahrgenommene ab. Der Aspekt wird einheitlich wahrgenommen, quasi als Wahrnehmungseinheit. Untereinheiten sind als "Teilaspekte" möglich, jedoch sind diese für sich wiederum einheitlich als Aspekte anschaulich. Die Betrachtung als Einheit setzt eine Singularisierung des Aspektes voraus, sodass er als einzelner abgesetzt⁵ zu Gesicht kommt. Die Singularität eines Aspektes ist das Resultat einer Isolationsleistung durch den Wahrnehmenden.

Ein Aspekt ist demnach das einheitlich abgesetzt Wahrgenommene an einem Phänomen.

Evidenz und Bedeutung

Der Begriff der Evidenz ist zentral in der Phänomenologie, für Husserl (1993, 61) ist Evidenz das Erlebnis von Wahrheit. Evidenz ist ein Ereignis, dass nur erlebt werden kann. Evidenz ist kein willkürlicher Beschluss, Evidenz geschieht mit mir im Hinschauen, Hinhorchen, Hinspüren. Der "setzende Akt" – so Husserl – ist das Urteil. Das Urteil beendet den Wahrnehmungsprozess, auf das Hinschauen, Hinhorchen folgt die Feststellung, aber: *nachdem* sich etwas

klar gezeigt hat. Das dem Lateinischen entlehnte Wort Evidenz heißt übersetzt: aus dem Sehen heraus.

Für den praktischen Umgang mit Evidenz möchte ich eine auf den ersten Blick widersprüchlich anmutende Explikation anbieten: Bedeutung ist erkannte Evidenz und – weil sie sich als Verweis auf das Evidenzerleben bezieht – auch anerkannte Evidenz. Somit ist Evidenz als gültige Bedeutung ansprechbar. Das Erkannte erscheint als Bedeutung und in einer Bedeutsamkeit. Der Möglichkeit einer Ansicht steht der Wirklichkeit einer Bedeutung gegenüber, die als Bedeutsamkeit auch eine Wertigkeit beinhaltet. Wenn nun von Gültigkeit die Rede ist, dann heißt das, es ist eine Beurteilung geschehen; wir haben also ein Urteil. Wie passt das nun zur Phänomenologie, bei der es um das vorurteilsfrei Erscheinende geht? In der Praxis lässt sich die Gültigkeit des Sich-Zeigenden gut durch Rückfragen klären, etwa durch die Frage: "Ist es so?"6 Dadurch, dass das So-Sein rückgefragt wird, gewinnt man den phänomenologischen Zugang. Konkret ergibt sich im Falle eines therapeutisch herausgearbeiteten "Ja, so ist es (für mich)" ein anerkennendes Urteil, die Bedeutung ist gefunden. Im Gegensatz zu einem Vorurteil als vorgefasste Deutung, der man sich zu enthalten versucht, folgt dieses "Ja" oder "Nein" als Urteil dem Erscheinenden nach. Statt von einem Vorurteil könnte man von einem "Nachurteil" sprechen.

Durch die Gültigkeit der Evidenz wird das Wahrnehmen zum Erkennen.

Das Zusammenspiel von Aspekten und Bedeutungen

"Aspekt" und "Bedeutung" sind die zentralen Begriffe des Modells, mit denen formal operiert wird. Im Fokus ist jedoch nicht der Inhalt, also das mit den Begriffen erfasste, sondern das Zusammenspiel – gleichsam einer Grammatik einer Sprache, die etwa bei Problemen mit Sprachverständnis beachtet werden kann, sonst aber im Hintergrund bleibt.

Die Voraussetzung für ein heuristisches Operieren mit diesen Begriffen ist deren "Singularisierbarkeit"; das heißt, sowohl ein Aspekt als auch eine Bedeutung kann als etwas Einzelnes vorliegen. Verschiedene einzelnen Aspekte und Bedeutungen ergeben jedoch auch eine Vielzahl, eine Pluralität. Singularisierung und Differenzierung ist ohne Pluralität nicht denkbar. Die bloße Singularität und Pluralität von Aspekt(en) und Bedeutung(en) ermöglicht *formale* Operationen, ohne auf den Inhalt der Aspekte oder Bedeutungen einzugehen.

Das Verhältnis der Singularität und Pluralität von Aspekten und Bedeutungen ist die Basis für das dargestellte Kategoriensystem. Die Grundlage ist eine Analyse des Zusammenwirkens von Aspekten und Bedeutungen für eine kategoriale Einordnung der Erscheinungsweisen eines Phänomens.

⁴ Lateinisch (lat.) "aspectus" – Anblick, Gesichtskreis, Aussehen

⁵ Ich ziehe es vor, von "abgesetzt" zu sprechen und nicht von "abgegrenzt". Das wird der spontanen und intuitiven Natur des Wahrnehmungsprozesses eher gerecht als eine zuweilen willkürliche "Grenzziehung". Das Problem und auch die Lösung zeigt sich schön beim Wahrnehmen eines menschlichen Gesichtes: Das Gesicht setzt sich vom übrigen Körper ab, ohne dass es einer definierten Grenze bedarf, wenngleich es diese geben kann (z. B. für biometrisch verwertbare Passfotos)

⁶ Vgl. Längle 1998, 46: "Die phänomenologische Haltung hat also den Sinn, den Menschen erneut frei zu machen für den Anruf und das Ansprechen der Wirklichkeit. Durch sie wird sich der Mensch in der Frage halten: "Ist das so?- Woran kann ich das ersehen?" In ihr sehe ich die "phänomenologische Grundfrage der Psychotherapie". Sie (…) gibt den Blick frei auf den Grund des Fühlens und somit auf die Evidenz der Existenz.".

Die Begriffe "Aspekt" und "Bedeutung" sind semantisch tief verwurzelt und im Alltag ist meist ohne Nachdenken klar, was mit diesen Wörtern gemeint ist. Zur heuristischen Klärung möchte ich jeweils eine Umschreibung anbieten: Aspekt = eine *mögliche* Ansicht; Bedeutung = eine *gültige* Evidenz. Das heißt, die Gültigkeit einer Bedeutung kann (als Differenzierungskriterium) der Möglichkeit eines Aspekts gegenüber gestellt werden.

DAS MODELL DER VIER PHÄNOMENALEN KATEGORIEN

Die systematische Kombination der phänomenalen Grundeinheiten Aspekt und Bedeutung führt zu vier Kategorien des Erscheinens: *Repräsentation, Symbol, Illusion* und *Chaos*.

Jedes Phänomen, das dem Wahrnehmenden erscheint, kann in eines dieser Kategorien eingeteilt werden. Eine Zuordnung in eine Kategorie schließt die Zuordnung in eine andere nicht aus – im Gegenteil: Gerade durch das "Kippen" aus einer Kategorie in eine andere kann sich eine kreative Dynamik ergeben.

Die phänomenalen Kategorien sind untereinander in einer systematischen Beziehung. Diese Beziehung kann alleine durch das Zusammenwirken von zwei Faktoren erklärt werden: *Aspekt* und *Bedeutung*. Es geht dabei nicht um den Inhalt, sondern nur um die Anzahl der Aspekte und Bedeutungen. Die Bedeutung eines Phänomens kann klar sein, das Phänomen ist *eindeutig*, diese eine Bedeutung wird ganzheitlich erfahren. Im Kontakt mit einem Phänomen können sich dem Wahrnehmenden aber auch mehr als eine einzige Bedeutung zeigen, etwas ist *mehrdeutig*.

Eine Vielzahl oder *Mehrzahl* (im Gegensatz zur Einzahl) von Aspekten ist am Wahrnehmungsprozess beteiligt. Ein einzelner oder einzelne Aspekte lassen sich herauslösen oder unterdrücken, in diesem Fall liegt eine *Minderzahl* (im Gegensatz zu einer größeren Zahl) von Aspekten vor. Bei der Zahl der Aspekte könnte so etwas wie "Vollständigkeit" unterstellt werden. In Anbetracht aller möglichen Aspekte unserer "äußeren" und "inneren" Universen ist das jenseits aller Quantifizierbarkeit. "Minderzahl" soll heißen, dass mögliche Aspekte nicht beachtet, oder gar gezielt ausgeblendet wurden.

Die Grundkonstellation des Modells der vier phänomenalen Kategorien:

- Ergibt eine Mehrzahl von Aspekten eine einzige Bedeutung (Eindeutigkeit), handelt es sich um eine Repräsentation.
- Beruht Eindeutigkeit auf einem einzelnen Aspekt oder einer Minderzahl von Aspekten, liegt eine *Illusion* vor.
- Ergibt ein einzelner Aspekt mehrere Bedeutungen (Mehrdeutigkeit), handelt es sich um ein *Symbol*.

• Führt eine Mehrzahl von Aspekten zu einer Mehrzahl von Bedeutungen, liegt ein *Chaos* vor.

Repräsentation

"Präsentation"" bedeutet Vergegenwärtigung, "präsentieren" heißt gegenwärtig machen, darstellen. Im alltäglichen Gebrauch ist mit "Repräsentation" meist Stellvertretung gemeint. Ein Botschafter beispielsweise vertritt sein Land bei einem Empfang, als Repräsentant ist er in diesem Kontext "mehr" als der Mensch, der bloß sein Abendessen zu sich nimmt, denn mit ihm ist zugleich auch sein Land gegenwärtig. Oder bei einer repräsentativen Meinungsumfrage wird eine Stichprobe analysiert, die eine Entwicklung (z. B. das Konsumverhalten) möglichst genau abbilden soll. In der Gehirnforschung wird gerne davon ausgegangen, dass in Bereichen des Gehirns die "Außenwelt" repräsentiert wird, quasi als Abbildung. Aber auch der umgekehrte Weg zur so genannten mentalen oder neuronalen Repräsentation ist denkbar: Der Zustand der "inneren" Welt ist in der wahrgenommen "Au-Benwelt" repräsentiert (Projektionen, kognitive Schemata, der erworbene Sprachschatz, Fertigkeiten, Erfahrungen, etc.)

Ich möchte nun einen etwas ungewöhnlichen Zugang zu diesem Begriff vorstellen: "Repräsentation" ist die Wiederholung von Gegenwärtigem in irgendeiner Weise; dadurch ist es *in einer anderen, nochmaligen Gegenwart* vorhanden. Repräsentation ist demnach ein *Geschehen*, bei dem sich verschiedene Aspekte, die jeweils eine eigene Gegenwart haben, zusammenfügen. Bei einer Repräsentation muss also neben einem einzelnen *zugleich* mindestens ein anderer Aspekt präsent sein. Welcher der Aspekte stärker "präsent" ist, ist nicht so wichtig, denn die Präsenz der Einzelaspekte ordnet sich dem Erleben des Gesamteindruckes unter. Die dabei gewonnene Eindeutigkeit wird als zwingend empfunden.

Für den Wahrnehmungsvorgang ist Repräsentation im Sinne von wiederholter Vergegenwärtigung ein essentieller Prozess: Unsere als Paar angelegten Ohren und Augen sind dafür ein Beispiel. Wenn links neben mir ein surrender Kühlschrank steht, erreichen die von diesem Gerät verursachten Luftschwingungen als Schallwellen mein linkes Ohr früher als das rechte. Durch den kleinen Unterschied im "Zeitaspekt" zwischen den einzelnen Ohren entsteht ein Gefühl für die Richtung, in der der Kühlschrank steht, ich höre seinen Ort - das ist eine eigene und zusätzliche Qualität zur bloßen Wahrnehmung des Kühlschrankgeräusches, das ich mit nur einem Ohr hören könnte. Beim Sehen ist der Stereo-Effekt durch einen unterschiedlichen "Standpunkt" der beiden einzelnen Augen bedingt, es sind im wahrsten Sinne des Wortes zwei verschiedene Aspekte eines Gegenstandes zugleich vorhanden. Auch hier ist es so: Der Blick durch beide Augen gemeinsam erzeugt zusätzlich ein Raumempfinden, das dem einzelnen Auge so nicht möglich wäre. Durch die Beidäugigkeit wird der Raum ein unmittelbares Erlebnis. Der Raum wird an sich gesehen (und nicht ausgemessen oder anders erschlossen). Im Normalfall bleibt das, was das einzelne Auge "für sich alleine" sieht, völlig

⁷ Lat. "praesens" - gegenwärtig, jetzig, augenblicklich.

unbewusst und kann nur durch einen Kunstgriff aus dem Gesamteindruck herausgelöst werden – etwa durch Zukneifen oder Abdecken eines Auges, wie es Maler zuweilen machen. Der unterschiedliche Ausgangsort der Blickrichtungen macht also das stereoskopische Raumerlebnis möglich. Weichen allerdings die optischen Achsen zu weit ab, können die beiden Bilder nicht mehr miteinander verschmolzen werden und es entstehen Doppelbilder, aus der Repräsentation wird Chaos, es bleibt nicht mehr bei dem eindeutigen, als ganzheitlich erfahrenem Raumempfinden. Ein unmittelbares visuelles Raum-Erlebnis setzt nicht unbedingt eine funktionierende Beidäugigkeit voraus, da die Einzelaspekt nicht gleichzeitig erscheinen müssen. Wenn man einäugig von verschieden Positionen einen Gegenstand betrachtet erhält man ebenso ein Gefühl für den Raum, allerdings braucht es dazu Zeit, denn man muss sich dazu bewegen, das einzelne Auge nimmt sozusagen nacheinander verschiedene Standpunkte ein, wie bei einer Eisenbahnfahrt. Dies wird parallaktische Verschiebung genannt - ein Vorgang, der ebenso wie das stereoskopische Sehen durch Repräsentation einen eindeutigen räumlichen Gesamteindruck der Landschaft bringt. Die Augen ermöglichen es uns große Entfernungen zu erfassen, dennoch ist die Erfahrung von Raum mehr als der Raum, den ich erblicken kann. Die Schallqualität und andere akustische "Aspekte", kinästhetische Einflüsse, die Schwerkraft etc. sind ebenso Einzelmomente des gesamten einheitlichen Raum-Erlebnisses. Auch die bereits gesammelten Vorerfahrungen fließen in das unmittelbare Erleben der Gegenwart ein ebenso wie ein Vorwissen (z. B. über Licht- und Schattenverhältnisse). Ein anschauliches Beispiel dazu gibt Rudolf Arnheim: Das Original, dem Abb.1 nachempfunden ist, findet sich in seinem Buch "Kunst und Sehen" (1978), im Abschnitt, den er "Der Einfluss der Vergangenheit" nennt. Es zeigt sich hier, wie eine aufeinander bezogene Folge von Aspekten den Bedeutungsgehalt beeinflusst. Würde man die einzelnen schraffierten Formen isoliert betrachten, könnte man ein Viereck, ein Sechseck, Fünfeck oder Dreieck sehen. Sieht man jedoch die Formen in einer zusammenhängenden Weise, erkennt man etwa ein Quadrat, das hinter einer Mauer verschwindet (ebd., 52).

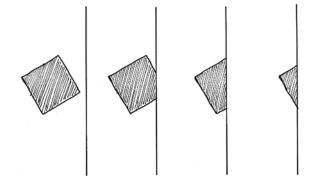


Abb 1: Der Einfluss der Vergangenheit

Bei Husserl findet sich eine Diskussion der "Darstel-

lungsmittel des visuellen Feldes", wobei er neben u. a. kinästhetischen Einflüssen auf das visuelle Raumempfinden auf die Beidäugigkeit eingeht, die die "Tiefenempfindung" (im Gegensatz zum "Tiefenbewusstsein" des einäugigen Sehens) als das spezifische Darstellungsmoment für eigentlich gesehene Tiefe begründet (Husserl 1991, 174).

Merleau-Ponty (1966, 269) nimmt das binokulare Sehen als ein Beispiel für die "Einheit der Sinne durch den Leib". Es geht ihm um "das Wesen der sinnlichen Bedeutung" im Gegensatz zu einer "intellektualistischen Analyse". Der Übergang von zwei Einzelbildern zum einzigen wahrgenommenen Gegenstand vollzieht sich nicht durch eine geistige Einsicht. Beide Augen fungieren nicht mehr nur als ein jedes für sich, sondern dienen als einheitliches Organ einem einzigen Blick.

Einige Bemerkungen zum Terminus "Repräsentation" als phänomenale Kategorie: Das aus drei lateinischen Silben zusammengesetzte Wort wurde schon in der lateinischen Umgangssprache gebraucht, "repraesentare" wird übersetzt mit vergegenwärtigen, vorführen, darstellen. Die Bestandteile des Begriffes sind die Vorsilbe "re-" sowie zwei weitere Silben, die zusammen selber ein gängiges Lehnwort bilden können ("Präsentation"). In dem kurzen Präfix "re-" steckt viel für die Phänomenologie: Die entsprechende deutsche Übersetzung ist "(zu)rück" und "wieder". Durch diese Silbe wird der Fall einer Wiederholung oder Rückkehr in den Blick gerückt. Und das, was sich in irgendeiner Weise nochmals ereignet oder woraufhin sich etwas wieder bezieht, folgt im angehängten Wortteil. Diese Vorsilbe "re-" zeugt von zwei Husserlschen "Urphänomenen": Sukzession und Koexistenz (Husserl 1993, 70). Sukzession ist nach Husserl die zeitliche Verkettung von Gegenwart zu Gegenwart als eine ordnende Leistung des Bewusstseins. Bei einer Koexistenz ist die Anordnung nicht eine zeitliche Folge, sondern eine "Reihenverkettung" der verschiedenen Elemente zugleich (z. B. Rechts-links-Ordnung oder Oben-unten-Ordnung). Etwas existiert zusammen mit anderem in einem gemeinsamen Feld, was sich wiederholt, ist zumindest das Vorhandensein in diesem Feld, zum Etwas gesellt sich ein Noch-etwas. Die Silbe "re-" sagt also aus, dass eine Wiederholung des einen im anderen geschehen sein muss; die Einmaligkeit verdoppelt sich zur Nochmaligkeit.

Im Wortstamm steckt das Vokabel "präsentia", das mit Gegenwart übersetzt werden kann. Damit wird begrifflich alles erfasst, was in irgendeiner Weise zugegen sein kann. Der vollständige Terminus "Repräsentation" kann somit mit "Wiedervergegenwärtigung" oder "nochmalige Gegenwart" umschrieben werden.

In die Kategorie der Repräsentation fällt auch das, was Husserl "Wesensschau durch eidetische⁸ Variation" nennt (Husserl 1985, 255-270). Durch die gemeinsame Gegenwart des Verschiedenen, durch die Variation der Eigenschaften schält sich das heraus, was durch die wechselnden Aspekte hindurch dasselbe bleibt: das Konstante in der Veränderung. Das Zufällige scheidet aus. So unterschiedlich die einzelnen Fälle auch sind, das Wesentliche bleibt immer präsent. Das

⁸ Altgr. "eídos" – Äußeres, Aussehen; im weiteren "idéa" = Aussehen, Urbild, Idee. Etymologisch verwandt ist lat. "videre" – sehen; und auch das deutsche Wort "wissen".

Gesicht eines Menschen ändert sich durch das natürliche Altern und durch Umwelteinflüsse. Durch die Veränderung hindurch bleibt es aber derselbe Mensch, die selbe Person.

Neben unser individuellen Sichtweise der Welt sind weitere Bereiche zu berücksichtigen, die über unsere sinnlichleibliche Gegenwart hinausgehen: Die Kultur, in der wir sozialisiert sind und überhaupt das Zusammensein mit anderen Menschen liefern Aspekte, die isoliert nicht zugänglich wären. Die gemeinsame Sicht der Welt und der Blick des Anderen auf die Welt erschließen uns die Welt in einer weiteren Dimension. Die Sprache als zentrale Errungenschaft jeglicher menschlicher Kultur beeinflusst direkt die Wahrnehmungsfähigkeit. Das zeigen Untersuchungen zur so genannten "Linguistischen Relativitätstheorie", die u. a. von Benjamin Lee Whorf formuliert wurde: Diese Theorie beschreibt den Zusammenhang der Weltsicht mit dem Wortschatz und dem sprachlichen Hintergrund ("Sprachwelten"). Beispielsweise führt das in unserem Sprachraum gebräuchliche Verhältnis von vielen Hauptwörtern zu wenigen Verben zu einer anderen Wahrnehmung der Welt als eine andere Sprache mit vergleichsweise weniger Substantiven und dafür mehr Verben, wie in der Sprache der Hopi-Indianer in Nordamerika. Ein Hopi kann nur schwer nachvollziehen, was im Deutschen eine "Welle" bedeutet. Dieses "Ding" existiert in seiner Sprache nicht, er begreift hingegen dieses Phänomen auf seine Art als Zeitwort (Whorf 1963).

Vor sechzig Jahren konnte Solomon Ash in seinen berühmten Experimenten zeigen, wie die Einschätzung der Größenverhältnisse von einfachen Balken durch die bloße Tatsache verändert wird, wie andere eben diese beurteilt haben (Ash 1951). Die Versuchspersonen hatten eine einfache visuelle Aufgabe zu bewältigen, sie befanden sich jedoch auch in einer sozialen Situation. Die Frage ist, ob die oft verblüffenden Fehlbeurteilungen durch einen Konformitätsdruck durch die Gruppe bedingt sind in dem Sinne, dass man sich dem Gruppenzwang beugt und einen Dissens vermeiden will, oder ob sich die Versuchsperson in ihrer optischen Einschätzung irrt. Also: Traut man sich nicht das zu äußern, was man sieht, wenn andere eine andere Meinung haben oder traut man den eigenen Augen nicht, wenn andere Augen anscheinend etwas anderes sehen? Im Zeitalter der funktionellen Bildgebung von Hirnprozessen untersuchten Berns et al. (2005) Probanden, die in eine ähnliche Situation wie im Ash-Experiment gebracht wurden im Kernspintomographen (fMRT). Es kam dabei heraus, dass bei Konformität mit falschen Beurteilungen Aktivitätsveränderungen in den Scheitel- und Hinterhauptsregionen auftraten - in Hirnbereichen, die für die visuell-räumliche Perzeption relevant sind. Hingegen kam es zu keiner vermehrten Aktivität in den vorderen Hirnrindenbereichen, wie es für bewusste Entscheidungsprozesse typisch wäre.

Als Gegenposition zum Solipsismus hat Husserl (1986, 166-218) den Aspekt der "fremderfahrenden Appräsentation" als eine "Art des *Mitgegenwärtig*-machens (ebd., 187) für die "Konstitution von Intersubjektivität" hervorgehoben: "So wie sich in meiner lebendigen Gegenwart, im Bereich der inneren Wahrnehmung, meine Vergangenheit konstituiert vermöge der in dieser Gegenwart auftretenden einstimmigen Erinnerungen, so kann sich in meiner primordialen Sphäre durch in ihr auftretende, vom Gehalt derselben mo-

tivierte Appräsentationen in meinem ego fremdes ego konstituieren, also in Vergegenwärtigung eines neuen Typus, die ein neuartiges Modifikat als Korrelat haben." (ebd., 194) Aus meiner Sicht fällt die von Husserl beschriebene Appräsentation in die übergeordnete Kategorie der Repräsentation, es handelt sich auch in diesen Fällen um ein mehrfaches, durch die Existenz des Anderen nochmaliges Gegenwärtigsein eines Phänomens.

Illusion

Das Streben nach Eindeutigkeit kann für Täuschungen anfällig machen. Bei einer Illusion ist die Eindeutigkeit trügerisch, d. h. der Gesamteindruck beinhaltet nicht andere Aspekte, wie dies bei der Repräsentation der Fall wäre. Die Einheitlichkeit eines Aspektes ist nicht gleichzusetzen mit Eindeutigkeit in der Wahrnehmung. Bei einer Illusion stellt sich vorschnell Evidenz ein. Durch den "setzenden Akt" des Urteils (Husserl) wird das Ende des Wahrnehmungsprozesses markiert. Doch wie weiß ich, ob ein Urteil nicht ein Vorurteil ist, dem man sich in einer phänomenologischen Analyse enthalten möchte? "Vom Schlaf weiß man nur durch Aufwachen", sagt Husserl – also durch eine Desillusionierung, eine Enttäuschung.

Viktor Frankl tritt gegen eine verkürzte Sichtweise des Menschen auf, die von Teilaspekten auf den gesamten Menschen schließt. Seine Ausführungen dazu eignen sich gut, das Problem einer Illusion im Allgemeinen darzustellen. Er verweist auf die Gefahr einer Verzerrung des Menschenbildes in der Medizin oder Psychotherapie, wenn man nur einzelne Aspekte sieht und behandelt (z. B. Konflikte mit Trieben), ohne andere Dimensionen des Menschseins zu beachten. In diesem Zusammenhang spricht er von Reduktionismus. Frankl wählt einen Vergleich aus der Geometrie, um dieses Problem zu veranschaulichen ("Dimensionalontologie"): "Ein und dasselbe Ding, aus seiner Dimension heraus in verschiedene Dimensionen hinein projiziert, die niedriger sind als seine eigene, bildet sich auf eine Art und Weise ab, dass die Abbildungen einander widersprechen. Projiziere ich beispielsweise das Trinkglas da, geometrisch ein Zylinder, aus dem dreidimensionalen Raum heraus in die zweidimensionalen Ebenen des Grund- und Seitenrisses hinein, dann ergibt dies in einem Falle einen Kreis, im anderen jedoch ein Rechteck." (Frankl 1991, 144) In der eindimensionalen Betrachtung besteht die Täuschung darin, dass sie das Wahrgenommene in einer Bedeutung erkennt, die dem Ganzen nicht entspricht. Ein Aspekt wird nicht als einer unter mehreren Aspekten gesehen, eine mögliche Bedeutung wird für die einzig mögliche gehalten.

Die Illusion besteht aus zwei prinzipiellen Täuschungen: Erstens, dass nun gerade *ein* Aspekt genau *eine* Bedeutung determiniert und eine eventuell *andere* Bedeutung gar nicht in Betracht kommt. Die zweite Art der Täuschung ignoriert neben dem *einen* Aspekt mögliche *andere* Aspekte, welche die Gesamtbedeutung verändern könnten. Der wahrgenommene Aspekt an sich kann nicht die Täuschung sein, ebenso wenig kann die erkannte Bedeutung an sich falsch sein, die Illusion ergibt sich aus dem speziellen *Zusammenspiel* eines verabsolutierten Aspektes mit einer einzigen Bedeutung.

Der Begriff "Illusion" entlehnt sich aus dem Lateinischen und wird meist synonym mit "Täuschung" verwendet. Als phänomenale Kategorie scheint mir das Fremdwort günstiger, weil "Täuschung" umgangssprachlich eher mit einer negativen Absicht oder Inkompetenz assoziiert wird. Illusion ist aber auch das Spiel mit dem Sinnlichen. Das spielerische Moment soll in der Illusion durchaus enthalten bleiben.

Symbol

Dieses aus dem Altgriechischen stammende Wort gliedert sich in eine Vorsilbe, die sich aus dem als Präposition oder Adverb verwendeten "sýn" ableitet und "(zusammen)... mit" bedeutet. Den Wortstamm bildet das Verb "bállein", das meist mit "werfen" und "treffen" übersetzt wird. Bei einem Symbol geht es der ursprünglichen Wortbedeutung nach um das Zusammenwerfen oder Zusammentreffen, und in diesem Sinne gebrauchten es bereits die alten Griechen als Verb. Ein "sýmbolon" war ein Erkennungszeichen zwischen Freunden oder Vertragspartnern zur späteren Wiedererkennung. Man zerbrach einen Ring oder ähnliches und vergab die Bruchstücke. Bei einem späteren Treffen fügte man die Teile zusammen, damit sich zeigen konnte, ob sie vom selben Ganzen stammten oder nicht (Kluge 1989).

Ein Symbol kann zu einem Zeichen werden, aber diese beiden Begriffe sind nicht synonym und gegenseitig austauschbar, wie es umgangssprachlich häufig geschieht (und teilweise auch möglich ist). Wie oben skizziert zeigt schon die Etymologie, dass ein Symbol ein *besonderes* Zeichen ist.

Ferdinand de Saussure, ein Vertreter der Semiotik, der Lehre von den Zeichen, definiert Zeichen als Verbindung eines Signifikanten und eines Signifikats (also dem Bezeichnendem und dem Bezeichnetem). Die Beziehung zwischen diesen beiden ist willkürlich (arbiträr). Die Bedeutung eines Zeichens besteht nicht an sich, sondern ist durch das Bezugssystem der Sprache festgelegt (Kunzmann et al. 2003, 239). Saussure hat den Symbol-Begriff ausgeschieden, weil dieser eine Vorstellung von Motivation enthält; im Gegensatz dazu ist ein Zeichen unmotiviert (Barthes 1983, 33).

Später setzt sich Jacques Derrida mit der Schriftsprache auseinander und merkt an, dass ein lineares Ablaufschema (also eine *Zeichen*folge wie im Sprechen oder in unserer geläufigen Schrift) die Mehrdimensionalität eines Symbols verdrängen kann. Diese Mehrdimensionalität blockiert aber nicht die Simultaneität (also das gleichzeitige Vorhandensein anderer Symbole). Die mehrdimensionale symbolische Struktur stellt sich *nicht* in der Kategorie der Simultaneität dar, die ein "linearistischer Begriff" bleibt (Derrida 1983, 152). Anschaulich wird dieses Problem der Linearität auch durch die obige Abbildung nach Rudolf Arnheim (Abb.1): Linearität entsteht durch die Abfolge von Einzelbildern, die durch eine Art Erzählstrang miteinander verbunden sind. Ohne diese narrative Verknüpfung hat das Einzelbild eine andere Bedeutung. Der französische Phänomenologe Paul

Ricœur spricht von einer *semantischen Innovation*, wenn durch die Verletzung der etablierten semantischen Ordnung eine neue Bedeutung entsteht (vgl. Mattern 1996, 140).

In der Geschichte der Psychotherapie spielt der Symbolbegriff von Anfang an eine wichtige Rolle. Sigmund Freud ging davon aus, dass sich unbewusste Regungen durch Symbole äußern können. Besonders der Traum bedient sich der Symbolik "zur verkleideten Darstellung seiner latenten Gedanken" (Freud 2000 (1900), 347). Die Symbolik ist für Freud nicht eine Eigenheit des Traumes, sondern gehört allgemein dem unbewussten Vorstellen an, sie findet sich auch in den Mythen, Sagen und Redensarten sowie in den "umlaufenden Witzen" (ebd., 347). Bei C.G. Jung spielt der Begriff Symbol eine zentrale Rolle. Ein Symbol kann die Libido äquivalent ausdrücken und eben dadurch in eine andere Form als die ursprüngliche überführen. So nennt Jung das Symbol auch "Libidogleichnis", für ihn sind Symbole die eigentlichen Energietransformatoren des psychischen Geschehens (Jakobi 1994, 97). Das Symbol hat einen Archetypus, einen unanschaulichen, aber energiegeladenen Bedeutungskern in sich. Der Inhalt eines Symbols lässt sich niemals rational voll ausdrücken, ein Symbol kann nie restlos gedeutet werden (ebd.). Etwas als Symbol zu erkennen braucht die Gabe, ein Objekt (z. B. einen Baum), nicht bloß in seiner konkreten Erscheinung, sondern als Sinnbild von etwas mehr oder minder Unbekanntem anzusehen (z. B. den Baum als Symbol eines Menschenlebens). In Jungscher Tradition sieht Verena Kast Symbole als "Wegmarken des Individuationsprozess", im therapeutischen Prozess sind sie "Brennpunkte unserer menschlichen Entwicklung", denn sie bestehen aus etwas sinnenhaft Fassbaren, sie verweisen aber auch auf etwas Hintergründiges. Symbole haben einen "Bedeutungsüberschuss in der jeweiligen Situation", dieser bewirkt, "dass das Symbol Hoffnungen in uns weckt und Erwartungen am Leben hält" (Kast 2000).

Viktor Frankl sieht im Symbol die Möglichkeit, das Unfassbare irgendwie fasslich zu machen. Frankl beschreibt ein im Menschen tief verankertes symbolisches Bedürfnis, das er im Zusammenhang mit einem metaphysischen Bedürfnis erwähnt. Das Symbol meistert "die Vergänglichkeit der Vergegenwärtigung" (Frankl 1996, 237). Das Absolute wird nach Frankl nicht *mit* dem Symbol, sondern *im* Symbol erfasst. Der "transzendente Gegenstand" lässt sich durch den "immanenten Inhalt des Symbols" hindurch immer wieder aufs Neue transzendieren. Damit dieser immanente Inhalt "durchlässig" bleiben kann für den transzendenten Gegenstand, ist es notwendig, dass das Symbol niemals wörtlich und buchstäblich genommen wird (ebd.).

Chaos

Die letzte der vier phänomenalen Kategorien meiner Systematik ist das "Chaos". Das gleich lautende altgriechische Wort bedeutet "weiter Raum", insbesondere ist der leere,

⁹ Lat. "illudere" (beinhaltet "ludus" = Spiel) kann übersetzt werden mit: sein Spiel treiben, übel mitspielen, täuschen, betrügen, verspotten.

¹⁰ Das mit dem altgr. "cháos" korrespondierende Verb "chásko" bzw. "chaíno" wird übersetzt mit "klaffen", "sich öffnen"; damit etymologisch verwandt sind lat. "hiare" ("der Hiatus" – die Kluft), mittehl hochdeutsch "ginen" und das neuhochdeutsche "gähnen" (Gemoll 1954).

unermessliche Weltenraum gemeint¹⁰ (Gemoll 1979). Laut Kluge (1989) gab es in der Antike zwei unterschiedliche Vorstellungen: Zum einen wurde das Chaos als sich bildende gähnende "Kluft" zwischen Himmel und Erde gesehen, zum anderen als eine ursprünglich vorhandene "formlose, ungeordnete Urmasse". Das Wort Chaos ist in der Umgangssprache eher negativ besetzt, sofern nicht ein "kreatives Chaos" gemeint ist. Man denke an das Verkehrschaos oder die Bezeichnung "Chaot". Wenn wir nun das Chaos als phänomenale Kategorie betrachten wollen, stellt sich überhaupt einmal die Frage: Ist das Chaos etwas, das sich ereignet oder etwas, das man beobachtet, oder beides? Passiert Chaos objektiv oder subjektiv oder beides, ist es in der Außenwelt, unabhängig von einem Beobachter oder in der Innenwelt eines Beobachters? Wird ein Chaos wahrgenommen oder ist es in der Wahrnehmung?

Eindeutigkeit gibt es nicht als objektives Faktum, sie braucht essentiell die subjektive Empfindung. Die Empfindung der Eindeutigkeit stellt sich ein, wenn unterschiedliche Aspekte gemeinsam vergegenwärtigt sind (Repräsentation), oder als Illusion, wenn Aspekte fehlen, die sonst ein ganz anderes eindeutiges Bild ergeben würden. Ist ein Phänomen als Symbol gegeben, können sich im Vorhandenen mehrere Bedeutungen zeigen. Die Empfindung von Eindeutigkeit ist verbunden mit einem Gefühl von Klarheit und Gewissheit. Verwirrend wird es dann, wenn viele Aspekte da sind, die nicht die Repräsentation eines eindeutigen Phänomens sind, sondern viele Bedeutungen haben können. Dies ist verbunden mit dem Gefühl von Unklarheit, Verwirrung, eventuell Verunsicherung. Ganz anders ist es beim Symbol, wo es auch eine Erweiterung der Bedeutungsmöglichkeiten, also eine Mehrdeutigkeit gibt. Im Symbol relativiert sich die Bedeutung als eine von mehreren möglichen Bedeutungen, ohne dass eine davon festgelegt ist (sonst wäre es ein Zeichen). Ein Symbol zu erkennen wirkt befreiend, man sieht auch etwas anderes und bricht aus der Enge einer zunächst angenommenen Eindeutigkeit aus. Im Gegensatz zum Chaos hat man mit einem Symbol etwas Konkretes in der Hand, etwas das man körperhaft und eingegrenzt - einzeln - betrachten kann. Beim Chaos ist das nicht der Fall, denn man hat vieles einzeln in der Hand - viele Einzelmerkmale, die kein erkennbar Ganzes ergeben. Es ist uneindeutig, es fehlt das einheitliche und ganzheitliche sich Zeigen. Uneindeutigkeit bei vielen einzelnen Merkmalen ergibt Chaos. Die Unschärfe und Konturlosigkeit von Phänomenen, die dieser Kategorie zugeordnet werden können, möchte ich mit einem Beispiel aus der Musikwelt illustrieren: Manche Menschen lieben ihn, andere können überhaupt nichts damit anfangen: der Jazz. Die einzelnen Tonsequenzen und Klangfiguren der beteiligten Musiker als Ganzes zu erfassen und einheitlich zu erleben, ist nicht jedem Zuhörer gleichermaßen gegeben. Für die einen wirkt es wie ein irritierendes Aufeinandertreffen verschiedener akustischer Eindrücke, andere wiederum schätzen gerade das, was sich zwischen den einzelnen Rhythmen und den Musikern abspielt. Was für die einen pures Chaos ist, ist für die anderen ein reines Musikerlebnis. Ein typisches Merkmal des Chaos ist die Unfassbarkeit. Das Unfassbare leuchtet als Chaos am Horizont des Fassbaren auf. Um der Undeutlichkeit dieses Unfassbaren zu begegnen, gibt es die Möglichkeit, ihm eine Bedeutung zu geben, also bewusst eine Illusion zuzulassen. Die andere Möglichkeit ist ein gespanntes Warten, ob sich nicht doch etwas klar zeigt, also sich bewusst auf eine Erfahrung einzulassen. Für Ersteres ist die Phantasie gefragt, die Fähigkeit zu träumen und sich etwas vorzustellen, für das Zweite die Offenheit für das Unerwartete, das sich zeigen wird. Beides braucht es.

Das Vorhandensein eines Chaos ist nicht primär negativ, ein Chaos ist ein oft unvermeidliches Zwischenstadium in einem Erkenntnisprozess, die gezielte Herbeiführung von Chaos kann die Psychotherapie voranbringen. Irritation ist ein therapeutisches Wirkelement, das mehr oder minder implizit in allen Psychotherapieformen eingesetzt wird (vgl. Hohagen et al. 2004, 232). Die Problematik, in der sich ein Patient befindet, sollte zunächst umfassend erkannt werden, dabei kann das Beleuchten neuer Aspekte den Patienten irritieren, vor allem wenn es um ungewöhnliche Sichtweisen geht. In der Psychopathologie gibt es zahlreiche Phänomene, die mit Verwirrung und Unklarheit verbunden sind und die in die Kategorie Chaos eingeordnet werden können. Menschen, die eine Psychose erleiden, erleben die Welt und sich selbst als äußerst verwirrend, die gewohnte Wahrnehmung ist beeinträchtigt, nichts mehr kann Halt vermitteln. Das Denken und Sprechen von Patienten in einer Psychose verliert für andere häufig den verständlichen Zusammenhang. Ein weiteres psychopathologisches Phänomen ist die Dissoziation. Dissoziierende Menschen verlieren das einheitliche Erleben der Gegenwart, sie wirken auf andere teilnahmslos und "abwesend", es ändert sich für sie die Wahrnehmung der Welt (Derealisation), oft auch das Zeitgefühl. Manchmal verlieren sie auch das ganzheitliche Empfinden ihrer selbst, des eigenen Körpers, sie erleben sich außer oder neben sich (Depersonalisation), im Extremfall verändert sich – auch in der Zahl - die Evidenz der eigenen Identität (Dissoziative Identitätsstörung).

HEURISTIK DER PHÄNOMENALEN KATEGORIEN IM KONTEXT DER PSYCHOTHERAPIE

Für das Selbstmanagement dissoziativer Symptome haben sich "antidissoziative Fertigkeiten" bewährt, die meistens auf eine Aktivierung des sensorischen Systems abzielen und so eine Reorientierung in der Gegenwart ermöglichen. Dies erfolgt durch starke Sinnesreize, etwa laute Geräusche, stechende Gerüche, Kältereize, körperliche Aktivität (Bohus 2002, 64). Dadurch soll der Aspekt des Hier und Jetzt durch alles momentan Gegenwärtige hindurch spürbar werden. In der Behandlung von Menschen mit psychischer Traumatisierung muss es darum gehen, ihnen zu helfen, von der "Heimsuchung durch die Vergangenheit" wegzukommen und an der Gegenwart Anteil zu nehmen (van der Kolk et al. 2000). Das irritierende Chaos aus Erinnerungsfragmenten, denen der Zeitaspekt fehlt, wird durch Aspekte ergänzt, in denen die zeitliche und örtliche Gegenwart in den Brennpunkt kommt. Die Bewusstheit der Zeitlichkeit macht es möglich, dass Trauma als etwas Vergangenes einzuordnen. Neben den starken Sinnesreizen, die das Erleben von unmittelbarem Dasein vermitteln, spielt in der Psychotherapie die Schärfung der Sinne für die subtilen

Aspekte des Gegenwärtig-Seins eine Rolle. Davon zeugt der Stellenwert der Achtsamkeit (mindfullness) und daraus abgeleiteter Trainingsprogramme. Insofern es um das Zusammenführen, Relativieren und Ergänzen einzelner Aspekt zu einem kohärenten Gesamtbild einschließlich der historischen (zeitlichen) Dimension handelt, liegt hier eine phänomenale Repräsentation zu Grunde. Psychotherapie basiert in aller Regel auf Gesprächen. Dadurch kommt unweigerlich ein "narratives Prinzip" herein. Durch das Erzählen des Erlebten entsteht dazu eine Distanz, die eine Betrachtung des Geschehens oft erst möglich macht. Auch das ist phänomenale Repräsentation, durch die sich im Gesprächsverlauf zeigenden Aspekte wird das Gesamtbild klarer. Es geht dabei nicht nur um die Geschichte für sich selber, die das Erfahrene repräsentiert, sondern auch um die Beachtung und Anerkennung dieser Geschichte durch andere.

Eine besondere Form der Repräsentation, die vor allem in den humanistischen Therapieformen kultiviert wird, ist die menschliche Begegnung. In der Begegnung zwischen Patient und Therapeut sind beide in einer Weise gegenwärtig, die jenseits der einzelnen, isolierten "Gegenwarten" der im "Setting" Beteiligten ist. Alfried Längles Aussage zur Phänomenologie in der existenzanalytischen Praxis trifft ganz allgemein für die therapeutische Situation zu und wohl auch für jede menschliche Begegnung: "Durch die Begegnung in der offenen und zugewandten phänomenologischen Haltung entsteht ein generatives Feld, in welchem sich die Partner in einer Wir-Einheit erleben" (Längle 2008, 21). Für das Selbstbild, das Selbstvertrauen und das Selbstwertgefühl ist sowohl die Selbstwahrnehmung als auch die Wahrnehmung durch den anderen von essentieller Bedeutung. Im Dialog zwischen Menschen beziehen sich die jeweiligen Sichtweisen konstruktiv aufeinander, jeder nimmt am gemeinsamen kreativen Prozess teil und kann sich neu wiederfinden. Im dialogischen Austausch eines psychotherapeutischen Gespräches kann und darf jemand Aspekte von sich durch die Augen eines Anderen wahrnehmen, wodurch sein Selbstbild insgesamt umfassender werden und an Tiefe gewinnen kann. Die wertschätzende Wahrnehmung durch andere ermöglicht es einem durch Selbstzweifel gequälten Menschen oft erstmals, sich selbst zu achten und zu bejahen.

Somit lassen sich drei wichtige Elemente als allgemeine psychotherapeutische Wirkfaktoren der Repräsentation zusammenfassen: *Gegenwärtig Sein* als umfassendes hier und jetzt Dasein, der Sinn für die Zusammenhänge und Entwicklungen (*Geschichte*), sowie *Begegnung* als gegenseitige Anteilnahme am Wesen des anderen.

Symbole im therapeutischen Kontext verweisen auf das Subjekt des Symbols, auf denjenigen, der etwas als Symbol sieht. Deshalb erscheinen Symbole nicht in einem faktischen Zusammenhang. Es gilt vielmehr, das Netz der aufeinander bezogenen Aspekte aufzuknüpfen und die Eindeutigkeit aufzugeben, zu der sich alles zusammengefügt hat. Dies erfordert Mut zur Irrationalität. Im Übergang von der Repräsentation zum Symbol wird es immer zu Chaos und Illusionen

kommen, geht es doch um ein Hin- und Herpendeln zwischen Objektivität und Subjektivität, zwischen "äußerer" Welt und "innerer" Welt. Eine phänomenale Repräsentation führt zur Objektivität durch Dezentrierung des wahrnehmenden Subjektes (und der Subjekte!), ein phänomenales Symbol führt zu Subjektivität, weil das wahrgenommen Objekt aus dessen Kontext herausgelöst wird.

Eine in der Geschichte der Psychotherapie sehr früh angewendete Methode ist die von Sigmund Freud entwickelte "freie Assoziation", hier liegt der Patient entspannt auf der Couch und spricht möglichst ohne Zensur alles aus, was ihm in den Sinn kommt (Kriz 1994, 32). Die Assoziationen verweisen auf das Subjekt dieser Einfälle, also auf den Patienten im Falle einer Therapie, sie führen in sein inneres Erleben, das möglichst losgelöst von äußeren Determinanten, wie Konventionen und Normen, erkennbar wird.

Die psychotherapeutische Arbeit mit Träumen im Allgemeinen ist Arbeit mit Symbolischem. Das, was sich im Traum zeigt, kann eine Erweiterung der Bedeutung bei wachem Bewusstsein bekommen. So wie Träume Illusionen des Unbewussten im Schlaf sind, die im wachen Zustand als Symbole wirken können, gibt es die bewusste Illusion im Wachzustand. Phantasie und Vorstellungskraft können als therapeutische Wirkelemente eingesetzt werden. "Unsere Fähigkeit zu imaginieren¹¹ ist das Hilfsmittel, das uns in Kontakt bringt mit dem Heilsamen in uns" (Reddemann 2004, 16). Die Psychiaterin Luise Reddemann entwickelte eine Sammlung von Imaginationsübungen, die in der Behandlung von traumatisierten Menschen breite Anwendung finden. Imaginationen können als "Gegenbilder" zu den Schreckensbildern wirken, durch die traumatisierte Menschen immer wieder gequält werden. Durch die Fähigkeit, sich durch Imagination selber Halt und Kraft zu geben, kann eine therapeutische Bearbeitung von Traumas erfolgreich werden.

Weiters ist auch der Einsatz kreativer Methoden in der Psychotherapie (Kunsttherapie etc.) eine Möglichkeit, einen symbolischen Bedeutungsgehalt phänomenologisch zu erschließen.

Phänomene der Kategorie Chaos sind oftmals Grenzphänomene. Sie sind noch nicht klar oder nicht mehr klar, an der Grenze des Greifbaren. Das Eindeutige an ihnen ist ihre Uneindeutigkeit, ihr Aussehen ist das der vielen Gesichter. Im psychotherapeutischen Kontext begegnen uns diese Phänomene häufig als Störungen, doch sind sie ebenso unumgängliche Stufen und Zwischenstadien, aus denen sich neue Entwicklungen ergeben können. Sie können als Katalysator für Entwicklungen wirken. Irritation – sofern sie einfühlsam und im kreativen Sinne gemeint ist - kann ein therapeutischer Wirkfaktor sein. Das Stellen einer Frage, das Anbringen eines Zweifels¹² kann in konstruktiver Weise irritieren. Der Zweifelnde hinterfragt die Eindeutigkeit und Gültigkeit der Evidenz. Jede Form des Hinterfragens beleuchtet ein Phänomen von verschiedenen Seiten, kann bislang verborgene Aspekte sichtbar machen und sich auf die Gesamtbedeutung auswirken. Dem Patienten Fragen zu stellen kann

¹¹ Lat. "imago" = Bild

¹² Das Wort "Zweifel" enthält die Zahl zwei (Zweifalt) und zielt somit auf eine Ambivalenz in der Bedeutung ab.

ihn beunruhigen und verunsichern. Die möglicherweise entstehenden Unklarheiten sollen ihn jedoch zur Suche nach einer klaren Antwort herausfordern, ihn zum Finden seiner Antwort helfen.

Fallbeispiel

Anhand einer kurzen Sequenz einer Psychotherapiestunde soll demonstriert werden, wie die beschriebenen phänomenalen Kategorien als "Hintergrundmatrix" dienen können, um das Vorgehen zu reflektieren. Es handelt sich um eine Therapie mit einer Patientin, die an einer Agoraphobie leidet und sich nur unter Überwindung starker Angst und oftmals mit Hilfe eines Tranquilizers außerhalb ihrer vier Wände begeben kann. Aus einer beiläufig geäußerten Phantasie der Patientin heraus wurde eine In-vivo-Exposition beschlossen, wobei die Anregung dazu von der Patientin kam und mir diese therapeutische Option durchaus viel versprechend erschien. Die Phantasie verwies zunächst auf den Wunsch, der Therapeut würde sie in der Öffentlichkeit ständig begleiten, um als Retter (Symbol) einzugreifen, wenn der befürchtete Kollaps einträte. Es kam auch die Vorstellung der Patientin zur Sprache, der Therapeut wäre dazu da, sie an einem fluchtartigen Verlassen einer mit Angst besetzten Situation zu hindern, sie nötigenfalls auch mit körperlichem Einsatz vom Verlassen eines Lokals abzuhalten, um so Therapiefortschritte zu erzielen (Illusion). Zur Vorbereitung war demnach Klärungsbedarf (Repräsentation - Einbeziehung aller relevanten Aspekte) gegeben, es war etwa ein prinzipielles Verständnis über den Umgang mit Ängsten zu erarbeiten, sowie eine Vorstellung zu vermitteln, wie sich Vertrauen entwickeln kann. Die Tatsache der Begleitung in der Öffentlichkeit war jedenfalls für die Patientin ermutigend und eine "positive Übertragung" förderlich. Der Spaziergang führte zunächst über den am dichtesten frequentierten Platz der Stadt. Beim Betreten des Platzes war die Patientin mit einem grellen Durcheinander von Eindrücken konfrontiert, sie war sichtlich angespannt und hatte das Gefühl, nicht richtig gehen zu können, der Boden wurde als schwankend empfunden (Chaos; diesen Begriff hat die Patientin in der Reflexion danach als sehr treffend für das Erlebte empfunden). Den Anblick anderer Menschen versuchte sie zu vermeiden, sie wäre am liebsten unsichtbar gewesen. Passanten erschienen ihr bedrohlich (Illusion - der Aspekt, dass der bei einem Passanten wahrgenommene Gesichtsausdruck einem als gefährlich eingestuften Menschen entsprechen könnte, ist zwar möglich, in dieser Situation wurde aber ausschließlich das Bedroht-Sein als relevant empfunden; die Möglichkeit eines Aspektes wurde mit der Gültigkeit einer Bedeutung verbunden, darin bestand die Illusion. Denkbar wäre zwar, dass später der mit diesem Aspekt assoziierbare symbolische Gehalt erarbeitet wird, während der In-vivo-Konfrontation schien mir jedoch zunächst die Orientierung an der gemeinsamen "Außenwelt" geboten). Ich versuchte ihre Aufmerksamkeit auf Aspekte zu lenken, die keine Bedrohung vermitteln, etwa die tief stehende Sonne, den kühlen Wind, Details historischer Gebäude (Repräsentation - Achtsamkeit für mehrere eher unscheinbare Aspekte gerade dieser jetzt erlebten Minuten; quasi als Relativierung, um der zuvor eingetretenen Verabsolutierung eines Aspektes einen Ausgleich durch andere Aspekte zu ermöglichen). Als wir an einem fast menschenleeren Flussufer ankamen, ließ ihre Anspannung nach. Ein idyllisches Stück Natur bot sich unseren Blicken an: zwischen den Sträuchern einer mit Gras bewachsenen Uferböschung schwammen Enten. Die Frage nach ihrem Empfinden beantworte sie mit "beruhigend". Dann kam noch ein Zusatz: "Wenn ich mich übergeben müsste, sieht das hier niemand." Das Stück Natur bedeutete für die Patientin auch - und zu diesem Zeitpunkt vor allem - Schutz, da ihr Erbrochenes hier nicht auffallen würde; anders als auf den kultivierten Flächen. Dieser Ausschnitt mit wilden und unregelmäßigen Pflanzen verwies in einen Bedeutungsraum, der nur für diese Patientin gültig war (Symbol). Er führte zum Kern der Angst, nämlich zur Befürchtung, das Innerste könnte sich unkontrolliert nach außen wenden und wäre für alle sichtbar. Er zeigte aber auch eine Schutz vermittelnde Ressource: die Natur.

Einige Therapiestunden später berichtete die Patientin über einen erfolgreichen Umgang mit einer Panikattacke: Sie kam mit dem Auto vor einer Ampel zu stehen und verspürte das "Aufsteigen" der Angst. Die Achtsamkeitsprinzipien beherzigend war sie bemüht, sich den Aspekten der Welt zuzuwenden und den Blick von ihrem inneren Erleben nach außen zu richten (Repräsentation). Als sie um sich herumblickte, sah sie im Auto daneben einen Langhaarcollie. Dies war für sie ein erfreulicher Anblick, da sie der Hund an Lassie erinnerte, mit dem sie viel Positives verband (Symbol). Die Angst war inzwischen verschwunden.

ZUM SCHLUSS

In dieser Arbeit wurde ein Kategoriensystem vorgestellt, das einen konzeptuellen Hintergrund anbieten kann für die Art, in der ein Phänomen erscheint. Es soll vornehmlich im psychotherapeutischen Kontext ein heuristisches Behelfs-

| | Eindeutigkeit | Mehrdeutigkeit |
|----------------------------|----------------|----------------|
| Mehrzahl von Aspekten | Repräsentation | Chaos |
| Minderzahl von Aspekten | Illusion | Symbol |

mittel für Wahrnehmungs- und Erkenntnisprozesse sein. In erster Linie ist diese Systematisierung der Versuch, eine phänomenologische Haltung in der Psychotherapie zu unterstützen.

Das Modell der phänomenalen Kategorien abschließend in tabellarischer Übersicht:

Literatur

Arnheim R (1978) Kunst und Sehen: eine Psychologie des schöpferischen Auges – Neufassung, Berlin, New York: de Gruyter

Ash SE (1951) Effects of group pressure upon the modification and distortion of judgement. In: Guetzkow (ed.) Groups, leadership and men. Pittsburgh: Carnegie Press

Barthes R (1983) Elemente der Semiologie. Frankfurt/Main: Suhrkamp

Berns GS et al. (2005) Neurobiological correlates of social conformity and independence during mental rotation. Biol Psychiatry 58 (3), 245-253

Bohus M (2002) Borderline-Störung. Fortschritte der Psychotherapie Bd. 14. Göttingen: Hogrefe

Derrida J (1983) Grammatologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Fellmann F (2006) Phänomenologie zur Einführung. Hamburg: Junius

Frankl VE (1991) Der Wille zum Sinn. München: Piper

Frankl VE (1996) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber

Freud S (2000) Studienausgabe Band II: Die Traumdeutung (1900). Frankfurt am Main: Fischer

Gemoll F (1954, Nachdruck 1979) Griechisch-Deutsches Schul- und Handwörterbuch. München, Wien: Freytag, Hölder-Pichler-Tempsky

Hohagen F et al (2004) Psychotherapie. In: Berger M (Hg) Psychische Erkrankungen. 2. Aufl. München, Jena: Urban und Fischer

Husserl E (1985) Die phänomenologische Methode. Ausgewählte Texte I. Hrsg. von Klaus Held. Stuttgart: Reclam

Husserl E (1986) Phänomenologie der Lebenswelt. Ausgewählte Texte II. Hrsg. von Klaus Held. Stuttgart: Reclam

Husserl E (1991) Ding und Raum. Vorlesungen 1907. Hrsg. von Karl-Heinz Hahnengress und Smail Rapic. Hamburg: Meiner

Husserl E (1993) Arbeit an den Phänomenen. Ausgewählte Schriften. Herausgegeben und mit einem Nachwort versehen von Bernhard Waldenfels. Frankfurt/Main: Fischer

Jakobi J (1994) Die Psychologie von C.G. Jung. Frankfurt am Main: Fischer

Kast V (2000) Der Individuationsprozess als Sinnerfahrung. Existenzanalyse 17, 2, 13-21

Kluge F (1989) Etymologisches Wörterbuch der deutschen Sprache. 22. Aufl. Berlin, New York: de Gruyter Kriz J (1994) Grundkonzepte der Psychotherapie. 4. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union

Kunzmann P, Burkard FP, Wiedmann F (2003) dtv-Atlas Philosophie, 11., aktualisierte Auflage. München: Deutscher Taschenbuch Verlag

 Längle A (1989) Anmerkungen zur phänomenologischen Haltung und zum Wirklichkeitsbegriff in der Psychotherapie. In: Selbstbild und Weltsicht – Phänomenologie und Methode der Sinnwahrnehmung. Tagungsbericht Nr. 1/1989 der GLE

Längle A (2008) Das Bewegende spüren – Phänomenologie in der (existenzanalytischen) Praxis. Existenzanalyse 24, 2, 17-29

Mattern J (1996) Paul Ricœur zur Einführung. Hamburg: Junius

Merleau-Ponty M (1966) Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter

Reddemann L (2004) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. 10. Aufl. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

van der Kolk BA, van der Hart O, Marmar CR (2000) Dissoziation und Informationsverarbeitung beim posttraumatischen Belastungssyndrom. In: van der Kolk BA et al. (Hg) Traumatic Stress. Paderborn: Junfermann

Whorf BL (1963) Sprache, Denken, Wirklichkeit. Reinbek: Rowohlt

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Joachim Arnold, MSc Stadtplatz 42 A-5280 Braunau am Inn kontakt@dr-arnold.at

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. Silvia Längle

Redaktion: Mag. Markus Angermayr, Uschi Dobrowolski, Dr. Astrid Görtz, Mag. Christine Koch, Franziska Linder, Ian Lindner, Dr. Fernando Lleras, Mag. Susanne Pointner, Martha Sulz, Christine Wicki-Distelkamp

Redaktion: Eduard-Sueß-Gasse 10; A-1150 Wien

Tel./Fax: 0043/1/9859566
E-Mail: gle@existenzanalyse.org

Layout: Ruth Veres Satz: Sabine Wutschek

Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

"EXISTENZANALYSE" ist das offizielle Organ der Gesellschaft fürLogotherapie 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

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 BEGEGNUNG MIT DEM NICHTS

Innere Leere und Sucht

Elsbeth Kohler, Johannes Rauch, Oliver Bachmann

In dem Artikel werden die neuesten neurophysiologischen Erkenntnisse über die innere Leere dargestellt, und schließlich folgt eine existenzanalytische Annäherung an das Phänomen. Der Zusammenhang der inneren Leere mit der Sucht und dessen Behandlung in der stationären Therapie werden beschrieben. Die therapeutische Behandlung stützt sich sowohl auf die neuesten Forschungsergebnisse der Neurobiologie als auch auf die Grundlagen der Existenzanalyse. So bilden die personale Beziehung und die Methoden der Existenzanalyse die Grundlage für die Methoden der Traumatherapie, der dialektisch behavioralen Therapie und der Suchtbehandlung.

SCHLÜSSELWÖRTER: Behandlung, Innere Leere, Persönlichkeitsstörung, Sucht ENCOUNTER WITH NOTHINGNESS – INNER EMPTINESS AND ADDICTION

Newest neurophysiologic knowledge of inner emptiness is presented in this article, followed by an existential analytical approach towards the phenomenon. The connection between inner emptiness and addiction, as well as its inpatient treatment are described. Therapeutic treatment bases both on newest results of research in neurobiology and on the fundaments of existential analysis. Personal relationship and the methods of existential analysis constitute the basis for the methods of trauma therapy, dialectical behavior therapy, and addiction treatment.

KEYWORDS: treatment, inner emptiness, personality disorder, addiction

INNERE LEERE UND SUCHT – UNTER BERÜCK-SICHTIGUNG NEUROPHYSIOLOGISCHER ERKENNTNISSE

In den internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV werden "chronische Gefühle innerer Leere" als Kriterium der Borderline Persönlichkeitsstörung definiert. "Innere Leere" wird zu den zentralen Grundgefühlen von Borderlinebetroffenen gezählt (Sendera & Sendera 2010, 70ff). Dieser von Nicht-Betroffenen schwer zu verstehende Gefühlszustand lässt sich aufgrund gesammelter Aussagen von Betroffenen wie folgt therapeutisch fassen:

Das Gefühl innerer Leere hat die Qualität eines alles verschlingenden inneren schwarzen Loches. Jede Lebendigkeit geht verloren. Jedwedes "Sich Spüren" und "Sich Fühlen" geht verloren. Es ist wie ein inneres Absterben, sich innerlich wie tot fühlen. Man verliert den Kontakt zu sich selbst und zur Umwelt und gerät in eine eisige, einsame Isolation. Es droht die innere Auflösung und Vernichtung. Der Gefühlszustand wird als quälend, unaushaltbar, extrem belastend, vernichtend erlebt.

Ähnliche Beschreibungen von Betroffenen haben Knuf & Tilly (2007, 27-28) gesammelt.

Eng verbunden mit dem Gefühl der Inneren Leere ist ein Erleben extremer körperlicher Anspannung, einem als unaushaltbar erlebten Spannungszustand, dem kein Gefühl, keine Gefühlslage zuordenbar ist. Zusätzlich problematisch dabei ist, dass auch die Denkfunktionen beeinträchtigt sind und aufgrund der Distanziertheit zum eigenen Erleben externe und interne Informationen nicht im Sinne einer hilfreichen Problemlösung genutzt werden können. Oft tritt innere Leere im Zusammenhang mit dem Alleinsein, der Reizarmut oder Reizlosigkeit und dem daraus resultierenden

"Auf-sich-zurückgeworfen-Sein" sehr quälend auf. Den betroffenen Menschen fehlen dabei die Möglichkeiten der internalen Steuerung und die Handlungsmöglichkeiten zur Veränderung dieses Erlebniszustandes.

Die Polyvagal-Theorie

Was hat die neurophysiologische Forschung dazu zu sagen? Mit der von Stephen Porges (2010) entwickelten Polyvagal-Theorie liegt ein interessanter Ansatz für ein vertieftes Verständnis des Gefühls der inneren Leere und zu davon ableitbaren Therapiemöglichkeiten vor. Die nachfolgenden Ausführungen beschränken sich dabei auf die Darstellung der defensiven Subsysteme, die bei (potentieller) Bedrohung aktiviert werden und der Sicherung des Überlebens dienen.

Die polyvagale Theorie erweitert das bislang weit verbreitete Verständnis der Aufteilung des vegetativen Nervensystems in einen sympathischen und einen parasympathischen Zweig, die als Gegenspieler den Organismus zwischen Aktivierung und Beruhigung pendeln lassen. Das Modell lässt sich nun aufgrund der neuesten Forschungsergebnisse zu einem hierarchischen, aufeinander aufbauenden Gesamtsystem an autonomen Reaktionsmustern erweitern. Selbstregulation und Verhaltensreaktionen beginnen stammesgeschichtlich mit der Herausbildung eines einfachen "Hemmungs-" bzw. "Defensivsystems", dem dorsal-parasympathischen Vagus Komplex. Es setzt sich in der Entwicklung eines sympathikoton gesteuerten Flucht-Kampf-Systems (Aktivierungssystem) fort und endet stammesgeschichtlich in der Entstehung eines komplexen Systems sozialen Engagements, dem ventral-parasympathischen Vagus Komplex. Dieses letzte Reaktionsmuster beinhaltet die soziale Kontaktaufnahme, Kommunikation und das soziale Lernen innerhalb einer Gruppe. Wesentlichste Voraussetzung ist das Vorhandensein von Schutz und Sicherheit. Fehlt Sicherheit bzw. ist diese durch soziale Interaktion und Hilfesuchverhalten (etwa dem "disstress cry") nicht herstellbar, erfolgt die Aktivierung des zweiten Reaktionssystems der Mobilisation. Dies betrifft die Fähigkeiten des Organismus zu Flucht- und Kampfverhalten aufgrund einer angstauslösenden Bedrohungssituation. Das höherwertige System des sozialen Engagements ist ausgeschaltet. Die Problemlösekompetenz durch Nachdenken und die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation sind stark eingeschränkt. Es erfolgt eine Mobilisierung zum Zwecke der Ausführung von Flucht- und/oder Kampfreaktionen. Versagt dieses Lösungsmuster ebenfalls, sind also weder Flucht noch Kampf möglich, so folgt die erste und früheste Phase der Immobilisation. Sie betrifft die Reaktionsmöglichkeiten des Organismus sich tot zu stellen und in die Bewegungslosigkeit zu verfallen, einem Zustand des Einfrierens bzw. des Erstarrtseins.

In der Theorie wird nun davon ausgegangen, dass bei Säugetieren die Entwicklung des vegetativen Nervensystems die neurophysiologische Grundlage für emotionales Erleben und affektive Prozesse darstellt (Porges 2010). Die Theorie erklärt nachvollziehbar, dass die unterschiedlichen, durch den Vagusnerv modulierten Erregungszustände nicht nur die Flexibilität und Differenziertheit von Verhaltensantworten, sondern auch die psychischen Erlebnisqualitäten maßgeblich beeinflussen. Das Vegetativum reguliert unwillkürlich den emotionalen Eindruck und Ausdruck, die Interaktionsqualität und die Fähigkeit der Selbstregulation.

Die polyvagale Theorie verbindet die Reifung des vegetativen Nervensystems mit der Entwicklung eines sogenannten "Toleranzfensters". Dieses entspricht einem für Menschen optimalen Erregungs- bzw. Aktivierungsbereich (Arousal). Die Größe des Fensters und damit des Toleranzbereichs ist bei Menschen unterschiedlich. Innerhalb dieses Bereichs stehen den Menschen die meisten Reaktions- und Verhaltensoptionen zur Verfügung, wie etwa

- soziales und emotionales Engagement über verbale und nonverbale Interaktionsmuster (Beziehungsfähigkeit);
- das eigene Erleben und Verhalten zu reflektieren (Reflexionsfähigkeit);
- sich flexible Gedanken darüber zu machen, welche Absichten hinter den Verhaltensweisen anderer Menschen stehen können (Mentalisierungsfähigkeit);
- sich auf neues Einlassen und dazulernen (Lernfähigkeit);
- eigene Gefühle wahrzunehmen, differenzieren und regulieren zu können (Fähigkeit zur Gefühlswahrnehmung und Affektregulation).

Dieses Toleranzfenster des optimalen und komfortablen Arousals wird oberhalb und unterhalb von den Zonen des Hyperarousals (Übererregung) und des Hypoarousals (Untererregung) flankiert. Mit diesen Bereichen sind ebenfalls bestimmte Reaktions- und Verhaltensoptionen verbunden, die nachfolgend dargestellt werden (vgl. Tabelle 1).

Das "Toleranzfenster"

| HYPERAROUSAL ZONE | Zone der Übererregung |
|--|--|
| Kampf/Flucht/Freeze Dissoziation in Form von: Intrusion, Flashbacks | Verhaltensoptionen: Mobilisierung durch Flucht, Angriff, sympathikotones Einfrieren ("freeze" Typ 1, "Orientierungsstarre"; "freeze" Typ 2, "Lähmungsstarre")¹ |
| | Sympathischer Zweig des au- tonomen Nervensystems Muskeln steif, angespannt |
| TOLERANZFENSTER | Zone des optimalen, komfortablen Arousals |
| Bindung/Beziehung/Ler- nen | Verhaltensoptionen: Sozial orientierte Interaktionen wie Iernen, denken, entscheiden, problemlösen, regulieren, mentalisieren, verhandeln, Hilfe anfragen |
| Achtsamkeit Gegenwartspräsenz | Ventral-Parasympathischer Zweig des autonomen Nerven- systems |
| hypoarousal zone | Zone der Untererregung |
| Freeze/Unterwerfung Totstel- len ("schlaffe Imobilität") Dissoziation in Form von: Derealisation, Depersona- lisation | Verhaltensoptionen: Immobilisierung durch emotionale Taubheit, Gefühllosigkeit, Bewegungs- und Verhaltensstarre ("freeze" Typ 2, "Lähmungsstarre), Totstellen und totale Unterwerfung ("total collapse") |
| | Dorsal-Parasympathischer Zweig des autonomen Nerven- systems Muskel steif, eher schlaff als angespannt |

Tab.1: Toleranzfenster

Innere Leere, polyvagale Theorie und Toleranzfenster

Die Grundüberlegung ist, dass jedes emotionale Erleben mit einem spezifischen physiologischen Status einhergeht. Dieser physiologische Erregungszustand eines Menschen ist determinierend für dessen Erlebens- und Reaktionsmöglichkeiten. Damit eröffnet sich eine neue Denk- und Verständnismöglichkeit: Man kann ein erlebtes Gefühl in seiner Abhängigkeit vom Zustand und der Veränderungsflexibilität des autonomen Nervensystems betrachten. Ein bestimmter physiologischer Grundzustand (Erregungszustand des vegetativen Nervensystems) ermöglicht oder verhindert ein bestimmtes emotionales Erleben. Darauf aufbauend könnten verstärkt therapeutische Strategien zur verbesserten Regulation des Vegetativums entwickelt werden, um entweder den

¹ Aus der Orientierungsstarre, mit der Möglichkeit zu nachfolgendem Kampf und Flucht wird bei Aussichtslosigkeit Lähmungsstarre. Bei dieser Art der Erstarrung werden das sympathische und das parasympathische Nervensystem gleichzeitig erregt. Es geht mit einem Gefühl des Gefangenseins und Ausgeliefertseins einher.

sympathisch-adrenergen Tonus zu dämpfen oder den parasympatisch-dorsalen Tonus zu erhöhten, um in einen Bereich der autonomen Erregung zu gelangen, wo Lernen und die Pflege sozialer Beziehungen wieder gut möglich sind.

Wie können nun die Zusammenhänge zwischen dem subjektiven Gefühl der inneren Leere und den verschiedenen, autonom gesteuerten Reaktions- und Verhaltenssystemen, sowie den damit verbundenen unterschiedlichen Erregungszuständen aufgefasst werden?

Innere Leere ist ein neurophysiologisches Niemandsland, ein sympathikoton-parasympathikoton eingefrorener Erregungszustand zwischen Hyper- und Hypoarousal.

Das "primitive" System des dorsal-vagalen Komplexes hat den Vorteil einer festen neurobiologischen Verdrahtung. Versagen die Bewältigungsmechanismen der zwei weiteren vegetativen Subsysteme des sozialen Engagements (ventralparasympathisches Subsystem) sowie der Mobilisierung (sympathisches Flucht-Kampf-System) wiederholt und dauerhaft, was etwa bei Menschen mit chronischen, langanhaltenden, menschenverursachten Traumatisierungen der Fall ist, schaltet das System aufgrund der andauernden massiven Überflutung mit aversiven Reizen in einem "Shut-Down-Prozess" herunter in Richtung diskretem "Numbing" (emotionale Taubheit), über partielle Gefühllosigkeit in Richtung chronischer innerer Leere, wie es eben Menschen mit Borderlinepersönlichkeitsstörung häufig berichten. "Das Hypoarousal führt zu einer subjektiven Distanzierung von den Emotionen und sozusagen zu einem vollständigen Ausfall des emotionalen Erlebens; ..." (Ogden et al. 2010, 152ff.).

Menschen mit chronischem Hypo-Arousal reagieren auf (soziale) Stimulation, etwa durch Kontaktaufnahme und Anfragen an ihr Erleben mit somatoformen dissoziativen Symptomen, wie körperlichem Schwäche- oder Erschöpfungserleben, Lähmungserscheinungen, Ataxie (Sprachverlust) und verschiedensten Störungen der Wahrnehmung (Konversionssymptome, wie teilweiser Verlust des Hörens, Sehens), sowie psychoformen dissoziativen Symptomen wie Amnesien, Verwirrungs- und Konfusionszuständen sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsproblemen. Es wird eben auch die Fähigkeit klar zu denken beeinträchtigt. Betroffene berichten dann von Schleier und Nebel, die sich auf ihre Wahrnehmung gelegt hätten, von der Unfähigkeit Gesprächen zu folgen und wesentliche Inhalte zu behalten.

Therapierelevante Hypothesen

These 1

Das chronische Gefühl der inneren Leere ist Resultat eines biologischen Notfallplans und Ausdruck eines chronischen Hyper-Hypo-Arousals, das vom dorsal-vagalen Zweig des vegetativen Nervensystems sowie vom sympathikotonen Zweig des Vegetativums in unterschiedlicher Ausprägung beeinflusst wird. Das Erleben der inneren Leere entspricht damit einem spezifischen neurophysiolgischen Zustand, der durch das autonome Nervensystem reguliert wird.

These 2a

Der dorsale Vagus Komplex vermittelt die Qualität einer Empfindungsstarre, die synonym mit dem Erleben einer quälenden inneren Leere einhergeht. Subjektive Gefühlsqualitäten sind der Verlust jeder Lebendigkeit und das Gefühl innerlichen Absterbens.

These 2b

Der sympathische Zweig des autonomen Nervensystems vermittelt die Qualität einer quälenden, unaushaltbaren Anspannung und Erstarrung.

These 3

Innere Leere ist ein neurophysiologisch begründbarer Schutzmechanismus mit dessen Hilfe sich der Organismus vor Überflutung durch unaushaltbare, "existenzbedrohliche" aversive Gefühle von Hilflosigkeit, Ohnmacht, Scham- und Schuldgefühlen, Angst und Wutgefühlen schützen will.

These 4

Sowohl Hyper- wie auch Hypo-Arousal kann zu dissoziativen Zuständen führen. Das Gefühl der inneren Leere ist Ausdruck einer extremen emotionalen Dysregulation, die zwischen den Polen Gefühlsüberflutung und Gefühllosigkeit angesiedelt ist. Dieser Gefühlszustand entspricht einer psychogen vermittelten existentiellen Not und Vernichtungsangst sowie einer neurophysiologisch vermittelten Todesbedrohung.

These 5

Innere Leere ist ein multikausaler Gefühlszustand, der prinzipiell für jeden Menschen erlebbar ist. Menschen mit einer angeborenen emotionalen Sensitivität und Vulnerabilität (biologischer Faktor) geraten viel schneller in Zustände des Hyper- und Hypoarousals im Sinne einer amygdalen Über-Aktivierung und eingeschränkten hippocampalen Affektbremse. Menschen mit (chronischen) Traumaerfahrungen geraten ebenfalls schneller in Zustände des Hyper- und Hypoarousals, bedingt durch generalisierte Auslösereize (Traumatrigger). Menschen, die in ihrer frühkindlichen Entwicklung mit einem nonvalidierenden familiären Umfeld konfrontiert waren, wurden in ihren Gefühlswahrnehmungen und -äußerungen nicht stimmig bestätigt, sondern vielmehr entwertet, bestraft oder ignoriert. So konnten sie keine effektive Fähigkeit zur Regulation ihrer Gefühlswahrnehmungen entwickeln.

Sucht als hochwirksame, aber dysfunktionale Bewältigungsstrategie

Wie kann man nun mit diesem quälenden, unaushaltbaren Gefühlszustand umgehen? Dem Zustand der inneren Leere folgt immer unmittelbar der Impuls, diesen Zustand möglichst schnell zu verlassen. Hier wissen Betroffene eine Antwort: Hoch dosiert Alkohol- oder Opiatkonsum oder Selbstverletzungen, bei denen möglichst viel Blut fließt, sind nachweislich am wirksamsten. Die Selbstverletzung scheint wie ein verzweifelter Versuch, dem nicht gespürten Körper durch das Fließen des Blutes

und eventuell dem Spüren des Schmerzes wieder näher zu kommen. Bei der Sucht ist ein grundsätzlicher kausaler Zusammenhang zwischen dem Erleben innerer Leere, einem extremen Spannungs- und/oder Erstarrungszustand und dem Einsatz von Suchtmittel als external verfügbare Bewältigungsstrategie zu sehen. Es geht dabei immer auch um das Verlassen eines Zustandes von Ohnmacht und Hilflosigkeit und das Erreichen und Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle.

Therapeutische Schlussfolgerungen und Zielsetzungen

Drogenkonsum resultiert aus der fehlenden Möglichkeit, selbst den viszeralen Eigenzustand zu modulieren. Es ist der Versuch, durch die Beeinflussung des Erregungsniveaus zwischen Aktivierung, sozialem Engagement und Beruhigung, Ruhe und Entspannung wechseln zu können. Die Funktion des Drogenkonsums ist damit insbesondere als Hilfsmittel zur Selbststeuerung und Selbstregulation zu betrachten, wo eigene Steuerungs- und Bewältigungsfähigkeiten nur unzureichend entwickelt werden konnten. Damit kommt dem Suchtmittel eine Fährfunktion zu, die es möglich macht, zwischen unterschiedlichen erwünschten physiologischen Zuständen zu wechseln.

Grundsätzliche therapeutische Zielsetzung ist es, eine verbesserte Regulation und Steuerungsfähigkeit der dysfunktionalen, chronischen Erregungszustände zu erreichen. Das Arousal so zu stimulieren bzw. zu beruhigen, dass eine Rückkehr bzw. ein Verbleib im Toleranzfenster zunehmend besser steuerbar wird. Hierzu bietet etwa das handlungsorientierte Skills-Training mit den Modulen Achtsamkeit, Stresstoleranz und bewusster Umgang mit Gefühlen im Kontext der dialektisch-behavioralen Therapie nach Marsha Linehan eine effektive Hilfe an (Sendera & Sendera 2007).

Im Rahmen des Gesamtbehandlungsplans ist natürlich immer auch auf eine ausreichende psycho-soziale Stabilität eines Menschen zu achten. Bei diagnostizierten Traumafolgestörungen ist ein traumazentriertes Vorgehen unerlässlich. Dies beinhaltet immer eine längere Phase der Stabilisierung und des Erlernens von ressoucen- und sicherheitaufbauenden Methoden, wie Tresortechnik, der Entwicklung eines inneren Ressourcen-Teams, der Imagination eines "inneren Gartens" oder "sicheren Ortes" (vgl. dazu Huber 2006, 91ff.) sowie eine professionelle Anwendung der erprobten Traumakonfrontationsmethoden, wie etwa EMDR, der Traumakonfrontation und -synthese mit der Screentechnik (Lutz Besser 2008) sowie der Bildschirmtechnik, wie sie von Ulrich Sachsse beschrieben wird.

INNERE LEERE UND SUCHT EXISTENZANALYTISCHE ANNÄHERUNG

Freiherr von Gebsattel bezeichnet in "Psychopathologie der Sucht" (1948) die Sucht als ein Ausweichen vor unerträglicher Leere, wobei das jeweilige Suchtgebiet einen Inhalt bietet, der Selbsterfüllung vortäuscht. Zwischen der Leere und dem Nichts meint er, bestehe ein Zusammenhang.

Weiters meint er, dass die Erfüllung, die der Süchtige meint und sucht, in den Gebieten, die er aufsucht, nicht zu finden ist. Was unternommen wird, um die Leere zu verscheuchen, lässt sie umso stärker hervortreten (Gebsattel 1948). Nach Frankl geht der Sucht ein existenzielles Vakuum voraus. Er spricht von einem existenziellen Mangelerleben, das sowohl Spannungen erzeugt, als auch nach Inhalten suchen lässt. Längle und Probst sehen Zusammenhänge zwischen dem Schweregrad der Sucht und weiteren Grundstörungen, bei denen das "Fremde" in die Ichhaftigkeit greift. "Je schwerer die Grundstörung, desto mehr greift das Erleben des Fremden in das Ichhafte hinein und desto weniger Widerstand kann gegen die Sucht aufgebracht werden." (Längle & Probst 1997, 77) Nicht jeder Süchtige leidet unter innerer Leere, jedoch viele, die diese innere Leere erleben, wählen als Bewältigungsstrategie die Sucht, da sie sich hervorragend eignet, diesen Zustand zu verändern und während der Intoxikation die Illusion vermittelt, den Zugang zum Körper und zur Welt zu haben. Für kurze Zeit lässt sich der Graben zwischen der Person und der Welt schließen, um mit dem Nachlassen der Wirkung des Suchtmittels umso deutlicher hervorzutreten. In der Abhängigkeit ist diese Wirkung immer weniger gegeben und die innere Leere nimmt zu. Im Längsschnitt kann die Dosissteigerung die Wirkungsabnahme nicht kompensieren. Wenn die Wirkung des Suchtmittels abnimmt, steigt die Konfrontation mit dem Nichts.

Phänomenologie der inneren Leere

Folgende Merkmale sind typisch beim Symptom der inneren Leere. Einerseits ist es die Schwierigkeit, die eigene innere Welt kognitiv zu reflektieren, ein überdauerndes Bild der eigenen Person zu gewinnen und die aktuelle innere Situation zu erfassen. Dies verunmöglicht ein lebendiges sicheres Erleben der eigenen Person und des eigenen Körpers und erschwert so die Orientierung in der Welt außerordentlich. Die Wahrscheinlichkeit, dass auf dieser Grundlage konfliktreiche Beziehungen resultieren, ist groß. Ein weiteres Merkmal ist die mangelnde Fähigkeit, eigene Impulse zu steuern und zu integrieren und die eigenen Affekte auszuhalten. Es fehlt das Können, den eigenen Selbstwert auf Dauer auf einem mittleren Niveau zu halten oder den Selbstwert bei erfahrener Kränkung wieder zu stabilisieren. Dies macht Betroffene in hohem Maße kränkbar und verletzlich. Von besonderer Bedeutung ist dabei der Umgang mit Aggressivität, die im ungünstigeren Falle übersteuert und als selbstschädigende Tendenz gegen die eigene Person gerichtet wird. Weiters typisch ist die mangelnde Fähigkeit, für sich selbst die elterliche Funktion zu übernehmen und sich damit vor Schaden zu bewahren, sich zu beruhigen und zu ermutigen, für sich einzustehen und sich zu verteidigen. Betroffene fühlen sich oft schutzlos ausgeliefert, bedroht und verfolgt. Bei der inneren Leere fehlt dem Menschen der Zugang zu seiner Leiblichkeit. Es ist wie ein Getrennt-Sein sowohl vom eigenen Körper als auch von der Welt. Ein Spalt scheint sich zwischen der eigenen Leiblichkeit und dem Zugang zur Welt zu befinden. Die Verbindung zwischen der Person und der Welt fehlt.

Entstehung der inneren Leere?

In Anlehnung an These 5 entsteht innere Leere, wenn wesentliche frühkindliche Beziehungserfahrungen mit den Bezugspersonen nicht gemacht werden. Wenn die Phase der Spiegelung oder der Beantwortung durch die Bezugspersonen nicht adäguat stattfindet, kann die Person keine Identität entwickeln und die Verbindung zur Welt nicht passend herstellen. Wenn die Impulse und frühkindlichen Ausdrücke ins Leere gehen und nicht beantwortet werden, dann können sich die Ich-Strukturen nicht entsprechend entwickeln. Das Ich braucht das Du, um sich erfahren zu können. Ansonsten fehlt die Sprache, um die Zustände benennen zu können. Und es fehlt die Fähigkeit sie wahrzunehmen. Es fehlt auch die Fähigkeit die Subjekt- und die Objektgrenze wahrzunehmen. Wenn die Sprache und das Wahrnehmen der Körperzustände nicht entwickelt sind, können die Emotionen nicht geborgen werden und sind so auch nicht erfahrbar und nicht integrierbar. Die Person zieht sich aus der Leiblichkeit zurück, und die Emotionen, die nur durch den Körper wahrgenommen werden können, sind nur als Spannung und Körpersensationen undifferenziert wahrnehmbar. Vertrauen in die Welt wird dadurch erschwert. Daraus kann das schmerzliche Gefühl des Nicht-sein-Wollens resultieren. Es ist die Konfrontation mit dem Nichts. Dieses Erleben geht einher mit affektiver Überflutung oder Erstarrung, und Betroffene fühlen sich einem enormen Stress ausgeliefert. Es liegt in der Natur des Menschen, dass er wirksame Stressregulierung entwickelt mit dem Ziel der Entspannung. Der Konsum von Alkohol, Drogen und Medikamenten sind neben anderen Suchtverhalten wie Selbstverletzung, Essstörung oder Spielsucht als Strategien zur Ablenkung sehr geeignet. Suchtmittel sind leicht verfügbar, wirken unmittelbar und sind in der Wirkung steuerbar. Die Einnahme von Suchtmitteln bzw. das nichtstoffliche Suchtverhalten müssen nicht neu erfunden werden, sondern nur für sich entdeckt werden, da diese Möglichkeiten in allen Kulturen vorhanden sind und auch vorgelebt werden.

Aus der therapeutischen Situation zeigt sich, dass wenige oder vielleicht sogar eine einzige Erfahrung "in der Liebe eines anderen Menschen geborgen zu sein" reicht, um die Leiblichkeit zu erleben. Basierend auf dieser Erkenntnis ist eine gute personale Beziehung mit viel Spiegelung und Beantwortung die Basiserfahrung. Ohne Beziehung geschieht gar nichts. Die Methoden gehen ins Leere, der Halt fehlt und es kommt nicht zu einem personalen Dialog, der die Grundlage bietet für die Spannungsregulation. Nur mit einem haltenden Du lässt sich das Unaushaltbare aushalten und nur mit dem Du lassen sich Worte finden für das was wahrgenommen wird und noch nicht verstanden werden kann. Und erst wenn die Spannung sich in einem Toleranzbereich einpendelt, kann die Person sich entdecken lernen, da erst dann die dazu notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen.

Therapie der Sucht und inneren Leere

Die nachfolgenden Therapieansätze werden in der stationären Suchtbehandlung in der Therapiestation Carina in Feldkirch angewendet. Es werden Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und Suchtdiagnosen behandelt. Die Aufenthaltsdauer variiert zwischen einem und zwölf Monaten. Das Behandlungskonzept ist individuell auf den Patienten abgestimmt. Es gibt Psychotherapie in Einzel- und Gruppensetting, Soziotherapie mit pädagogischen Inhalten, Arbeitsstruktur, Reitpädagogik, Arbeitsintegration, um nur einzelne Bausteine der Therapie zu benennen. Der Alltag ist vor allem zu Beginn stark strukturiert. Die Abstinenz während der stationären Therapie ist Voraussetzung. Mit Rückfällen wird grundsätzlich gearbeitet, wenn die Motivation gegeben ist.

Die Abstinenz während der stationären Therapie ist notwendig, damit die innere Leere erlebt werden kann. Das Suchtmittel hat die Funktion, das Erleben der inneren Leere zu vermeiden und ohne Erleben ist es aus unserer Erfahrung nicht möglich, einen Umgang damit zu erlernen. Deshalb ist eine grundsätzliche Veränderung der Persönlichkeitsstruktur während einer Substitutionsbehandlung kaum möglich. Damit soll keineswegs die Substitutionsbehandlung in Frage gestellt werden, die hat auf jeden Fall ihre Berechtigung und ist ein großer Fortschritt in der Suchtbehandlung. Wer jedoch den Anspruch hat, die Persönlichkeitsstörung und grundlegende Muster zu verändern, wird nicht umhin kommen, zumindest während der Zeit der Therapie abstinent zu sein. Dies ist auch die Begründung für eine stationäre Therapie. Wenn es möglich ist, ambulant in die Abstinenz zu kommen, kann dieselbe Behandlung auch im ambulanten Setting erfolgen. Länger als drei Monate sollte der Versuch, ambulant in die Abstinenz zu gelangen nicht dauern, dann wäre eigentlich ein zumindest kurzer stationärer Aufenthalt zur Erreichung der Abstinenz indiziert. In diesem Artikel wird die Therapie im stationären Setting beschrieben. Ambulant lässt sich einiges übertragen, eine ausführliche Beschreibung der ambulanten Therapie würde diesen Rahmen jedoch sprengen.

Wesentlicher Faktor für das Gelingen der Therapie nach dem Erlangen der Abstinenz ist die Struktur. Eine Tagesstruktur mit Terminen, Ordnung, Fixpunkten, Arbeits- und Therapiezeiten. Das gibt Halt und Orientierung. Ebenso Regelmäßigkeit, was Ernährung und Schlaf anbelangt. Medikamente können auch unterstützend wirken. Der Schlaf muss gesichert sein. Die Grundbedürfnisse müssen gut befriedigt werden. Auch der Körper braucht die Struktur. Das gibt Sicherheit, da die Spannungen vorerst auf der körperlichen Ebene erlebt werden und noch nicht eingeordnet und integriert werden können. Sicherheit, Orientierung, Klarheit und Regelmäßigkeit sind die ersten Therapiemaßnahmen und wirken auf der ersten Grundmotivation. Am Anfang sind das Craving und der Suchtdruck stark. Ablenkung und Beschäftigung sind wichtig, um die Anfangszeit auszuhalten. Auch taucht nun die innere Leere auf und die Hauptablenkungsstrategie fehlt, wenn das Suchtmittel ausbleibt. Die Spannung, die erhöht erlebt wird, kann mit Hilfe der Struktur ausgehalten werden. Informationen und Erklärungen haben in dieser und auch den nachfolgenden Phasen eine hohe Bedeutung. Die Patienten verstehen nicht, was mit ihnen passiert. Es sind Vorgänge und Zustände, die sie üblicherweise nicht ausgehalten haben und deshalb wenig Strategien und auch wenig Wissen darüber haben. Es braucht Information, Erklärungen über Zusammenhänge und vor

allem die Hoffnung, dass sich alles verändert und es nur eine Frage der Zeit ist. Das hilft, um die Schritte weiterzugehen und auch Unangenehmes aushalten zu können.

Die Struktur sichert das Dasein, um in Beziehung treten zu können. Sonst fällt der Patient in die Grundverunsicherung zurück. Der Halt und die Sicherung auf der ersten Grundmotivation ermöglichen die Beziehungsaufnahme. Ein weiterer Schritt in der Therapie ist die personale Begegnung. Vorerst geschieht viel über Rückmeldung seitens der Therapeuten und der Mitpatienten. Rückmeldungen über die eigene Wirkung. Ein möglichst personaler Dialog ist Voraussetzung. Die Patienten brauchen Antworten. Ursprünglich fehlte die Spiegelung und ein authentisches Antworten auf die Person, ihre Bedürfnisse und ihre Emotionalität. Dies soll in der therapeutischen Situation durch personale Begegnungen, die täglich stattfinden, nachgeholt werden. Indem versucht wird, die Person anzusprechen, das Personale hinter der Leere oder dem Coping zu entdecken, erlebt der Patient Nähe. Er erlebt, dass er gesehen wird, dass es möglich ist, für sein Empfinden oder seine Spannungen Worte zu finden. Er erlebt weiters, dass er deswegen nicht abgelehnt wird, sondern im Gegenteil, Nähe und Kontakt erlebt. Dies ist eine ungewöhnliche und neue Erfahrung. So können Gefühle wie Ohnmacht, Hilflosigkeit, Wut und Trauer zugelassen werden. Üblicherweise tauchen sie auch hintereinander in dieser Reihenfolge auf. Interessanterweise auch dosiert, so dass tatsächlich immer so viel an Emotionen auftaucht, wie auch ausgehalten werden kann. Kaum gibt es eine etwas stabilere Phase, tauchen die nächsten Verunsicherungen auf, die nur darauf warten, auch erkannt und integriert werden zu können. Ohne tragende Beziehung in der therapeutischen Beziehung wäre es unmöglich, diese Zustände, Spannungen und Emotionen zuzulassen. Zu groß sind die Verunsicherung und die Haltlosigkeit, sodass sie nur in einem tragenden Du geborgen werden können. Dies ist die Grundlage dieser Therapiephase. Die Person entdeckt sich selber, indem sie entdeckt und gesehen wird. So kann mit der Erfahrung der Wertschätzung allmählich Wert für die eigene Person entstehen. Auch indem der Patient konfrontiert wird, wenn er sich wieder versteckt oder destruktiv mit sich und anderen umgeht. Allmählich bekommt der Patient ein Gefühl für sich und seine Authentizität und er ist nicht mehr so sehr auf die Rückmeldungen im Außen angewiesen. In dieser Phase kann auch die Patientengruppe viel an heilender Funktion übernehmen. Es ist so, dass es eine elterliche Beantwortungsphase durch die Therapeuten braucht, und die Patienten dann in der Peer group sehr viel soziale und emotionale Kompetenz erlernen. Voraussetzung ist, dass die Patientengruppe miteinander gut kommuniziert. Deshalb ist ein Schwerpunkt der Therapie immer auch die Kommunikation der Patientengruppe. Die Patientengruppe soll möglichst ehrlich und authentisch miteinander umgehen. Die Wirkung der Therapie potenziert sich dadurch, da viel Zeit in der Patientengruppe verbracht wird und der Patient ja nach einer sehr nahen Phase zum Therapeuten sich irgendwann wieder abnabeln soll. Das ist eine Trainingsphase. Ziel ist es, das Eigene zu spüren, dazu stehen zu lernen, es vor der Gruppe vertreten zu können und dadurch Identität zu erleben und Selbstwert aufzubauen.

Gestärkt durch die vorher beschriebene Phase ist die Konfrontation mit den Bezugspersonen ein weiterer wichtiger Schritt auf dem Weg zur Selbstständigkeit. Es geht darum, Gewissheit über die Qualität dieser Beziehung zu erlangen. Durch die fehlende Spiegelung ist auch die Fremdwahrnehmung beeinträchtigt. Idealisierung, Schonhaltung, Übernahme von Verantwortung für die Eltern sind einige Beispiele für typische Haltungen der Patienten gegenüber den Bezugspersonen. Nachdem der eigene Wert einigermaßen stabil erlebt wird ist es möglich, sich mit der Herkunftsfamilie und dem Gewordensein zu konfrontieren. Auch kann die Qualität der Beziehung objektiver wahrgenommen werden. Es kann sein, dass die eigenen Vorstellungen bestätigt oder korrigiert werden. Es kann erfahren werden, dass es Wertschätzung und Interesse von den Bezugspersonen gibt, aber auch, dass tatsächlich wenig Verständnis oder Nähe da ist. In jedem Fall ist es wichtig, zu überprüfen, wie es war und wie es ist. Ansonsten bleibt der Patient in seinen Idealisierungen und Schonhaltungen hängen und bleibt selbst in der Haltung des kleinen Kindes. Es geht darum, vor den Bezugspersonen zu sich zu stehen, wie sie es bereits im therapeutischen Setting gelernt haben. Aufgrund der biografischen Erfahrung ist dies deutlich schwieriger und deshalb müssen die Angehörigengespräche gut therapeutisch begleitet und gesteuert werden. Egal wie das Gespräch verläuft, die Klarheit schafft immer einen Schritt Richtung Autonomie. Verantwortung für ein Leben im Hier und Jetzt kann übernommen werden. Der Tendenz, Verantwortung abzugeben, weil ja vieles im Leben so schwierig war, kann entgegengewirkt werden. Gerade bei Suchtpatienten ist die Opferrolle nicht unüblich. Im Fall eines ernüchternden Angehörigengespräches wird eine Trauerphase folgen, wenn erlebt wird, dass wenig Nähe und Verständnis von den Bezugspersonen da ist. Im anderen Fall wirkt es zusätzlich heilsam, wenn eine personale Begegnung auch mit den Bezugspersonen stattfinden kann.

Im Laufe der Therapie wird die innere Leere durch jene Emotionen ersetzt, die eigentlich dahinter stehen würden. Indem durch die Leere gegangen wird, sie ausgehalten wird, kann das auftauchen, was eigentlich da ist. Dies kann anfänglich nur im Kontakt mit einem tragenden Du und schließlich auch mit sich selber ausgehalten werden. So schließt sich der Spalt zwischen der eigenen Leiblichkeit und der Welt und der Kontakt zur Welt kann sich wieder entwickeln. So kann Vertrauen entstehen, da Begegnung möglich wird. Das Suchtmittel ist als Funktion nicht mehr notwendig. Nun kann eine Suchtbehandlung wie bei neurotischem Suchtverhalten folgen. Es geht um Entscheidungen, Vereinbarungen, die Motivation zu Abstinenz etc. Nun ist auch keine stationäre Therapie mehr notwendig, ambulante Begleitung genügt in diesem Fall. Die Nachbetreuung oder eine weiterführende ambulante Therapie ist notwendig, da der geschützte Raum der stationären Therapie verlassen wird und die Anforderungen im "normalen" Leben um ein vielfaches höher sind. Die Behandlung der inneren Leere ist ein jahrelanger Prozess, jedoch kann die Intensität der therapeutischen Begleitung nachlassen, da das Leben selber die Trainingsmöglichkeiten bietet und diese mit Hilfe einer ambulanten Begleitung selbstständig gemeistert werden können. Voraussetzung ist die entsprechende Motivation, so wie bei jeder Suchtbehandlung. Es ist ein Nachreifungsprozess. Auch wenn es zu Rückfälligkeit in Bezug auf die Sucht kommt, ein Rückfall in die ursprüngliche innere Leere ist aus unserer Erfahrung kaum möglich, wenn bereits genügend korrigierende Erfahrungen stattgefunden haben. Nach einer längeren stationären Therapie wird es mit dem Suchtmittel sowieso anders sein. Die Wirkung ist anders, nachdem die Person sich selber erfahren hat und neue Strategien im Umgang mit der inneren Leere erlernt hat. Es wird nicht mehr so einfach möglich sein, sich im selben Maße "zuzudröhnen", da vieles nach einer Therapie anders und bewusster erlebt wird und die Person nicht mehr so neben sich steht. Die Wirksamkeit des Suchtmittels nach einer Therapie ist anders.

Literatur

Besser L (2008) Unterlagen zur Screentechnik im Rahmen eines Traumaseminars: "Traumakonfrontation und -synthese mit Screentechnik"

Gebsattel V von (1948) Studium Generale. Zur Psychopathologie der Sucht Huber M (2006) Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung Teil 2. Paderborn: Junfermann, 3°

Längle A & Probst Ch (1997) Was sucht der Süchtige? Beweggründe und Ursachen aus existenzanalytischer Sicht. In: Längle A, Probst Ch (Hg) Süchtig sein. Wien: Facultas, 71-90

Knuf A & Tilly Ch (2007) Borderline: Das Selbsthilfebuch. Bonn: Balance Buch, 2°

Ogden P et al (2010) Trauma und Körper, Ein sensomotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz, Paderborn: Junfermann

Porges St W (2010) Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Paderborn: Junfermann

Sendera A, Sendera M (2007) Skills - Training bei Borderline - und Posttraumatischer Belastungsstörung. Wien: Springer Verlag

Sendera A, Sendera M (2010) Borderline – die andere Art zu fühlen. Wien: Springer Verlag

Anschrift der Verfasser:

MMAG. ELSBETH KOHLER A-6800 Feldkirch Pater-Grimm-Weg 12 elsbeth.kohler@mariaebene.at

Mag. Johannes Rauch A-6800 Feldkirch Pater-Grimm-Weg 12 johannes.rauch@mariaebene.at

Dr. Oliver Bachmann A-6800 Feldkirch Pater-Grimm-Weg 12 oliver.bachmann@mariaebene.at



Brigitte Strohmeier

BURNOUT - WENN DAS LEBEN **ENTGLEITET**

Die Auswirkungen von Kontrollverlust auf den Burnoutprozess

Dieses Buch versucht den schleichenden Verlust des Selbst im Rahmen des Burnout Prozesses aufzuzeigen und auf therapeutische Interventionsmöglichkeiten hinzuweisen

VDM Verlag Dr. Müller e.K. ISBN 978-3-639-37339-4, Paperback, 72 Seiten

"UND DAS HEROIN HÜLLTE SIE IN EINEN SCHUTZMANTEL"

Trauma und Sucht – eine Fallvignette

ELSBETH KOHLER

Anhand einer Fallvignette wird das Ineinandergreifen von Posttraumatischer Belastungsstörung und Sucht in der Pathologie und der Behandlung beschrieben. Die Behandlung von PTBS und Sucht muss gut aufeinander abgestimmt werden, um ein gegenseitiges Destabilisieren zu vermeiden. Phänomenologisches Vorgehen wurde in diesem Fall mit Suchtbehandlung und mit Traumatherapie verbunden. In der Fallvignette zeigt sich das Suchtmittel Heroin in der Funktion eines lebensunterstützenden Copings.

SCHLÜSSELWÖRTER: Stationäre Suchtbehandlung, Traumatherapie, Existenzanalyse, Fallvignette "AND HEROIN CLOAKED HER IN A PROTECTIVE MANTLE" Trauma and Addiction - a case vignette

By means of a case vignette the intertwining of post-traumatic stress disorder and addiction is described in pathology and treatment. The treatment of PTSD and addiction must be well coordinated in order to prevent them from destabilizing one another. Phenomenological procedure and addiction treatment with trauma therapy were combined in this case. The addictive substance heroin appears in the function of a life sustaining coping strategy in the case vignette.

KEYWORDS: in-patient addiction treatment, trauma therapy, existential analysis, case vignette

THERAPIESTATION CARINA

Die Therapiestation Carina ist eine Einrichtung zur langfristigen, stationären Entwöhnungsbehandlung von substanzabhängigen Frauen und Männern ab dem 16. Lebensjahr. Voraussetzung für die Aufnahme ist ein abgeschlossener, medizinisch überwachter Entzug. Die Vollbelegung ist bei 15 Personen und im Jahr werden zwischen 60 und 70 Behandlungen durchgeführt. Die Therapiestation ist spezialisiert auf die Behandlung von Dual- und Mehrfachdiagnosen wie Persönlichkeitsstörungen und Sucht, Traumatisierung und Sucht, Psychose und Sucht, bipolare Störungen und Sucht. In der Regel sind Komorbiditäten vorhanden. Sehr selten finden sich Patientinnen und Patienten ein, die neben der Suchtproblematik nur eine neurotische Struktur aufweisen. Therapiedauer und Therapieschwerpunkte orientieren sich an folgenden Parametern: der Schwere der Suchterkrankung, der Schwere der komorbiden psychischen Erkrankung, dem allgemeinen persönlichen Strukturniveau und dem Ausmaß der psychosozialen (Des-) Integration. Es gibt flexible Therapieangebote: Krisenaufnahmen für Kurzinterventionen, Langzeittherapie-Aufenthalt bis zu einem Jahr und kumulierte Therapien (mehrere Aufenthalte bzw. Behandlungsabschnitte). Das Team ist multiprofessionell und das Leitungsteam besteht aus existenzanalytischen Therapeuten und Therapeutinnen. Die Phänomenologie und Personalität als angestrebte Grundhaltung zieht sich wie ein roter Faden durch die Behandlung und auch die Kommunikationskultur des Teams. Verschiedene Therapiebausteine werden nach Bedarf individuell zusammengestellt. Kernbausteine sind Psychotherapie im Einzel- und Gruppensetting, soziotherapeutische Gruppen, therapeutisch begleitetes Arbeiten in den verschiedenen Arbeitsbereichen wie Umbau, Garten, Stall, Küche, Hausreinigung usw. Weiters gibt es ergänzende Bausteine wie pädagogisch begleitetes Reiten, Kreativangebote, berufliche Integration, Psychoedukation, Bewegung und erlebnisorientierte Freizeitgestaltung. Der Tag ist klar durchstrukturiert, was Halt und Orientierung gibt, stabilisiert, von etwaigem Suchtdruck ablenkt und einfache Kompetenzen wie Verlässlichkeit, Genauigkeit und die Übernahme von Verantwortung fördert. Während des Aufenthaltes wird sowohl im Haus als auch außer Haus die Abstinenz gefordert. Rückfälle werden differenziert beurteilt und die Arbeit mit Rückfallen ist bei entsprechender Einsichtsund Veränderungsbereitschaft sehr effizient. Hinsichtlich von verordneten Medikamenten gilt das Prinzip: so viel und lange wie notwendig, so wenig und kurz wie möglich. Die medikamentöse Therapie folgt am Beginn einer Behandlung der Zielsetzung, spontane Abbrüche zu vermeiden und Compliance aufzubauen. Eine optimale medikamentöse Basisversorgung ist vielfach die Voraussetzung für die nachfolgenden therapeutischen Behandlungsmaßnahmen.

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG UND SUCHTMITTEL-ABHÄNGIGKEIT

Aus dem stationären Kontext der Suchtbehandlung wähle ich die Falldarstellung einer jungen opiatabhängigen Frau. die an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) leidet. Es gibt mehrere Studien über eine funktionelle Beziehung zwischen Posttraumatischem Belastungssymptom und Suchtmittelmissbrauch. An erster Stelle steht in der Literatur die Selbstmedikationshypothese. Diese sagt aus, dass die Patientinnen psychoaktive Substanzen verwenden, um die Symptome zu regulieren und zu mildern. Hohe Spannungszustände können gemindert und Triggerstimuli umgangen werden. Unter Drogeneinfluss sind Flashbacks in der Regel weniger und Patientinnen mit sexuellen Traumatisierungen können Sexualität eher ertragen. Üblicherweise gibt es bei diesen Patientinnen kaum Sexualität in nüchternem Zustand. Der Schweregrad der Suchtmittelabhängigkeit korreliert oft signifikant mit dem Schweregrad der PTBS-Symptome. Vielfach ist die posttraumatische Belastungsstörung zeitlich vor der Suchterkrankung. Die Wahrscheinlichkeit, nach einer posttraumatischen Belastungsstörung eine Suchterkrankung zu entwickeln, ist um ein Vielfaches größer als bei der Vergleichsgruppe ohne PTBS. Vor allem Frauen, und insbesondere opiatabhängige Frauen, haben eine Komorbidität mit PTBS von 30 bis 50 Prozent (vgl. Lüdecke, Sachse, Faure 2010, 19 ff.).

Bei Suchtpatientinnen mit einer PTBS müssen zwangsläufig die Behandlung der Suchterkrankung und die Traumatherapie gleichzeitig stattfinden. Erschwerend ist, dass die Behandlung der Suchterkrankung destabilisierend wirkt und das Auftreten gehäufter Symptome der PTBS zur Folge hat. Bei der Behandlung der PTBS ist Stabilisierung die Voraussetzung. Umgekehrt ist es so, dass in Phasen mit mehr Symptomatik der PTBS das Craving und der Suchtdruck steigt. Es geht folglich immer um ein Abwägen, wieviel die Patientin aushalten kann. Wird das Suchtmittel entzogen findet automatisch eine Destabilisierung statt. Im Suchtmittel-Entzug werden alle stressphysiologischen Systeme aktiviert. Besonders im Opiat-Entzug werden das Panik- und das Furcht-System durch den Endorphin-Mangel aktiviert. Das Bindungssystem wird irritiert, und durch die Aktivierung des präfrontalen Kortex kommt es zu einer Zunahme von Flashbacks und Intrusionen. Die Dopamin-Rezeptoren werden sensitiviert und es kommt zu einem verstärkten Craving. Je später der Patient merkt, dass er sich in einer Craving Spirale befindet, umso größer ist die Gefahr eines Rückfalls. Achtsamkeit spielt hier eine große Rolle. So kann der "point of no return" nur durch erhöhte Achtsamkeit und Aufmerksamkeit verhindert werden. Rückfälle sind bei Patienten mit PTBS häufiger und schwerer als in der Vergleichsgruppe ohne diese Komorbidität. Gerade im stationären Setting sollen Patientinnen gut aufgeklärt werden über die Gefahr einer Überdosis nach einer abstinenten Phase (vgl. ebd., 27 ff.).

FALLBEISPIEL MARIE

Marie ist ein hübsches zartes Mädchen. Sie ist 21 Jahre alt und kommt in die Klinik, weil sie abhängig ist von Heroin und diese Sucht gerne loswerden möchte. Sie wollte schon unzählige Male vom Heroin wegkommen, hat es jedoch kaum länger als eine Woche geschafft. Sie kann nicht sagen, wozu sie die Abstinenz will, sie kann nur sagen, dass es ein schreckliches Leben ist, das sie führt, und sie die Hoffnung noch nicht ganz aufgegeben hat, dass sich vielleicht etwas in ihrem Leben ändern könnte. Sie lebte über ein Jahr auf der Straße, war verwahrlost und abhängig, dem Schicksal ausgeliefert und ohne Perspektive.

Bei mir zeigt sich ein höfliches, hübsches und sehr zartes Mädchen, dessen innere Unruhe atmosphärisch den Raum einnimmt. Irgendetwas an ihr ist dauernd in Bewegung. Sie zappelt mit den Beinen, bewegt andauernd ihre Hände und macht den Eindruck, als würde sie auch innerlich zittern. Sie spricht von sich, und dabei ist ihre Stimme wacklig und brüchig. Sie wirkt kooperativ und angepasst. Sie spricht von ihrem Bruder, der auch abhängig ist und sich derzeit auf Therapie befindet, was sie sehr beruhigt, da sie diesem Bruder gegenüber eine mütterlich beschützende Rolle eingenommen hat. Da er nun gut versorgt ist, kann sie sich auch um sich selber kümmern.

Sie spricht auf mein Anfragen hin von einem hohen Suchtdruck und dass sie sich überhaupt nicht vorstellen kann, je von den Drogen loszukommen. Es erleichtert sie zu hören, dass dies in den ersten Wochen nach dem körperlichen Entzug durchaus üblich ist. Sie schämt sich deswegen und interpretiert es als persönliches Versagen, so häufig vom Suchtmittel zu träumen und den Wunsch nach Davonrennen zu haben. Sie schämt sich auch dafür, dass sie sich nicht vorstellen kann, dass das Leben je ohne Suchtmittel aushaltbar sein könnte. Einerseits ist die Motivation, ohne Suchtmittel zu leben, spürbar und andererseits ist sie von dem Sog zum Suchtmittel ergriffen. Es ist für sie wichtig, zu erkennen, dass beides gleichzeitig da sein kann: Einerseits die Entscheidung, von den Drogen weg zu kommen, andererseits das Verlangen nach Suchtmitteln. Es sind biologische Faktoren, denen sie jetzt noch ziemlich ausgeliefert ist. Es ist wichtig, dass sie das Wollen trotzdem als echt wahrnimmt, obwohl das Craving andererseits so stark ist. Die Information, dass dies kein Widerspruch ist, wie sie selber es empfindet, ist wichtig für sie. Sie würde im Laufe der Therapie noch viele widersprüchliche Seiten in sich entdecken und ein Schwerpunkt ist es, diese unterschiedlichen Anteile (Ego States) wahrzunehmen, zu würdigen und mit den unterschiedlichen Seiten zu kommunizieren. (vgl. Frederick, Philllips 2007, 99 ff.)

Ihre Geschichte präsentiert sie nur langsam. Sie scheint es nicht gewohnt zu sein, dass ihr jemand zuhört und Aufmerksamkeit schenkt. Sie erzählt von einer Mutter, der sie sich nie nahe fühlen konnte und deren Nähe sie jedoch immer gesucht hat. Die Mutter selber scheint die Tochter immer wieder für ihre eigenen Probleme als "Vertraute" verwendet zu haben. Parentifizierung beschreibt die Umkehr der Eltern-Kind-Rolle. Marie ist zur Vertrauten und Ratgeberin ihrer Mutter geworden, zur primären Quelle von Unterstützung und Trost (Graf, Frank 2001, 314). Parentifizierte Kinder übernehmen oft auch die Elternrolle für Geschwister, im Fall von Marie für ihren Bruder. Der Vater war schwach und der Mutter unterlegen.

So hatte Marie gelernt, eigene Bedürfnisse zurückzustellen, selber möglichst unkompliziert zu sein und sich um die Mutter zu kümmern. Das Elternhaus war geprägt von der gereizten Stimmung der Mutter, den elterlichen Streitereien, und nach der Scheidung kam es zu einem Abbruch der Beziehung zum Vater, dem sie emotional näher stand. Sie stand zwischen den Eltern und konnte es der Mutter kaum recht machen. Nähe zu einer Person hatte zwangsläufig Stress mit dem anderen Elternteil zufolge, und so blieb sie eigentlich emotional auf sich alleine gestellt. Beide Elternteile waren zuviel mit sich beschäftigt, um die Tochter wahrzunehmen. Es war jedoch eine dauernde und vergebliche Suche nach Anerkennung von und Nähe zur Mutter. Der Vater ist aus ihrem Leben mehr oder weniger verschwunden. Er hat sich nach der Scheidung nicht mehr um sie gekümmert.

Als 13-Jährige hatte Marie in ihrem Lehrbetrieb einen dominanten übergriffigen Lehrherrn, der die Patientin an die Kunden des Betriebes weiterreichte. Sie wurde unzählige Male missbraucht und vergewaltigt und erlebte Todesängste. Sie wohnte dort, hatte kein absperrbares Zimmer und war über mehr als ein Jahr der Willkür vieler betrunkener Männer ausgeliefert. Sie schämte sich und mit der Erfahrung, dass von den Eltern weder Hilfe noch Verständnis zu erwarten war, schwieg sie. Aufgrund der biografischen Gegebenheiten holte sich Ma-

rie keine Hilfe bei ihren Eltern oder anderen Personen, sondern ging davon aus, dass sie auf sich allein gestellt die Probleme zu lösen hatte. Diese waren jedoch zu enorm, um von ihr auf die Reihe gekriegt zu werden.

Während der Zeit, in der die Traumatisierungen stattgefunden haben, entwickelte sich parallel dazu die Suchtgeschichte. Marie entdeckte zuerst Alkohol und bald das Heroin und dessen hervorragende Wirkung. Sie ging nur noch intoxikiert in ihr Zimmer, da sie vor lauter Angst überhaupt nicht schlafen konnte. Die Opiate hüllten sie in einen Schutzmantel, während sie die schrecklichsten Situationen ihres Lebens zu ertragen hatte. Sehr schnell entwickelte sie eine Abhängigkeit und der tägliche Konsum von Heroin gehörte ebenso zu ihrem Alltag wie die tägliche Ungewissheit und die jederzeit möglichen Übergriffe. Das Heroin war die Rettung für Marie. Das Heroin schützte die Patientin vor massiveren Dissoziationen, um psychisch überleben zu können. Das Heroin reduzierte die Wahrnehmung von Todesängsten, körperlichen Schmerzen, der Ohnmacht und auch den Flashbacks. Wenn die Wirkung des Heroins oder auch anderer Substanzen nachließ, dann spürte sie, wie parallel dazu die Ängste, Schmerzen, Ohnmachtsgefühle und Flashbacks zunahmen.

Stabilisierung

Von Anfang an war Information und Psychoedukation ein großer Teil der Therapie. Am Beginn der Therapie war die Störung auf der ersten Grundmotivation am deutlichsten. Sie fühlte sich haltlos, hatte viele Ängste während der Nacht und war oft überwältigt von ihren Affekten und Körpersensationen. Es fehlten ihr die Worte, es zu benennen, es fehlte die Erfahrung und Orientierung es einzuordnen und es fehlten vor allem geeignete Strategien, damit umzugehen. Schutz, Halt und Sicherheit waren in den ersten Wochen und Monaten das, was Marie brauchte. Schutz gab ihr das Angenommensein in der Gemeinschaft und der therapeutischen Beziehung und ebenso die Sicherheit des suchtmittelfreien Raumes. Halt kam durch die Stabilität der therapeutischen Beziehung, die Beziehung zu den Mitpatienten und die vorgegebene Tages- und Arbeitsstruktur. Halt gaben ihr auch die vielen Erklärungen. Es gab ihr Sicherheit, wenn sie Worte erhielt für das, was bei ihr passierte, wenn sie Vorgänge einordnen konnte und wenn sie erfuhr, dass vieles, was sie aktuell erlebte, sich auch verändern würde. Hoffnung entstand durch die Erfahrung, dass jeder Tag überstanden werden konnte und dass kein Zustand länger blieb und es immer wieder neue Lösungen, Hilfen und Möglichkeiten gab. In dieser Zeit waren die Übungen von Michaela Huber hilfreich. Der innere Garten und auch der sichere Ort konnten für Momente Ruhe schaffen und sie konnte diese Bilder auch selber in ihrer Freizeit aktivieren (vgl. Huber 2005, 65 ff.).

Rückfälligkeit

Dennoch war es auch im geschützten Rahmen der Therapiestation für sie kaum aushaltbar und nur mit Medikamenten und einer tragfähigen und höher frequenten therapeutischen Beziehung möglich durchzuhalten. Es ging nicht ohne Rückfälligkeit. In der Abstinenz war sie latent suizidal, sie hatte oft die Phantasie, im "Dreck" zu sterben, weil sie das verdiene.

Bei einem Abbruch wäre ihre Phantasie, in der Gosse zu sterben, beinahe geglückt. Sie wurde rückfällig und durch die vorangegangene Abstinenz war die Gefahr einer Überdosis hoch. Sie rannte davon, nahm Heroin, landete auf einem Klo, blieb dort ein paar Tage liegen.

Die Folge war ein zweimonatiger Aufenthalt in der Intensivstation, Lähmungserscheinungen, Nierenversagen etc. Bleibende Schäden wurden prognostiziert. Wie durch ein Wunder jedoch überlebte sie und erreichte mit viel Physio-therapie und Eigentraining die ursprünglichen Funktionen wieder. Selbstfürsorge war nicht selbstverständlich. Das Wozu-Leben war immer noch zweifelhaft, also war auch das Wozu-Trainieren nicht klar. Es fehlte ein grundsätzliches Wozu zum Leben in der Zeit, als alle Tage sehr mühsam waren, und so war es ein tägliches Überwinden. Es lag an mir und dem Team, sie zu erinnern, dass sie diese Fürsorge für sich übernehmen soll und muss. Es war eine Gratwanderung, ihr Eigenverantwortung zu geben und sie dennoch in die Verantwortung zu nehmen, wenn sie dies nicht machte. Ihr Ja zum Leben zeigte sich darin, dass sie übte, dass sie die Ressourcenbilder in der Nacht aktivierte, dass sie sich aushielt und dass sie anfing mehr und mehr mit Menschen über sich zu sprechen.

Wertschätzung und Selbstannahme

In ihr gab es monatelang eine tief empfundene Abscheu sich selber gegenüber, ein Gefühl der Wertlosigkeit und des Ekels. Es brauchte in diesen Phasen viel Erklärung, beispielsweise über die Identifikation mit den Tätern, damit sie verstehen konnte, wie sich diese tief empfundene Abscheu und Ablehnung sich selber gegenüber erklären lässt und entwickeln konnte. So lernte sie, dass sie gegen das, was sich in ihr regte, nicht noch zusätzlich ankämpfen sollte. Den Eindruck und die primäre Emotion zu bergen war viele Wochen und Monate ein Schwerpunkt (vgl. Längle 2003, 77 ff.).

Es fehlte an Sprache und sie war verwirrt durch die oft widersprüchlichen und vielfältigen Körpersensationen und Emotionen. Das Anbahnen der Selbstannahme war wichtig, damit die Spannung in einem erträglichen Rahmen blieb. Indem sie spürte, dass mich ihre Zustände, ihr Ekel, ihre Todesängste und auch ihre Wut (die kam erst zu einem späteren Zeitpunkt) nicht aus der Fassung brachten und ich sie nach wie vor sehr mochte, konnte sie langsam ihre verneinende und destruktive Haltung sich selber gegenüber verringern. Es wirkte heilsam auf der Ebene der zweiten Grundmotivation. Sie spürte nach und nach die Beziehung und die Wertschätzung, die sie von mir und auch den anderen im Team erhielt. Sie konnte es zwar kaum glauben und es brauchte viel Bestätigung, da sie durch die Distanz zu den ursprünglichen Bezugspersonen und die Parentifizierung auf der Ebene der zweiten Grundmotivation Defizite hatte. Es gab bereits vor der Traumatisierung eine Verletzung des Grundwertes. Es fehlte an der Erfahrung durch die Eltern, dass es gut ist, dass es sie gibt. Diese Erfahrung gab es durch den Bruder, der jedoch zu wenig Halt geben konnte.

Bei Teamsitzungen und Besprechungen war es in der ersten Zeit ein kleines Kunststück, die Schweigepflicht zu wahren und trotzdem dafür zu sorgen, dass Marie alle nötige Pflege und Zuwendung und vor allem auch das Verständnis für ihre Ausbrüche an Emotionen erhielt. Ihre Erfahrungen waren derart mit Scham besetzt, dass es zirka ein halbes Jahr dauerte, bis sie selber es wagte, in einer geschützten Psychotherapiegruppe den Mantel des Schweigens zu lüften. Dies war ein großer Schritt vorwärts für sie. Sie rechnete damit abgelehnt und verurteilt zu werden und machte eine gegenteilige, sehr heilsame Erfahrung. Es wurden die Täter verurteilt, die Würde von Marie betont, und sie konnte die Berührtheit und die Nähe der anderen Gruppenmitglieder am eigenen Leib spüren. Selber zutiefst beschämt, spürte sie deren Wertschätzung. In diesem Moment machte sie eine wertvolle und heilsame Erfahrung, die der zweiten Grundmotivation zuzuordnen wäre. Ihr eigenes Empfinden von Wertlosigkeit und Selbstablehnung wurde durch die Erfahrung von Beziehung und Wertschätzung in der Gruppe relativiert. Die Wirkung in der Gruppe ist um ein Vielfaches höher als in der Einzeltherapie. Marie erlebte, wie alle berührt waren, Tränen in den Augen hatten, Wut über die Täter spürten und vor allem große Zuneigung für Marie zeigten und all dies atmosphärisch im Raum sehr dicht war. Wut und Trauer konnten so allmählich auch von ihr empfunden werden. Diese Emotionen waren bei ihr im Zusammenhang mit dem Trauma noch wenig aufgetaucht. Die Wut war da, zeigte sich doch oft auch als Gereiztheit im Zusammenhang mit alltäglichen Ärgernissen, jedoch nicht gegenüber den Tätern. Sie konnte plötzlich explodieren und erschrak selber über ihre Aggressionen. Es war eine unheimliche Kraft, die da nach außen drängte, und der Grund des Ausbruchs war oft nicht passend zur Stärke des Ausbruchs. Auch die Trauer meldete sich sehr zögerlich. Marie sagte, es fühle sich manchmal so an, als wäre Weinen gut, aber sie könne es nicht. Erst als der eigene Wert von Marie anfing zu wachsen, tauchte auch Trauer auf.

Es beruhigte sie, wenn sie erfuhr, dass diese Wut und auch die Angst erklärbar waren durch die realen Situationen, die sie erlebt hatte. Es beruhigte sie auch, dass die Menschen sie mit dieser Wut gut aushalten konnten und dass sie selber vor ihren eigenen Ausbrüchen mehr erschrak als die Umwelt. So konnten diese Emotionen geborgen werden im Sinne eines Containings. Durch die Erfahrung, dass wir allesamt nicht so hart mit ihr ins Gericht zogen wie sie selber, konnte sie lernen, sich selber mehr anzunehmen.

Sie machte die Erfahrung, dass sie gemocht wird. Je mehr sie sich auch in ihrer Verletzlichkeit, ihrer Wut, und ihrer Angst zeigte, desto mehr erfuhr sie das Angenommensein, weil sie gesehen werden und weil das Team sie auch aushalten und zum Teil auch verstehen konnte. Dies war eine komplementäre Erfahrung zu der biografischen Erfahrung, dass sie sich möglichst dünn machen und nicht mit eigenen Bedürfnissen den anderen lästig werden sollte.

Suchtdruck

Obwohl die Motivation zur Abstinenz immer gegeben war,

war der Suchtdruck enorm. Sie fühlte sich von dem Verlangen nach Heroin getrieben. Es wäre unmöglich gewesen, nein zu sagen, wenn sie in die Nähe eines Suchtmittels geraten wäre. Die suchtmittelfreie Umgebung, die Ausgangsregelungen zu Beginn und die begleiteten Ausgänge in den ersten Wochen und auch Monaten waren die einzige Möglichkeit, sie vor den Suchtmitteln zu schützen. Die Vernunft hatte keine Chance gegen den Wunsch, die innere Unruhe und Spannung für ein paar Stunden zu beruhigen. Bei Marie war klar, dass eine ambulante Therapie mit dem Ziel, zur Abstinenz zu gelangen, ohne Erfolg geblieben wäre. Dies ist erst möglich, wenn die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung nachlassen. Erst wenn es aufgrund von Stabilisierung gelungen ist, ein gutes Spannungsniveau zu erlangen und die Spitzen der belastenden Affekte zu nehmen, erst dann kann Marie es wirklich schaffen, nein zum Suchtmittel zu sagen. Dann wäre ein Rückfall auch kein Drama, sondern sie könnte es selber schaffen bzw. mit therapeutischer Hilfe. Sie könnte den Rückfall verstehen und dann wieder in die Abstinenz kommen. Dies wäre dann der Zeitpunkt, von der stationären Behandlung in eine ambulante Behandlung überzugehen. Insofern ist die Behandlung der PTBS die Voraussetzung für eine erfolgreiche Suchtbehandlung. Ohne stationären Rahmen wäre dies undenkbar. Wiederholte Rückfälligkeit wäre unvermeidbar und es käme zu einer Abwärtsspirale aufgrund von Selbstmedikation durch das Suchtmittel und der erneuten Traumatisierung durch das Leben auf der Straße.

Parallel zur Bewältigung der Symptome der PTBS wurde der Suchtdruck weniger. Je bunter und vielfältiger die Palette ihrer Wahrnehmungen wurde, umso weniger wurde der Suchtdruck. Bei den seltenen Ausgängen war es notwendig, eine genaue Planung zu machen, und obwohl Alkohol nicht das Mittel ihrer Wahl war, war es sinnvoll, mit Unterstützung von Antabus in den Ausgang zu gehen, nachdem sie einmal aus dem Impuls heraus getrunken hatte.

Selbstfürsorge

Es war von Anfang an wichtig, die Selbstfürsorge zu aktivieren. Reddemann empfiehlt bei traumatisierten Patientinnen nach Ressourcen zu suchen, um die Selbstheilungskräfte zu aktivieren (vgl Reddemann 2005, 13). Die Gefahr, dass sie von meiner Zuwendung zu sehr abhängig werden könnte, wollte ich verringern. Außerdem war ich nicht immer anwesend und sie musste es schaffen, sich selber zu trösten und sich auch anderen anzuvertrauen, da die Unruhezustände und die Angst vor allem in der Nacht am stärksten waren. Es war mir wichtig, klar hinter ihr zu stehen, jedoch immer gleichzeitig auch die erwachsene Seite in ihr anzusprechen und mit ihr Übungen zu vereinbaren, die sie selber durchführen konnte. In der Therapiestunde wurden die Helfer aktiviert, die zu Tode verängstigte jugendliche Marie gepflegt und versorgt, die Peiniger in die Flucht geschlagen und in den Tagen meiner Abwesenheit machte sie dies selbstständig und es gelang ihr auch. Sie wunderte sich oft, dass es möglich war, die beängstigenden Bilder zu beeinflussen und ihnen etwas entgegenzusetzen. Sie berichtete immer wieder erstaunt, dass es tatsächlich funktioniert. Die Bilder und der damit verbundene Schmerz konnte durch verschiedene Techniken reduziert werden. Marie hatte kaum Dissoziationen als

Coping benutzt, und so waren der Schmerz und die Todesängste in hohem Maße da. Durch die Leinwandtechnik oder durch den inneren Beobachter (ebd., 113 ff.) lernte sie, etwas Distanz herzustellen und die Körpersensationen zu regulieren.

Antidepressiva und Bedarfsmedikation wirkten während der gesamten Therapie unterstützend. Trotz der Medikamente war es eine Riesenanstrengung für Marie, die immer wiederkehrenden und sich auch immer wieder verändernden Bilder und dazugehörigen Emotionen zu ertragen. Darin zeigte sich mir ihr Lebenswille, den sie zwar so nicht empfand, aber in ihrem Kampf und Durchhaltevermögen zum Ausdruck brachte. Das ressourcenorientierte Vorgehen nach Reddemann und Huber hat vor allem die erste Grundmotivation gestärkt. Durch das basale Angenommensein in der Einzeltherapie wurde der eigenständige Einsatz dieser Methoden erst möglich. Sie hat die Selbstfürsorge und auch die Grundwertpflege, die sie in der therapeutischen Beziehung erlebt hat, quasi für sich übernommen. Ohne diese Erfahrung hätte sie das vermutlich nicht geschafft. Methoden allein sind also nicht der Weg, es braucht die Erfahrung in der haltgebenden Beziehung zuerst.

Marie erlaubte mir erst nach zirka zwei Monaten, zusätzliche Vertraute des Nachtdienstes einzuweihen und diese auch um deren Fürsorge zu bitten. Ihr Vertrauen war zutiefst erschüttert und es war wichtig, dass keinerlei neuerliche Verletzungen in diesem Bereich stattfanden. Wichtig war es, dass Marie die Kontrolle behielt, sie gab die Anleitungen, und solange ich spürte, dass keine Gefahr in Verzug war, die Suizidalität nicht akut wurde und auch ein unerwarteter Abbruch durch verbindliche Verträge zwischen uns beinahe ausgeschlossen werden konnte, ging ich auf diese Vorgangsweise ein.

Durch die Erlaubnis und die Verpflichtung, sich gut um sich zu kümmern und diese Ausnahmezustände ernst zu nehmen, gelang es ihr zunehmend, zu sich selber ein etwas versöhnlicheres Verhältnis zu bekommen. Sie lernte, sich Auszeiten zu nehmen, sich während der Arbeitszeit hinzulegen, auf den Hügel zu laufen und sich Luft zu verschaffen, manchmal auch einfach zu schreien. Bewegung, Natur und Spielen waren Ressourcen, die sie schon als Kind entwickelte. In solchen Momenten, zum Beispiel beim Schifahren, bekam sie eine Ahnung davon, dass das Leben sich auch gut anfühlen könnte. Irgendwann entdeckte sie, dass nicht nur schmerzliche Zustände auftauchten, sondern dass sie kurz Freude empfinden konnte, dass sie anders lachte als in den letzten Jahren und sich dies anders anfühlte. Es gab manchmal unbeschwerte Momente. Es war selten, aber diese Momente gaben jedes Mal Hoffnung.

Die Störung, die durch die Traumatisierung erfolgte, zeigten sich bei Marie vor allem auf der Ebene der ersten und zweiten Grundmotivation. In der ersten Therapiephase ging es vor allem in der Einzeltherapie um Raum, Schutz und Halt, dann folgte durch die Gruppe die Grundwertinduktion und später durch Bewegung in der Natur die Stärkung des Grundwerts, also der zweiten Grundmotivation. Das ressourcenorientierte Vorgehen nach Reddemann und Huber hat auch vor allem die erste Grundmotivation gestärkt. Bei der Behandlung von Marie wurden verschiedene Elemente aus der Traumatherapie mit der phänomenologisch existenzanalytischen Vorgangsweise kombiniert.

Ausblick

Die Therapie ist noch nicht zu Ende. Es ist klar, dass die Drogen bei Marie eine hohe funktionelle Bedeutung haben. Insofern scheint die Prognose gut für Marie. Wenn sie geeignete Strategien gelernt hat, mit der posttraumatischen Störung umzugehen, dann ist die Selbstmedikation durch die Drogen nicht mehr notwendig. Sie selber ist motiviert, abstinent zu leben. Und sie wird es auch können, wenn sie genug alternative Schutzmechanismen gelernt hat, die sie stabilisieren. Es ist erstaunlich, zu beobachten, dass der Suchtdruck in dem Maße abnimmt, in dem die Emotionalität zunimmt und auch integriert werden kann. Noch vor Monaten wäre es undenkbar gewesen, dass sie es schafft, alleine im nicht geschützten Raum drogenfrei zu bleiben. Jedes Angebot hätte sie angenommen, auch wenn die Entscheidung für die Abstinenz bereits klar gefällt war. Die Kompetenzen dazu waren jedoch noch nicht gegeben. Mittlerweile ist es so, dass es möglich ist, einen Ausgang zu machen, der jedoch nach wie vor klar strukturiert sein muss. Irgendwann wird es möglich sein, Ausgänge zu machen, die nicht bis ins letzte Detail durchgeplant sind und die Spielraum für Möglichkeiten lassen, da sie fähig sein wird, eine Entscheidung zu fällen und auch die Kompetenzen haben wird, Leerräume und Emotionen, die entstehen, auszuhalten und nicht notwendigerweise das Suchtmittel benötigt, um sich zu beruhigen, um sich sicherer zu fühlen oder sich auszuhalten. Erst dann ist überhaupt die Person gefragt, diese Entscheidung zu fällen. Erst wenn die Kompetenzen gegeben sind, ist es möglich, die Abstinenz wirklich einzufordern, beziehungsweise erst dann kann Marie auch von sich selber verlangen, den Kampf gegen die Sucht aufzunehmen, mit einer Chance, ihn zu gewinnen.

Literatur

- Frederick C, Phillips M (2007) Handbuch der Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen. Heidelberg: Carl Auer, 2°
- Graf J, Frank R (2001) Parentifizierung. Die Last, als Kind die eigenen Eltern zu bemuttern. In: Walper S, Pekrun R (Hrsg) Familie und Entwicklung aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie. Göttingen: Hogrefe. 314 341
- Huber M (2005) Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung. Paderborn: Junfermann Verlag, 2°
- Längle A (2003) Das Bergen des Berührtseins als therapeutische Basisarbeit in der Existenzanalyse. Emotion und Existenz. Wien: Tagungsbericht der GLE, 77-100
- Lüdecke Ch, Sachsse U, Faure H (2010) Sucht-Bindung-Trauma, Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer
- Reddemann L (2005) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. München: Pfeifer bei Klett-Cotta. 11°

Anschrift Verfasserin:

MMAG. ELSBETH KOHLER
A-6850 Dornbirn
Am Eisweiher 16b
therapie@elsbethkohler.att

KURZZEITTHERAPIE IN DER SUCHTARBEIT EINE FALLDARSTELLUNG

Stationäre Alkoholbehandlung

HELMUT JAROSIK

Es wird eine stationäre Einrichtung zur Behandlung von alkoholund medikamentenabhängigen Patienten und eine spezielle darin verwendete Form von Psychotherapie (Existenzanalyse) vorgestellt. Neben ihrem spezifischen Verständnis von Sucht wird anhand eines Fallbeispieles die praktische Vorgangsweise verdeutlicht und anschließend reflektiert. In der stationären Arbeit wird besonderer Wert auf die multidisziplinäre Verschränkung der rein psychotherapeutischen Tätigkeit mit medizinischen, kreativtherapeutischen sowie ergo- und soziotherapeutischen Angeboten gelegt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Existenzanalyse, Kurzzeittherapie, stationäre Psychotherapie, Suchttherapie

SHORT-TERM THERAPY IN ADDICTION AID WORK – A CASE REPORT

Inpatient alcohol addiction treatment

The purpose of this study is to present a facility for the treatment of alcohol addiction and pharmacomania and a specific short-term psychotherapy (existential analysis) used therein. Their specific understanding of addiction is described and the theoretical approach in practical psychotherapeutic work is shown and subsequently reflected by means of a case description. Psychotherapeutic inpatient treatment gives special attention to a multidisciplinary approach, by integrating medical, creative-, ergo- and socio-therapeutic propositions.

KEYWORDS: Existential analysis, short-term therapy, psychotherapeutic inpatient treatment, therapy of addictions.

EINLEITUNG

Im folgenden Artikel gebe ich zunächst einen kurzen Überblick über den therapeutischen Rahmen und das stationäre Therapieangebot am Suchtkrankenhaus Stiftung Maria Ebene sowie über die Arbeitsweise der Suchttherapie in diesem Krankenhaus, wobei ich versuche, Sucht aus existenzanalytischer und logotherapeutischer Sicht sowie das Suchtverständnis an unserem Krankenhaus zu erläutern. Den Hauptteil des Artikels bildet eine Falldarstellung. Es handelt sich um eine Patientin, die sich an unserer Anstalt einer 8wöchigen Alkoholentwöhnungstherapie unterzog. Dabei wird vor allem auf das Verständnis und die Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse besonders wert gelegt.

Seit April 1989 arbeite ich als Sekundararzt am KH Stiftung Maria Ebene, einer Suchtklinik für alkohol- und medikamentenabhängige Patienten. Die Ausbildung für Psychotherapie in Existenzanalyse und Logotherapie ergänzt seit 1998 meine berufliche Tätigkeit. Die ärztlichen Aufgaben inkludieren neben der Betreuung ambulanter Patienten den stationären Bereich. Schwerpunkt sind Nachtdienste, Aufnahme- und Visitentätigkeit.

DER THERAPEUTISCHE RAHMEN UND DAS STA-TIONÄRE THERAPIEANGEBOT AM KRANKEN-HAUS STIFTUNG MARIA EBENE

Der stationäre Aufenthalt dauert für die Patienten in der Regel acht Wochen, in Ausnahmefällen ist es möglich, die Aufenthaltsdauer um vier Wochen oder um einen ganzen Zyklus zu verlängern, dies gilt insbesondere für schwer medikamentenabhängige Patienten oder bei strenger psychotherapeutischer Indikation.

Das stationäre Therapieangebot umfasst Informationsgruppen, psychotherapeutisch orientierte Kleingruppen und indikative Gruppen, beinhaltet kreative Elemente, Achtsamkeitsübungen und Entspannungstechniken. Auch werden die Patienten in ihrer Auseinandersetzung mit ihrer psychosozialen Situation von einem Sozialarbeiter/einer Sozialarbeiterin unterstützt und begleitet. Angehörigenarbeit ist ein weiterer wesentlicher Bestandteil des therapeutischen Settings. Alternative Methoden wie Akupunktur und Homöopathie werden ebenfalls angeboten.

Die psychotherapeutische Arbeit konzentriert sich auf wöchentliche Einzelgespräche und Therapiegruppen.

Der existenzanalytische Ansatz hat sich nach meiner Erfahrung durch seine Methodik und Didaktik für die Behandlung suchtkranker Patienten als sehr wichtig und wertvoll erwiesen

Aus existenzanalytischer Sicht lassen sich die Beweggründe und Ursachen der Suchtentstehung kurz folgendermaßen umreißen. Die Dynamik im Suchtgeschehen sieht LÄNGLE (Längle 1993, 71 ff) im Leiden des Süchtigen an seiner inneren Leere und der daraus resultierenden Basisspannung. Dahinter finden sich eine Grundwertstörung und ein negativer Selbstwert. Der Patient zweifelt daran, ob er überhaupt noch leben mag, oder er will gar nicht mehr leben. Schon von GEBSATTEL (1954) und FRANKL (1986, 80 ff; 1991, 183 f) stellten die Hypothese auf, dass dieses Mangelerleben – wir sprechen von "existenziellem Vakuum" – den Nährboden für die Sucht darstellt. Durch diese Spannung strebt der Süchtige u.a. nach mehr Lebensfreude, Ruhe und Zufriedenheit oder anderen Inhalten wie Mut, Entspannung und Freiheit. Zunächst spürt der Süchtige noch sehr klar, dass es für ihn nicht sinnvoll ist, den Weg weiter in die Sucht zu beschreiten. Bald erscheint es für ihn nicht mehr möglich zu sein, gegen diese Strebung aufzukommen. Er fühlt sich zunehmend unfrei. Da der Süchtige oft das Eigene vom Fremden nicht unterscheiden kann, ist er in seinem Verhalten a-personal, seine Person wird entthront.

Aus logotherapeutischer Sicht erlebt der Süchtige sein Dasein zumeist als sinnlos. Dieses Gefühl der Sinnlosigkeit steht oft im Zusammenhang mit einem ihn belastenden Ereignis. Er leidet unter der Ohnmacht, etwas ändern zu wollen, an Hoffnungslosigkeit und mangelndem Interesse an vielen Dingen, ist nur wenig bereit, unveränderliche Situationen anzunehmen. Erst wenn er sich darüber bewusst ist, in seinem Leben etwas Sinnvolles zu tun, schöpft er daraus Kraft und die Energie, seine Probleme anzugehen und zu überwinden sowie Krisen durchzustehen. Seine Verzweiflung am sinnlosen Leben wird vom Süchtigen mit der Droge betäubt, er strebt nur noch nach Lust. Zur Bewältigung der Sinnlosigkeit weist FRANKL (1982, 60-61) auf drei Wege hin, er nennt sie die drei "Hauptstraßen" zum Sinn. Die Wertekategorien sind schöpferische Werte, Erlebniswerte und Einstellungswerte. Der Süchtige ist existenziell frustriert, ihm fehlt das Wozu des Lebens, verbunden mit Verlust von Freiheit und Verantwortung.

An unserem Krankenhaus wird die Sucht verstanden als eine chronische, von Rückfällen geprägte polykausale Erkrankung, deren Substrat die Erkrankung des Gehirns ist. Deshalb ist es Alkoholkranken nicht möglich, zu einem kontrollierten Trinken zu kommen und es setzt ein nicht mehr kontrollierbarer Drang zur Beschaffung des Stoffes ein. Wegen der organischen Basis der Suchtkrankheit verlangen wir auch einen körperlichen Entzug, der der psychotherapeutischen Behandlung und Rehabilitation vorausgeht.

Werden Patienten zu Beginn der Therapie über ihre Therapieziele befragt, lautet die Antwort zumeist: "Ich möchte wieder zu mir finden, mich besser kennenlernen", oft auch nur: "Ich möchte einfach weg vom Alkohol." Dabei fällt es ihnen sehr schwer, ihre Bedürfnisse zu konkretisieren. Als Trinkmotive nennen sie häufig äußere Umstände und Einflüsse wie Partnerkonflikt, Arbeitslosigkeit oder Führerscheinentzug. Erst im Laufe der Therapie erlangen sie mehr Introspektionsfähigkeit, lernen den Zusammenhang zwischen ihrer eigenen Person, ihrer Emotionalität und ihres Umgangs mit sich selbst, ihren Gefühlen und ihrem Umfeld einerseits und der Suchtentwicklung andererseits zu verstehen. Sie setzen das Suchtmittel ein, um tiefen Schmerz und Frustration zu lindern, ihre Ängste und Hemmungen abzubauen, Gefühle wie Leere, Sinnlosigkeit, Schuld und Scham zu betäuben, Wut und Trauer zuzulassen. Das Suchtverständnis in diesem Kontext ermöglicht es dem Patienten zunehmend, seine Ziele für die Therapie konkreter zu formulieren und sich in seinem Leben neu zu orientieren. Schließlich geht es um die Fragen: "Wozu lebe ich eigentlich, wofür will ich mich einsetzen, wofür lohnt es sich überhaupt abstinent zu sein?"

Die Zielsetzungen sind:

- Verbesserung der Fähigkeit zur intrapsychischen Kontrolle;
- Verbesserung des Selbstwertgefühls;
- Verbesserung der Beziehungsfähigkeit;
- Lebensqualität.

Wichtig ist es auch, dem Patienten zu vermitteln, dass

Sucht nicht heilbar ist und er nach der stationären Therapie nicht als geheilt entlassen wird, die Behandlung auch noch nicht abgeschlossen ist. Es wird großer Wert darauf gelegt, den Patienten in ein Nachbetreuungssetting einzubinden, sei es im Sinne von Einzelgesprächen, Gruppenangeboten, sozialarbeiterischer Betreuung oder ambulanter Nachbehandlung an unserem Krankenhaus. Nach Möglichkeit werden die Termine bereits während des stationären Aufenthaltes vereinbart. Auch die Rückfallproblematik wird ausführlich thematisiert.

Genaue Zahlen im Rahmen einer Rückfallstatistik können aufgrund der hohen Dunkelziffer nicht angegeben werden. Der rege Besuch abstinenter Patienten eines seit neun Jahren veranstalteten Ex-Patiententreffens zeigt jedoch immer wieder erfreuliche Entwicklungen in der stationären Suchtarbeit.

FALLBEISPIEL

Ich begegnete Dagmar erstmals am Aufnahmetag im Juni 2011, eine 43jährige Frau von mittlerer Statur, etwas mollig, mit brünetten, halblangen leicht gewellten Haaren; sie wirkte ernst, etwas misstrauisch und distanziert.

Zwei Tage später erschien sie pünktlich zur ersten Therapiesitzung. Als ich ihr die Tür öffnete und wir uns per Handschlag begrüßten, wich sie zunächst einen Schritt zurück, betrat dann mein Büro und setzte sich mir gegenüber auf den Sessel. Als ich sie auf ihr Verhalten ansprach, erklärte Dagmar, dass sie mit männlichen Therapeuten bisher nie zurechtkam und sich nicht ernst genommen fühlte. Sie denke, dass sie sich vielleicht einer Frau gegenüber auch besser öffnen könne. Zudem war sie interessanterweise der Meinung, es handle sich hier um ein medizinisches und kein therapeutisches Gespräch, obwohl sie tags zuvor bereits über die Therapeutenzuteilung informiert worden war. Nach einer kurzen Klärung zeigte sie sich dennoch bereit, es mit mir zu versuchen. Sollte es nicht stimmig sein und keine tragfähige therapeutische Beziehung entstehen, würde einem Therapeutenwechsel sicher nichts im Wege stehen.

Dagmar schildert zunächst ihre aktuelle Situation. Sie hätte sich anfänglich im Hause etwas verloren gefühlt, außer in ihrem Zimmer habe sie kaum Rückzugsmöglichkeiten. Sie nehme mittlerweile am Autogenen Training und an den Achtsamkeitsübungen teil und habe den Servierdienst übernommen. Auf genaueres Nachfragen erklärt sie, dass sie gerne unter Leuten sei und andererseits auch Anerkennung und Bestätigung durch andere für sie wichtig wäre.

Dagmar kommt nun auf ihre Biographie zu sprechen, wobei bald auffällt, dass sie sehr sprunghaft von einem Thema zum anderen wechselt und oft dazu neigt, am Detail zu haften, was ich ihr auch spiegle und ihr die Frage stelle, wo sie eigentlich gerade sei und was sie im Moment spüre. Dagmar reagiert etwas verunsichert, hält kurz inne und erklärt, dass sie dies von sich kenne und es wird ihr im weiteren Verlauf des Gesprächs schnell bewusst, dass sie dadurch eigentlich nur auf der Flucht vor sich selber wäre und es ihr auch schwerfallen würde, bei sich hinzuspüren und mit sich

in Kontakt zu treten, also mehr im Außen sei.

Es gelingt im Folgenden auch recht gut, das Gespräch zu strukturieren.

Geboren und aufgewachsen sei sie als jüngstes von insgesamt zwei Geschwistern. Sie habe noch eine um zwei Jahre ältere Schwester, diese sei verheiratet, habe drei Kinder und arbeite als Physiotherapeutin. Die Mutter sei 76 Jahre alt, war früher als Krankenschwester beschäftigt, führte dann ausschließlich den Haushalt. Der Vater (71 Jahre) sei von Beruf Jurist und war an der Steirischen Landesregierung an der Personalabteilung tätig. Sowohl zu ihren Eltern wie auch zu ihrer Schwester habe Dagmar einen sehr intensiven Kontakt. Nach der Kindergarten- und Schulzeit besuchte sie die "Ursulinen". Ihre Kindheit habe sie in schöner Erinnerung, hatte viele Freundinnen und Freunde, war auch Mitglied bei den Pfadfindern. Nach vier Klassen Volksschule und vier Klassen Gymnasium habe sie sich für die Musisch-pädagogische Oberstufe entschieden, es handelte sich um eine reine Mädchenschule. Ihre Aussagen über eine schöne Kindheit und Jugendzeit werden jedoch rasch relativiert. Von den Eltern sei ihr immer die heile Welt vorgespielt worden, sie fühlte sich missverstanden. So habe sie sich mit der Zeit von ihrem früheren Leben abgewandt, mit 16 Jahren ihren ersten Suizidversuch verübt, indem sie sich am linken Arm in die Pulsadern schnitt. Irgendwie hatte sie immer das Gefühl, ein schlimmer Teil in ihrem Leben sei ihr vorenthalten worden, hatte auch ein schlechtes Bild von der Schule. Bei der Matura sei sie schließlich dreimal durchgefallen. Sie machte dann eine Zusatzausbildung als Supervisorin und Coach, habe diese ebenfalls nicht abgeschlossen, v. a. aus Angst zu versagen, sie stelle immer sehr hohe Ansprüche an sich selbst. Schließlich hätte sie damals im Herbst doch maturiert. Sie habe dann begonnen Publizistik und Theaterwissenschaft zu studieren, sei jedoch todunglücklich gewesen und habe die "verrücktesten Sachen" gemacht. Zudem sei sie selbst mit 18 Jahren schwanger geworden und ließ das Kind abtreiben. Anschließend habe sie Germanistik zu studieren begonnen, jedoch auch dieses Studium wieder abgebrochen. Sie habe dann weitgehend ein "Lotterleben" geführt, wollte Physiotherapeutin werden, musste eine Prüfung erneut repetieren, sei völlig fertig gewesen und hatte zunehmend Prüfungsängste. Sie hätte dann ein halbes Jahr nur so dahingelebt und sich gefragt, was sie nun mit 25 Jahren eigentlich machen solle. Sie habe dann die SozAk besucht und es sei mit ihr plötzlich bergauf gegangen, machte noch einige Praktikas sowie die Aufnahmsprüfung in St. Pölten und Graz, habe diplomiert und war anschließend dreieinhalb Jahre als Sprengelsozialarbeiterin tätig und die letzten fünf Jahre in der Mobilen Betreuung, insgesamt sei sie schon seit zehn Jahren als Sozialarbeiterin beschäftigt. Sie sei ledig, habe keine Kinder, seit eineinhalb Jahren keine feste Partnerschaft. Sie hätte zuvor vier Beziehungen gehabt, habe jedoch mit ihrem Partner nie zusammengelebt.

Als ich Dagmar frage, wie viel Nähe sie in Beziehungen zulassen wolle bzw. überhaupt aushalte, erklärt sie, dass sie immer versucht habe, Fassade aufrecht zu erhalten, aus Angst, im Inneren verletzt zu werden. Sie wolle nach außen hin nicht zeigen, wie es ihr wirklich gehe. Es sei auch die Angst, der andere könnte sie dann nicht mehr mögen und sich von ihr abwenden. Dagmar wird im Gespräch zuneh-

mend ruhiger und lässt sich emotional berühren, was ich ihr erneut rückmelde. Ich teile ihr auch mit, ich könnte mir gut vorstellen, dass sie schon oft in ihrem Leben das Bedürfnis gehabt hatte, sich fallen zu lassen, Schwäche zu zeigen und Gefühle zuzulassen. Dagmar errötet im Gesicht, hält inne und bekommt Tränen in den Augen. Ich gebe ihr zu verstehen, dass ich sie gerade im Kontakt mit sich selbst erlebe, so lerne sie sich aber auch wieder selbst spüren und unangenehme Gefühle aushalten, v. a. werde sie so auch eine andere Seite bei sich entdecken, als die, die sie nach außen hin zeige. Dagmar gibt an, dass ihr die Rückmeldung sehr wohl tue, dies auch eine hilfreiche Erfahrung für sie wäre, was sie von anderen Therapien her gar nicht kenne. Sie spüre, dass ich sie als Person emotional gut erreiche, ohne dabei bedrohlich zu werden. Gleichzeitig räumt sie ein, dass eine gute therapeutische Basis geschaffen wurde und sie keine Probleme hätte, mit mir weiter zu arbeiten. Sie bekam Raum, fühlte sich getragen und gehalten, auch angenommen und verstanden.

In der nächsten Therapiestunde erzählt Dagmar über ihre Suchtgeschichte. Sie hätte mit 15 Jahren erstmals Alkohol konsumiert, in der Folge über Jahre sozial weitgehend angepasstes Trinkverhalten, seit vier Jahren regelmäßiger Alkoholkonsum mit Trinkmengen von einem Liter Wodka am Tag sowie zusätzlich einige Gespritzte. Zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr betrieb sie einen Cannabismissbrauch, seit zwei bis drei Jahren abundiere sie unregelmäßig Praxiten, ein Beruhigungsmittel.

Als Motivation für den Suchtmittelkonsum nennt Dagmar depressive Phasen, die sie seit dem 16. Lebensjahr kenne sowie ein schweres sexuelles Trauma im Alter von 30 Jahren. Auf genaueres Nachfragen gibt sie an, dass sie während eines Aufenthaltes in Frankfurt von mehreren Männern angefallen und vergewaltigt worden sei, vor der Tat seien ihr die Augen verbunden worden. Seither habe sie immer wieder Albträume, vermehrt in letzter Zeit, habe nach dem Aufwachen jedes Mal geweint oder geschrien. Das Aufwachen nach dem Traum sei für sie Ausdruck wieder Kontrolle über sich selber zu haben. Sie habe die ganze Geschichte bisher nur ihrer Psychiaterin gegenüber erwähnt, könne sich auch momentan nicht näher auf dieses Thema einlassen, erkundigt sich aber gleichzeitig, ob es möglich wäre, ihr eine Traumatherapie anzubieten. Ich erkläre ihr, dass es im Rahmen des doch recht kurzen stationären Aufenthaltes von acht Wochen wohl nicht sinnvoll wäre, hier in die Tiefe zu gehen, da die Gefahr bestehe, sie könnte dadurch überfordert oder gar destabilisiert werden. Eine Traumatherapie zu einem späteren Zeitpunkt wäre jedoch sicherlich indiziert. Dagmar kann dies auch gut annehmen.

Es werden folgende *Therapieziele* erarbeitet:

- · Lernen, in sich zu ruhen;
- Sich selbst wieder annehmen können;
- Auseinandersetzung mit ihrem Beziehungsverhalten;
- Neuorientierung in ihrem Leben, auch beruflich.

In den weiteren Therapiesitzungen kommt Dagmar zunächst auf ihre Kindheitserlebnisse und auf die Beziehung zu ihren Eltern ausführlich zu sprechen.

Der Vater sei v. a. beruflich viel unterwegs gewesen, war zu Hause nur wenig präsent. Obwohl die Mutter sich sehr um die Kinder gekümmert habe, habe Dagmar sie nicht als überprotektiv erlebt. Insgesamt habe sie durch ihre Eltern eine recht strenge Erziehung erfahren. So hieß es immer: "Was auf den Teller kommt, wird gegessen", man musste ordentlich angezogen sein, für den Vater waren sonntägliche Kirchenbesuche selbstverständlich. Außerdem musste man um alles fragen und bitten, was man haben wollte, sei es auch nur einen Apfel, oder den Kühlschrank öffnen. Von ihrer Mutter sei sie ab und zu auch geschlagen worden, wenn sie sich einmal daneben benommen hätte. Oder sie drohte mit der Aussage: "Warte nur, wenn der Vater heimkommt" Der strafende Blick des Vaters habe ihr immer besonders weh getan, ab und zu erlebe sie ihn heute noch so. Insgesamt habe sie als Kind jedoch eher wenige Erinnerungen an den Vater. Eine spezielle Erinnerung habe sie noch an folgende Begebenheit. Sie sei einmal mit der Mutter, jedoch ohne Vater, eine Woche auf Urlaub gefahren und als sie zurückkam und sie ihrem Vater begegnete, weinend weggelaufen. Sie hätte ihn nicht einmal erkannt, es sei für sie gewesen, als komme eine fremde Person ihr entgegen. Sie hatte Angst, er könnte ihr zu nahe kommen oder sie vereinnahmen. Dagmar kann dies jedoch nicht konkret benennen. Als ich Dagmar nach ihrem Gefühl frage, was sie wohl in den Augen ihres Vaters gewesen sein könnte, erklärt sie, dass sie zwar ein gewolltes Kind war, der Vater sich jedoch einen Buben gewünscht hätte. Sie habe sich dann auch wie ein Junge verhalten, das Verhalten oft sogar provokativ überbetont, um mehr Zuwendung durch den Vater zu erfahren. Es hieß dann schon, die Dagmar wäre ein "verpatzter Junge". Dagmar wird mehr und mehr bewusst, dass sie nicht so sein durfte, wie sie wollte. Sie berichtet auch, dass sie im Gegensatz zu ihrer Schwester oft versuchte, aus der Enge auszubrechen und legte ein eher trotziges und rebellisches Verhalten an den Tag. Ich gebe ihr in diesem Zusammenhang zu verstehen, dass sie überhaupt dazu neige, Grenzen auszuloten und zu durchbrechen, wenn es ihr zu eng werde. Allerdings sei es auch wichtig, ihr therapeutisch Grenzen zu setzen, da sie erst dann ihre Grenzen spüren könne und auch im Stande wäre, anderen Grenzen zu setzen, sie sich aber auch innerhalb dieser Grenzen als Person finden und entwickeln könne. Sie berichtet auch davon, dass es ihr wehgetan habe und bei ihr Wut auslöste, als sie am Vortag im Rahmen ihres Besuches beim Augenarzt nicht die Erlaubnis bekam, anschließend noch einkaufen zu gehen, obwohl die Frist des Ausgangsschutzes der ersten zehn Tage noch nicht abgelaufen war, sie hätte sich daraufhin ausgeheult. Ich bestärke sie darin, dass es ihr sehr wohl gelinge, Gefühle zu zulassen, diese Gefühle auch ohne Alkohol auszuhalten. Dagmar beginnt zu weinen, wir halten gemeinsam inne und sie versucht ihre Emotionen bewusst anzufühlen.

Dagmar berichtet weiters, sie sei für die Eltern ein Vorzeigekind gewesen, diese seien immer stolz gewesen, wenn sie schön angezogen war, parierte, keine Probleme machte und gute Noten nach Hause brachte. Als Person sei sie jedoch wenig gesehen worden, es reichte eben nicht, dass sie einfach da war und sich so zeigte, wie sie eben sei. Wenn sie mit Buben spielte und ihre burschikose Art hervorkehrte,

hatte der Vater eine riesige Freude mit ihr, was sie auch genoss. Als sie sich in der Pubertät zur Frau entwickelte, hätte der Vater mit ihr gebrochen, was sie als sehr verletzend und kränkend erlebte. Sie spürte, dass sie als Frau ihrem Vater keine Freude mehr machen konnte. Auch die Mutter hätte sich mit dem Vater solidarisiert, Dagmar hätte sich gerade von ihr mehr Unterstützung erwartet. Sie habe sich damals völlig verloren gefühlt, auch einen massiven Hass auf den Vater verspürt. Oft wäre sie am liebsten einfach weggelaufen. Noch heute könne sie ihn als Person kaum erreichen. Ich erkläre Dagmar, dass schon als Kind ihre intimen und persönlichen Grenzen massiv verletzt wurden, es sich eigentlich um emotionalen Missbrauch handelte. Auf meine Frage, was sie von ihrem Vater noch brauche bzw. was sie mit ihm klären möchte, antwortet Dagmar unter Tränen, dass sie einfach das Bedürfnis habe, mit ihm ganz normal und ungezwungen zu plaudern oder gemeinsam etwas zu unternehmen. Sie spüre im Moment eine innere Einsamkeit und tiefe Trauer. Wieder bestärke ich sie in ihrem aktuellen Prozess, teile ihr mit, dass sie nur über ihre Gefühle und das Erleben und Spüren ihrer Grenzen ihre eigene Identität entwickeln, entdecken und erfühlen könne, ihr Eigenes leben könne.

In einer weiteren Therapiesitzung kommen wir zunächst auf ein aktuelles Ereignis zu sprechen. Dagmar war gestern Abend nach der Medikamenteneinnahme in ihrem Badezimmer zusammengebrochen und hatte sich durch Scherben an der Stirne verletzt. Sie sei kurze Zeit bewusstlos gewesen, habe dann die Scherben zusammengekehrt und den Vorfall anschließend der Nachtschwester gemeldet. Die diensthabende Ärztin hätte sie in die Unfallambulanz und zum CT geschickt, es sei weder eine knöcherne Verletzung noch eine Blutung diagnostiziert worden. Sie könne sich an die Zeit des Untersuchungsablaufes praktisch nicht mehr erinnern, hatte jedoch einige Traumerlebnisse. So sei sie in einem Wagen mitgefahren und jemand hätte sie an der Hand gehalten. Eigentlich könne sie nicht einmal sagen, ob es sich diesbezüglich wirklich um Träume gehandelt habe oder vielleicht auch ein Stück Wirklichkeit (Fahrt im Rettungsauto). Eine echte Erinnerung habe sie dann wieder an den Zeitpunkt, als die Schwester anschließend wieder zu ihr aufs Zimmer kam. In der Früh klagte Dagmar noch über Doppelbilder, diese seien mittlerweile verschwunden. Unklar bleibt bis zu diesem Zeitpunkt jedoch noch der Auslöser des Geschehens. Eine Medikamentenintoxikation konnte ausgeschlossen werden, der durchgeführte Harntest verlief negativ. Da ihre seltsame Vorgangsweise auch nicht gerade für ein epileptisches Anfallsgeschehen sprach, dachte ich als nächstes an dissoziative Mechanismen. Angesprochen auf ein eventuell psychogen ausgelöstes Geschehen gibt Dagmar an, dass sie dies eigentlich nicht vermute, es sei ihr am gestrigen Tag gut gegangen und sie sei vormittags sogar beim Frisör gewesen. Schließlich teile ich ihr mit, dass sich gerade in letzter Zeit ihr Äußeres sehr positiv verändert habe, sie in ihrer Mimik viel plastischer wirke und auch ihre Weiblichkeit sichtbarer und spürbarer werde. Ich frage sie auch, ob sie sich überhaupt wohlfühle, wenn es ihr besser gehe. Es sei auffallend, dass das "Anfallsgeschehen" gerade zu einem Zeitpunkt eintrat, als sie Fortschritte machte, worüber sie sich überrascht zeigte, dies aber auch ohne Widerspruch bestätigt. Sofort kann sie Parallelen zwischen diesem Ereignis und ihrem

Verhalten als Kind entdecken, als sie dazu neigte, bestimmte Situationen zu inszenieren, gerade am Beispiel ihrer Identitätsproblematik.

Die Albträume häuften sich, an die Inhalte der Träume könne sie sich dann kaum erinnern, zumindest nur bruchstückhaft, allerdings ging es in den Träumen immer um das Vergewaltigungstrauma. Wir suchen nach Orten und Situationen, wo sich Dagmar aktuell sicher und geschützt fühle, dies seien ihr Zimmer in unserem Krankenhaus, die Bank an der Seitenwand der Kapelle sowie bestimmte Sitzplätze in den Gruppenräumen, von wo aus sie alles im Blick habe. Es sei für sie v. a. wichtig, dass es keine Möglichkeit gäbe, dass jemand von hinten an sie herantrete, sie erlebe dies als bedrohlich. So sei der Rücken zur Wand immer ein guter Schutz. Auch beruhigende Musik gebe ihr eine gewisse Sicherheit. Über den Zusammenhang zwischen ihrem Trauma und ihrem Beziehungsverhalten bzw. ihrer Sexualität in späteren Beziehungen kann Dagmar kaum sprechen. Sie berichtet jedoch, dass sie ihre Partner in den ersten drei Beziehungen durch einen frühen Tod verloren hätte. Die erste Partnerschaft dauerte zwei Jahre, der Partner sei an einem Herzinfarkt verstorben, der zweite Partner nach einem halben Jahr durch einen Verkehrsunfall ums Leben gekommen, der dritte hätte sich schließlich nach einem halben Jahr das Leben genommen. Am meisten belastet habe sie der Unfalltod ihres zweiten Partners. Sie sei die Beziehung 1997 kurz nach ihrer Vergewaltigung eingegangen. Es sei eine sehr schöne und wertvolle Beziehung gewesen, ihren Partner habe sie emotional sehr nahe an sich herangelassen, wie sonst noch niemanden in ihrem Leben, er hätte sie so akzeptiert, wie sie wirklich war. Dies sei in dieser Beziehung auch das Verbindende gewesen. Eines Tages sollte er zu einem Kunden fahren, sie wollte ursprünglich mitfahren, sagte ihm noch, er solle jetzt lieber gar nicht fahren. Er hätte jedoch nicht mehr auf sie gehört, sei losgefahren und kurz darauf tödlich verunglückt. Als sie davon erfuhr, sei sie völlig unter Schock gestanden, wollte ihn dann auch nicht mehr sehen, habe jedoch an seinem Begräbnis teilgenommen. Emotional verabschiedet hätte sie sich in seinem Haus, sie sei durch die Zimmer gegangen, habe Gegenstände und Bilder von ihm berührt, auch in seinem Bett geschlafen. Heute gehe sie aber nur noch selten an sein Grab. Am liebsten würde sie ihm noch sagen, wie gerne sie ihn habe. Als Dagmar davon erzählt, verspürt sie Trauer, Schmerz aber auch Wut, v. a. Wut, dass er sie so früh verlassen hatte.

Wir kommen auf ihre Beziehungsmuster zu sprechen. Dagmar wolle v. a. keine Schwäche und keine Gefühle zeigen, aus Angst, nicht angenommen oder sogar verlassen zu werden. Einerseits könne sie bei sich schwer hinspüren, andererseits ihr Inneres auch nicht preisgeben. So lernt sie ihre Nähe-Distanz-Problematik in Beziehungen zu verstehen, einerseits das Bedürfnis nach Nähe und Angenommensein, andererseits die Angst vor zu großer Nähe bzw. die Angst, im Inneren entdeckt zu werden und dann nicht mehr gut genug zu sein. Gerade dieses Gefühl hatte sie bei ihrem zweiten Partner nicht, konnte viel Nähe zulassen. Als ich sie frage, wie es sich anfühle bzw. auf was sie stoße, wenn sie ganz bei sich sei und in sich hineinhöre und hineinspü-

re, gibt Dagmar an, dass es ein wohliges Gefühl sei, auch ein Gefühl von Geborgenheit. Es sei so, als würde sie sich wie ein Embryo im Mutterleib einrollen und abkapseln, ihre Fühler einfahren. Nach genauerem Nachfragen erklärt sie, dass sie es jedoch nicht sehr lange mit sich aushalte. Wenn die Trauer und der Schmerz zu heftig würden, "schalte" sie ihre Gefühle einfach ab, spalte sie ab. Sofort erinnert sie sich in diesem Zusammenhang an das "Anfallsgeschehen" vor einigen Tagen. Ich gebe ihr dann zu verstehen, dass ich dies gut nachvollziehen könne und die Momente, in denen sie in den letzten Gesprächen mit sich und ihren Gefühlen in Kontakt kam, Teil eines wichtigen therapeutischen Prozesses wären, denn die gefühlte Trauer sei eben ihre Trauer, der Schmerz ihr Schmerz sowie die Wut ihre Wut, sie spüre sich durch ihre eigenen Gefühle selbst. Erst wenn sie eben diese Gefühle aushalten und auch annehmen könne, wäre es ihr möglich, sich auch selbst auszuhalten.

In den letzten Gesprächen wird mehr und mehr spürbar, dass die Abtreibungssituation, die Dagmar anfänglich nur marginal erwähnte, sie doch sehr belaste. Vorsichtig frage ich sie, ob sie sich vorstellen könne, dass wir gemeinsam dort noch etwas hinschauen, worauf sie zustimmt. Sie sei damals 18 Jahre alt gewesen. Die Schwangerschaft sei nicht geplant gewesen, es sei einfach "passiert". Sie hatte damals eine kurze Beziehung zu einem Mann, dieser wisse bis heute noch nichts von der Schwangerschaft bzw. von der Abtreibung. Da sie sich zu diesem Zeitpunkt nicht reif genug für die Mutterrolle fühlte und völlig überfordert gewesen wäre, habe sie diese Entscheidung getroffen. Es sei ihr danach psychisch sehr schlecht gegangen, auch hatte sie mit Schuldgefühlen zu kämpfen. Sie sei sich auch nicht im Klaren darüber, ob es damals wirklich eine gute und die richtige Entscheidung gewesen wäre. Sie könne sich auch nicht wirklich verzeihen. Wir versuchen, das Kind lebendig zu machen, sie hätte ihm den Namen Johanna gegeben. Im Rollenspiel ist es Dagmar dzt. noch nicht möglich, mit dem "Kind" in einen Dialog zu treten. Ich schlage ihr vor, ihm vielleicht einmal einen Brief zu schreiben. Als ich sie frage, was sie denn ihrem Kind gerne sagen würde, wenn sie vor seinem Grab stehen würde, beginnt Dagmar zu weinen, erklärt, dass sie sich im Moment überfordert fühle. Sie spüre jedoch, dass sich hier ein Thema auftue, an dem sie dranbleiben wolle. Als ich mich dazu noch selbst positioniere, können wir es so gut lassen.

Schließlich arbeiten wir an ihrem Selbstwert, ihrer Selbstachtung und Verlässlichkeit. Die Gespräche gestalten sich zunächst als recht zäh, allmählich gelingt es ihr jedoch zunehmend, sich als Frau etwas besser anzunehmen, aber auch unangenehme Gefühle wie Schmerz und Trauer als ihre eigenen zu akzeptieren. Als ihre Fähigkeiten nennt Dagmar ein Talent zum Schauspiel und Schreiben, in der Schulzeit hätte sie sogar beim Ursulinen-Chor gesungen.

An Psychopharmaka verordneten wir ihr Cymbalta 120mg täglich in der Früh zur Stimmungsaufhellung sowie Seroquel XR 400mg anfänglich ½-0-0-1 ½ wegen innerer Spannungszustände, später Reduzierung der Dosis auf zuletzt 100mg 0-0-0-2.

Dagmar wurde nach acht Wochen aus stationärer The-

rapie regulär entlassen. Sie erlangte mehr Selbstwertgefühl und Selbstsicherheit, konnte sich als Person wieder besser annehmen, auch ihre eigenen Grenzen spüren. Als therapeutisch sehr hilfreich nannte sie vor allem auch die Vaterthematik, wobei sich bei Dagmar ein großes Bedürfnis entwickelte, mit dem Vater klärende Gespräche zu führen.

Dagmar ist nun für ein Jahr in Bildungskarenz, wird sich beruflich neu orientieren.

Wichtige therapeutische Interventionen: 1. Strukturierung der Therapie (Planung, Abgrenzung, Halten am Thema). 2. Raum geben für Gefühle, Halt geben, verstehen (Ebene der ersten Grundmotivation). 3. Langsames Hinführen zum Schmerz, zum Stachel der Hysterie. 4. Das Arbeiten an der dritten Grundmotivation.

REFLEXION

Dagmar konnte in ihrer Kindheit nie Anerkennung erfahren, wurde vor allem vom Vater in ihrer Identität in Frage gestellt. Durch Veräußerlichung versuchte sie ständig ihrem inneren Gefühl des Verlorenseins zu entfliehen, begleitet von massiven Verlustängsten, insbesonders der Angst, in ihrem Sosein von anderen nicht akzeptiert zu werden. Zu große Nähe wird von ihr als bedrohlich erlebt. Ihr Beziehungsverhalten basiert auf einer massiven Selbstwertstörung.

Mit dem Alkohol konnte sie einerseits unangenehme Gefühle fernhalten, der inneren Vereinsamung entfliehen, andererseits Nähe und Distanz in Beziehungen regulieren.

NACHBETREUUNG

Die nervenfachärztliche Weiterbetreuung wird von ihrer Psychiaterin übernommen, auch wird sie die begonnene Psychotherapie mit ihrer Therapeutin weiterführen. Nach

weitgehender Stabilisierung ihres Zustandsbildes sollte eine Traumatherapie begonnen werden, evt. auch im stationären Setting.

Diagnostisch handelt es sich bei Dagmar um eine histrionische Persönlichkeit mit depressiven Anteilen (F60.4 nach ICD 10), eine dissoziative Störung (F44) sowie um eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) mit sekundärem Alkohol- und Praxitenabusus (F10.21, F13.21) und fortschreitender Abhängigkeitsentwicklung.

Dagmar meldete sich in den letzten Monaten wiederholt telefonisch und berichtete stolz über ihre bisherigen Abstinenzerfahrungen und ihren weiteren therapeutischen Prozess.

Literatur

Frankl V E (1982) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Wien: Deutike 1946/1971. Auch als Fischer TB 1983/1987

FRANKL V E (1986) Im Anfang war der Sinn. München: Piper

FRANKL V E (1991) Der Wille zum Sinn. München: Piper

Gebsattel V.v. (1954) Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin, Springer 1954.

Längle A, Probst Ch (1993): Was sucht der Süchtige? In: Längle A., Probst Ch. (Hrsg.). Süchtigsein – Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. EA. Wien: Erweiterter Tagungsbericht der GLE, 71-88

Anschrift des Verfassers:

Dr. Helmut Jarosik Wichnergasse 8 A-6800 Feldkirch dr.helmut.jarosik@aon.at

EXISTENZANALYTISCHE WEITERBILDUNG

PSYCHOSOMATIK

• Leitung: Mag. Renate Bukovski

Existenz ist ganzheitliches Sein, ist leibhaftiges In-der-Welt-sein. Neben den gängigen Verständnismodellen, der Ätiologie und der aktuellen Diagnostik von psychosomatischen Erkrankungen (somatoforme Störungen, psychosomatische Erkrankungen i.e.S und somatopsychische Erkrankungen) werden das existenzanalytische Verständnis und die phänomenologische Herangehensweise an das bio-psycho-soziale Geschehen als Grundlage für spezifische therapeutische Interventionen bei psychosomatischen Erkrankungen erarbeitet. Salutogenetische Aspekte werden betrachtet. Imaginationen zur Aktivierung von Selbstheilungskräften, sowie zur Verbesserung der Beziehung zum Körper und zur Bearbeitung destruktiver Einflüsse auf die Gesundheit, Achtsamkeitspraxis zur Stärkung der Körperwahrnehmungsfähigkeit und der Aufmerksamkeitsfokussierung werden geübt und reflektiert. Themenbezogene Selbsterfahrung ergänzt Theorie und therapeutisches Vorgehen.

- Das Weiterbildungscurriculum ist von der GLE-International akkreditiert und vom ÖBVP zertifiziert.
- Beginn: Jänner 2013 in Salzburg.
- Information und Anmeldung unter: r.bukovski@gmx.at

LEISTEN, TRINKEN UND SONST NICHTS. ODER DOCH?

ELFRIEDE HUEMER-ZIMMERMANN

Es ist bekannt, dass Alkoholiker eine handfeste Krise benötigen, um sich in Entwöhnung zu begeben. Das folgende Fallbeispiel beschreibt eine Therapie, die in zwei Phasen stattfand. In der ersten Phase wurde schwerpunktmäßig an den Grundmotivationen gearbeitet, eine Stellungnahme war zu diesem Zeitpunkt noch nicht möglich. Es gab eine Unterbrechung der Therapie, in der eine noch größere Krise auftrat als jene, die zur Entwöhnung führte. Diese hat den Patienten dazu bewogen, sich zu stellen. Im zweiten Teil der Therapie konnte mit Hilfe der Personalen Existenzanalyse authentisch Stellung bezogen werden, die schlussendlich zu einer zufriedenen Abstinenz führte.

SCHLÜSSELWÖRTER: Alkoholabhängigkeit, Grundmotivationen, Trauerarbeit, Stellungnahme

ACHIEVEMENT, DRINKING AND NOTHING ELSE. OR SOMETHING ELSE AFTER ALL?

It is known that alcoholics need a solid crisis to undergo detoxification treatment. The following case study describes a therapy proceeding through two phases. In the first phase the fundamental motivations where primarily worked on, but at that time in was not possible to take a position yet. An interruption in therapy then followed, in which an even greater crisis came up than the one which led to detoxification. This prompted the patient towards confrontation. In the second phase of therapy, an authentic position could be achieved, which finally led to content abstinence.

KEYWORDS: alcohol addiction, fundamental motivations, grieving process, taking position

SETTING/HINTERGRÜNDE

Ich lernte Johann im Zuge meines psychiatrischen Praktikums kennen. Er kam zur Alkoholentwöhnung. Während seines sechswöchigen stationären Aufenthaltes kam er zu wöchentlichen Gesprächen, danach 14-tägig in eine Doppelstunde. Insgesamt dauerte die Therapie rund zwei Jahre, ca. 14 Monate nach Therapiebeginn unterbrach er für zwei Monate

Zu Therapiebeginn war Johann 42 Jahre alt, verheiratet und Vater dreier Söhne (18, 17, 15 Jahre). Er wurde als fünftes von insgesamt sechs Geschwistern (drei Söhne, drei Töchter) in einer Bauernfamilie geboren. Nach der Pflichtschule machte er eine Tischlerlehre und ist bis dato in seinem Beruf tätig.

Johann ist mittelgroß, eher kräftig, er wirkte am Anfang fahl, schien nur physisch anwesend zu sein, war passiv und brachte lange nichts von sich ein. In den Antworten hielt er sich allgemein, karg und zeigte keine Emotionen – er erzählte beim Erstgespräch vom Tod des ersten damals sechs Monate alten Kindes und wirkte dabei völlig unbeteiligt.

THERAPIEZIEL

Johann hatte zu Beginn der Entwöhnungsbehandlung seit rund zwölf Jahren Alkoholprobleme, die sich in den letzten Jahren verstärkt hatten. Ausschlaggebend für die Alkoholentwöhnung waren familiäre Probleme – seine Frau drohte mit der Trennung.

Johanns Therapieziel war trocken werden, um die familiäre Situation wieder in den Griff zu bekommen. Anfangs dachte er nicht an eine längere Therapie, er wollte es nach der Entwöhnung selber schaffen, "weil ich immer in meinem Leben alles selbst hinbekommen habe". Erst gegen Ende des stationären Aufenthaltes wurde er unsicher, ob ihm das gelingen kann. Die statistischen Zahlen über Rückfälle

gaben ihm zu denken, und er entschloss sich, sich auf einen längeren Prozess einzulassen.

PROBLEM AUS SICHT DES PATIENTEN

Johann meinte, er habe Mitte der 90-er Jahre sehr starken wirtschaftlichen Druck gehabt, der mittlerweile nicht mehr besteht. Er hat sich vieles geschaffen (Eigentumswohnung, Waldparzelle, Baugrundstück). Wenn er dann müde nach Hause kam, gab es wieder nur Anforderungen – die Frau wollte Entlastung von den drei kleinen Kindern, immer wurde Geld gebraucht. Im Laufe der Zeit wurde der wirtschaftliche Druck weniger, er hatte Geld um ins Gasthaus zu gehen. Dort konnte er sein, ohne dass man immer etwas von ihm wollte. Er bezeichnete sich selbst als "eher schwermütig", maß aber dem nicht allzu viel Bedeutung zu. Er meinte, 99% seiner Ziele erreicht zu haben - damit waren ausschließlich materielle Werte gemeint. Neben seiner Anstellung in einer Tischlerei betreute Johann noch seine Schafherde, arbeitete am Wochenende in seinen Wald und nahm immer wieder Pfuscharbeiten an. Er sagte, er könne sehr schwer "nein" sagen. "Diese ständige Hacklerei muss endlich einmal aufhören, es muss auch noch Platz für etwas anders geben." Er hatte jedoch keine Vorstellung, was dieses "Andere" sein könnte. Anfangs schilderte Johann den Themenkreis wirtschaftlicher Druck als Grund für seine Sucht, die sich dann irgendwann einmal verselbständigt hatte. Andere Einflüsse für seine Suchtentwicklung sah er nicht.

Befragt nach seinen Beziehungen konnte Johann weder zu seiner Frau noch zu den Kindern viel sagen. Er sei trotz seiner Alkoholabhängigkeit immer ein guter Vater gewesen und hätte schon für alle Kinder materiell vorgesorgt. Befragt nach den Beziehungen zur Ursprungsfamilie bezeichnete er das Verhältnis zur Mutter als gut, jenes zum Vater als nicht existent, jenes zu den Geschwistern teils gut, teils weniger gut. Der Vater, erzählte er, hatte keine positiven Gefühle für seine Kinder. Er nahm z. B. fremde Kinder auf dem Schulweg im Auto mit und ließ die eigenen zu Fuß gehen, er kaufte den Kindern aus Geiz keine Liftkarte, wollte aber, dass sie gute Schifahrer werden – das jedoch zu Fuß.

EXISTENZANALYTISCHES VERSTÄNDNIS DER SITUATION

Anfangs waren vorwiegend Mängel in der 2. Grundmotivation (Beziehung zu sich selbst und zu anderem/n) zu sehen: Es war offensichtlich, dass sich Johann nur über seine Leistungen definierte. Sätze wie "Ich bin nichts wert, wenn ich nichts leiste" oder "wenn ich nicht arbeite, fühle ich mich leer, mir ist langweilig", wurden von ihm wörtlich formuliert. Sein Wert stand und fiel mit seinen Leistungen, wenn er nicht leistete wusste er nichts mit sich anzufangen.

Es waren aber auch Mängel in der 3. Grundmotivation spürbar. Er konnte nicht "nein" sagen, wenn er um einen Pfusch gebeten wurde, obwohl er oft nicht wollte. Seine Kinder nahmen ihn nicht ernst, er hatte Verständnis, "denn schließlich und endlich bin ich ja Alkoholiker". Das wahre Ausmaß an erlittenen Verletzungen, sollte erst nach Monaten zur Sprache kommen.

INHALTE DER THERAPIE

In den ersten Wochen während der Entwöhnung war aus ihm nur wenig herauszubringen. Das erste Mal wurde Johann lebendig, als ich ihm spiegelte, wie es mir mit ihm ging. Er war erstaunt, "wie viel Sie von mir wissen". Er sagte, er wäre nie danach gefragt worden, wie es ihm gehe, aber es tat ihm sichtlich wohl.

Anfangs ging es vor allem um suchtspezifische Themen – was sind schwierige Situationen, wann ist der Suchtdruck am größten, wie kann mit solchen Situationen umgegangen werden. Johann hatte von Anfang an einen enormen Willen, nicht rückfällig zu werden und er hat es bis heute geschafft, allen gefährlichen Situationen standzuhalten.

In der ersten Zeit widmeten wir dem Thema des hohen Leistungsanspruches breiten Raum. Johann hatte in all den Jahren, in denen er Alkoholprobleme hatte, nie Probleme in der Arbeit. Er trank nie während des Arbeitens, er trank am Feierabend.

Johann erzählte von seiner Kindheit am Bauernhof. Neben seiner Familie lebte noch der Großvater väterlicherseits am Hof, den er als eigentlichen Chef bezeichnete. Er ertrug es nicht, wenn die Kinder einmal "nichts taten". Wollten sie schwimmen gehen, wusste dies der Großvater zu verhindern, die Eltern gehorchten. Zuhause sagte er, wäre der Grundstein für seine Tüchtigkeit, seine hohe Leistungsbereitschaft gelegt worden. Er war auch durchaus dankbar, dass er dies gelernt hatte.

Ich versuchte Johann immer wieder eine Stellungnahme zu entlocken. Dies war am Anfang sehr schwierig – sobald er Stellung bezog, z. B. dass er das nicht gut fände, dass Kinder im Hochsommer nicht schwimmen gehen dürfen, schwächte er wieder ab und meinte, der Großvater sei aber ein guter Mensch gewesen. Wir brauchten viel Zeit, damit er eines neben dem anderen stehen lassen konnte. Und wie sich Monate später herausstellte, gab es noch eine andere Triebfeder, die ihn zu solch hohen Leistungen anspornte, eine viel stärkere.

Gerade anfangs arbeiteten wir daran, etwas zu finden, woran er sich anhalten konnte. Wir gingen zurück in seine Kindheit. Er bezeichnete diese als schön – er strahlte, wenn er von der Freiheit in den Wiesen und Wäldern berichtete, vom Herumstreunen, nicht beobachtet sein, laufen können. Dies war auch etwas, in dem er bald wieder Halt fand. Er probierte beim Arbeiten im Wald aus, wie es ihm ging, wenn er sich einmal ganz bewusst fünf Minuten hinsetzte, um die Umgebung zu genießen. Dies war ihm bald wieder möglich, und die Dauer dieses Genießens wurde länger. Er begann Vitalität auszustrahlen.

Rund drei Monate nach Therapiebeginn erzählte er mir spontan, dass er seit vielen Jahren die Weihnachtsgeschenke nicht neben seiner Familie auspackte. Er tat dies zwei Stunden später und bedankte sich dann bei seiner Frau und seinen Kindern. Er konnte keinen Zusammenhang mit Lebensereignissen finden, aber in der nächsten Stunde fiel ihm ein einschneidendes Lebensereignis ein, das er damit in Zusammenhang brachte. Er erzählte mir "etwas, was ich noch nie jemandem erzählt habe". Johann sollte als dritter Sohn, nachdem keines seiner Geschwister Interesse am elterlichen Hof gezeigt hatte, diesen übernehmen. Die Sache war fixiert, aber noch nicht grundbücherlich abgesegnet. Er hatte einige Umbauten am Hof vorgenommen und wohnte bereits mit seiner Familie dort. Eines Tages "hielt es die Mutter nicht mehr aus" und informierte Johann unter Tränen darüber, dass der Vater sich anders entschieden hätte. Sein älterer Bruder ("er war für mich mehr als ein Bruder, wir haben alles geteilt, zusammen gearbeitet und auch viel Freizeit miteinander verbracht"), sollte nun Hoferbe werden. Dieser hatte durch seine Heirat mehr Geld, konnte somit schneller umbauen. Es mussten hinter seinem Rücken bereits monatelange Verhandlungen stattgefunden haben. Daraufhin packte Johann sofort seine Sachen, verließ den Hof – mit dem Bruder sprach er seither nie wieder ein Wort. Der Vater konnte ihn nicht mehr enttäuschen, aber die Sache mit seinem Bruder hinterließ gewaltige Spuren. Jahrelang spürte er nur Hass, überlegte sich immer wieder, den Hof niederzubrennen, dem Bruder das Kletterseil anzuschneiden. Auf die Frage, was ihn davon abgehalten habe, meinte er, seine Kinder sollten keinen Zuchthäusler zum Vater haben.

Im Laufe seiner Schilderungen geriet er in starke Emotionen, eine maßlose Wut kam auf. Der anfangs so beherrschte und emotionslose Johann wurde laut und ausfallend. Aus dem Hass, den er jahrelang in sich gespürt hatte und der nur zerstören wollte, war Wut geworden. In der Therapie war Raum, diese zu artikulieren.

Langsam begann er die eigentlichen Hintergründe für sein Arbeiten, das oft bis zur Erschöpfung ging, zu begreifen: "Ich wollte ihnen wohl allen beweisen, dass ich der bessere Hoferbe gewesen wäre. Ich habe mir wesentlich mehr erarbeitet, als das mein Bruder getan hat." Die erwartete Würdigung seiner Leistungen blieb jedoch aus. Die Mutter meinte er, würde ihn sowieso mögen, der Vater interessiere ihn nicht. Er begann sein Tun immer mehr in Frage zu stel-

len. Auch erzählte er, dass er z. B. zu den Feiertagen immer wieder in sein Elternhaus ging – es ging ihm Tage vorher und nachher schlecht. Auf die Frage, warum er sich dem immer wieder aussetzte, wusste er keine Antwort.

Es gab mehrere Situationen, in denen Suchtdruck kam. Es waren auffällig oft Situationen, in denen sein Selbstwert verletzt wurde. Für ihn war es dann am Schlimmsten, wenn er jemandem etwas Gutes tat und ausgenutzt wurde. Da wurden selbst sonst unwichtige Personen zu einer Gefahrenquelle.

In einer Stunde zeichnete er seinen Lebensweg auf. Dieser war bis zum 25. Lebensjahr gerade, ab dann sehr verworren. Nun nannte er Themen wie den Auszug vom Hof und die Erbangelegenheit sowie die wirtschaftlichen Belastungen als Gründe, warum es mit ihm soweit gekommen war. Erstmals thematisierte er den Tod des damals sechs Monate alten ersten Sohnes, der seinen Namen trug – dieser war bei einer Routineoperation völlig überraschend verstorben. "Die Tage, bis er begraben war, waren schlimm, danach kam wieder der Alltag, und ich habe viel gearbeitet." Er hatte damals nicht geweint, kannte Tränen seit seiner Kindheit nicht mehr.

Dies spielte sich in den ersten 14 Monaten unseres gemeinsamen Arbeitens ab. Johann ging es besser, er erzählte, dass seine Kinder wieder größeren Respekt vor ihm hätten. Von Beziehung war allerdings noch wenig zu spüren, nach seiner Frau oder seinen Kindern befragt, hatte er kaum etwas zu sagen. Für ihn war die Tatsache, dass er trocken und wieder voll leistungsfähig war, genug. Er meinte, er würde es jetzt sicher alleine schaffen. Ich gab ihm zu verstehen, dass ich das Thema mit dem Bruder noch nicht als abgeschlossen erachtete (er war noch zu keinem Schluss gekommen, wie er die Beziehung zu diesem weiter gestalten wollte), auch wollte ich noch einmal das verstorbene Kind, um das er nie richtig getrauert hatte, thematisieren. Er wollte eine Fortsetzung noch überdenken.

DIE WENDE

Dann ging es Schlag auf Schlag: Rund zwei Monate nach unserer letzten Stunde meldete sich Johann, und wir trafen uns. Er war sehr schmal und blass. Er erzählte, dass er zwei Wochen auf einer Akutstation des Psychiatrischen Krankenhauses betreut worden war. Seine Frau war schon vor Monaten ausgezogen, sie warf ihm vor, dass sich nichts geändert hat, außer, dass er kein Säufer mehr war. Er hatte das nicht ernst genommen, glaubte, sie würde schon wieder kommen, nahm sie auch nie mit zur Therapie, wie sie es sich gewünscht hätte. Warum er das alles in unseren Sitzungen verschwiegen hatte, konnte er sich selbst nicht erklären.

Erst nachdem er erfahren hatte, dass sie einen anderen Mann kennen gelernt hatte, erkannte er, wie viel sie ihm bedeutete. Es ging ihm tagelang so schlecht, dass er sich in die Psychiatrie überweisen ließ. Er hatte nicht zur Flasche gegriffen und sich Hilfe geholt. Er kam wieder regelmäßig zu unseren Stunden. Er war über einen Monat im Krankenstand, ging spazieren und kaufte sich ein Fahrrad, das ihm große Freude machte. Das Erstaunliche war, er vermisste die Arbeit nur wenig. Er stellte sich immer häufiger die Frage, worum es ihm in seinem Leben eigentlich ging. Er ging je-

den Tag zum Friedhof, um seinen verstorbenen Sohn Johann zu besuchen, er begann mit ihm zu sprechen und bat ihn: "Hilf mir, dass Mama wieder zurückkommt." Er realisierte erst jetzt, wie wichtig ihm seine Frau war und dass ein Leben ohne sie für ihn schwer vorstellbar war. Er erkannte, dass sie all die Jahre die Familie aufrechterhalten und viele Hoffnungen in die Alkoholentwöhnung gesetzt hatte. Und er meinte, sie hatte ja recht: Er trank zwar nicht mehr, aber sonst sei alles wie vorher. Er brachte die Fotos seines verstorbenen Sohnes in die Stunde mit und erzählte, was ihn beschäftigte. In den darauf folgenden Monaten passierte viel mit Johann. Er wurde wesentlich offener und kommunikativer, sprach Probleme von sich aus an. Er wurde aktiv.

Die Situation mit seiner Frau hatte ihn wach gerüttelt. Ich habe ihn zum ersten Mal weinen gesehen. Es kam zu vielen Gesprächen mit seiner Frau, über seine Frau, dreimal brachte er sie auch in die Therapie mit. Johann meinte: "Durch meine Ignoranz habe ich sie dazu getrieben, sich einen Anderen zu suchen. Ich habe ihr nichts vorzuwerfen." Dies konnte er ihr auch in einer der Stunden, in denen sie dabei war, selbst sagen.

Seine Frau thematisierte ihre Trauer um das verlorene Kind, die sie mit ihm nie hatte teilen können. Johann war schockiert, als er das Ausmaß des Schmerzes erfuhr, den sie nach fast 20 Jahren noch in sich trug. So kam nach und nach Dialog in die Beziehung. Sie ließ ein Zurückkommen aber offen, obwohl sie inzwischen mit ihrem Freund Schluss gemacht hatte. Sie meinte, es müsse sich vieles ändern, bevor sie sich zur Rückkehr entschließen könnte.

Ein paar Monate später war es so weit. Johanns Frau kam in die Wohnung zurück, aber die beiden hatten inzwischen beschlossen einen neuen Lebensabschnitt zu beginnen. Die Kinder sollten in der Familienwohnung bleiben, die beiden kauften sich eine neue Wohnung.

Nun ging Johann nochmals die Beziehung zu seinem Bruder an. Er begann etwas differenzierter damit umzugehen. "Vielleicht leidet er ja genauso wie ich unter der Sache." Johann begann seine Kränkung zu artikulieren, den Verlust der Beziehung. Er schrieb seine Gefühle nieder. Er war selbst überrascht, dass er seinen Bruder schriftlich mit "mein lieber Werner" anredete. Er beschrieb den Schmerz, den ihm die ganze Geschichte verursacht hatte und kam in eine aktive Phase des Trauerns. Am Ende der Therapie wusste er, dass er ein Gespräch wollte und er plante auch den Rahmen dafür. "Wenn wir in der neuen Wohnung sind, werde ich ihn einladen, wir werden allein sein, nur er und ich. Wenn das Gespräch missglückt, werde ich ihm den Brief geben. Darin steht alles, was ich ihm zu sagen habe."

Johann hat noch ein paar einschneidende Veränderungen vorgenommen. Er beschloss, nicht mehr ins Elternhaus zu gehen. Nun traf er seine Mutter an einem neutralen Ort, und er sagte, es ginge ihm seither viel besser. Es gibt bei zwei seiner drei Söhne immer wieder aufkeimende Suchtprobleme. Johann traute sich lange nicht, sie darauf anzusprechen. "Wie soll denn ich darüber reden, ich war ja selber jahrelang süchtig!?" In der Therapie reflektierten wir das, und er kam zum Schluss, dass es trotz oder wegen der eigenen Sucht seine Verantwortung als Vater war, mit den Söhnen zu sprechen. Gegen Ende der Therapie gelang es ihm, Stellung zu beziehen.

WAS IST GELUNGEN, WAS IST OFFEN GEBLIE-BEN?

Gelungen ist jedenfalls, dass Johann in einen Dialog mit sich und seiner Frau gekommen ist. Er nimmt keine Pfuscharbeiten mehr an, kann wieder genießen, geht wieder Schi fahren, fuhr erstmals seit Jahren in den Urlaub. Er ist wieder als Ehemann präsent. Was meiner Ansicht nach noch offen ist, ist der Umstand, dass Johann Schuldgefühle gegenüber seinen Kindern hat, da er so wenig da war. So übergeht er vieles, versucht über Geld auszugleichen. Er traut sich vieles

nicht direkt anzusprechen, was von Nöten wäre. Ich glaube, dies wäre ein Thema, das noch zur Bearbeitung ansteht.

Anschrift der Verfasserin:

DI Elfriede Huemer-Zimmermann, MSc Schalser Straße 1a 6200 Jenbach elfriede.huemer-zimmermann@existenzanalyse.org

AUFRUF ZUR MITARBEIT

IN DER

PSYCHOTHERAPIE-FORSCHUNG

Alle Psychotherapierichtungen sind verpflichtet, Effizienz und Wirkweise ihres therapeutischen Vorgehens zu belegen. Auch die EA muss ihre Wirksamkeit immer wieder nachweisen, um im Rahmen wissenschaftlicher Therapieverfahren ihre Anerkennung zu behalten.

In der GLE-Int. haben wir deshalb ein neues Projekt entwickelt, mit dem wir diagnosespezifisch forschen möchten. In unserem aktuellen Forschungsvorhaben soll die Behandlung folgender Diagnosen in den Einzelpraxen ("Feldforschungsprogramm") untersucht werden:

Panik, Angst, Depression und Burnout

Dafür möchten wir Sie mit Ihren PatientInnen bitten, sich zu beteiligen.

Unser Forschungsansatz beinhaltet sowohl qualitative (Einzelfallanalyse) als auch quantitative Teile (prospektive Evaluationsstudie).

Vielleicht brauchen Sie noch etwas genauere Information, um entscheiden zu können, ob Sie mitmachen möchten? Wir lassen Ihnen gerne nähere Information zukommen. Wir unterstützen Sie auch aktiv bei der Umsetzung. Der Zeitaufwand für Sie beträgt (nach der Information über die Studie) lediglich einige Minuten pro Patient, und für den Patienten ca. 20 Min. alle zehn Sitzungen. Die Anonymität für die PatientInnen wie für die TherapeutInnen ist gewährleitstet (Sie erhalten volle Information, wie das durchgeführt wird). Die Untersuchung ist so gestaltet, dass sie sich leicht in den Praxisalltag integrieren lässt.

Wir laden Sie zu einem persönlichen Informationsgespräch ein oder senden Ihnen alle Unterlagen elektronisch oder per Post zu.

E-Mail: forschung@existenzanalyse.org Mobil: +43/ (0)680/444 42 32

Wir freuen uns sehr über Ihre Bereitschaft! Bitte schreiben Sie uns gleich ein Mail oder rufen Sie uns gleich an!

Dr. Karin Kalteis für das Forschungsteam der GLE-Int.

SUBSTANZENMISSBRAUCH ALS KOMORBIDE STÖRUNG

Erika Luginbühl

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Problematik des Substanzenmissbrauchs als komorbide Störung. Es geht um den Einfluss psychoaktiver Substanzen auf die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung psychischer Störungen. Konkret wird der Frage nachgegangen, bei welchen Patienten in einer allgemein psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ein Substanzenmissbrauch als komorbide Störung festzustellen ist und welche Substanzen missbraucht werden. Fallschilderungen bringen den Missbrauch in einen Zusammenhang mit der Lebensgeschichte. Sie sollen die Problematik veranschaulichen und die daraus abgeleiteten therapeutischen Ansätze verständlich machen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Fallschilderungen, Substanzenmissbrauch, Substanzenmissbrauch als komorbide Störung

SUBSTANCE ABUSE AS CO-MORBID DISORDER

The present article deals with the problem connected to substance abuse as co-morbid disorder. It focuses on the influence of psychoactive substances on development, course and treatment of mental disorders. In concrete terms, the question being looked into here is, in which patients in common psychiatric and psychotherapeutic practices substance abuse as co-morbid disorder develops within the period of one year, and which substances are abused. Case descriptions link the abuse to the patient's personal history. They serve to illustrate the problematic and enable understanding of derived therapeutic approaches.

KEYWORDS: substance abuse as co-morbid disorder, case descriptions, substance abuse

In meiner allgemein psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis behandle ich Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichsten psychischen Störungen wie beispielsweise Ängsten, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen sowie solche mit traumatischen Erfahrungen. Aus mehreren Gründen, auf die ich hier nicht näher eingehe, nehme ich niemanden zur expliziten Behandlung einer Suchtproblematik auf. Substanzenmissbrauch ist aber trotzdem bei einigen meiner Patienten ein Thema.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Problematik des Substanzenmissbrauchs als komorbide Störung. Darunter verstehe ich den Einfluss psychoaktiver Substanzen auf die Entstehung, den Verlauf und die Behandlung psychischer Störungen. Konkret wird der Frage nachgegangen, bei welchen Patienten innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ein Substanzenmissbrauch als komorbide Störung festzustellen ist und welche Substanzen missbraucht werden. Fallschilderungen bringen den Missbrauch in einen Zusammenhang mit der Lebensgeschichte. Sie sollen die Problematik veranschaulichen und die daraus abgeleiteten therapeutischen Ansätze verständlich machen. Die deskriptive Untersuchung beinhaltet folgende Abschnitte:

- Beschreibung des Patientenkollektivs;
- Missbrauchte Substanzen und Anzahl Patienten mit Substanzenmissbrauch;
- Fallschilderungen;
- Therapeutische Haltung bei Substanzenmissbrauch als komorbide Störung;
- Zusammenfassende Überlegungen zur Behandlung.

Patientenkollektiv

Im Zeitraum von Mitte September 2010 bis Mitte September 2011 waren 84 Personen in Behandlung: 25 Männer und

59 Frauen. Der Umfang der Behandlungen bewegte sich, je nach Grundproblematik, zwischen drei Sitzungen und mehr als vierzig Sitzungen. 19 PatientInnen haben einen Migrationshintergrund. Die älteste Patientin hat Jahrgang 1923, die jüngste 1991; das Durchschnittsalter beträgt 49.7 Jahre.

Missbrauchte Substanzen und Anzahl Patienten mit Substanzenmissbrauch

Bei 36 der 84 behandelten Personen beeinflussen eine oder mehrere Substanzen den Verlauf der Erkrankung.

| Substanz(en) | Anzahl Personen | davon Männer | davon Frauen |
|--|--------------------|-----------------|-----------------|
| Alkohol | 11 | 4 | 7 |
| Nikotin | 5 | 1 | 4 |
| Cannabis | 7 | 6 | 1 |
| Cannabis, Alkohol, Kokain | 1 | 1 | 0 |
| Heroin | 2 | 1 | 1 |
| Kokain | 1 | 0 | 1 |
| Halluzinogene: LSD, Pilze | 2 | 1 | 1 |
| Substanzenmissbrauch von PartnerIn oder Elternteil | 7 | 1 | 6 |

Fallschilderungen

Aufgeteilt nach den Substanzen wird im Folgenden der Missbrauch mit Ausschnitten aus der Lebensgeschichte und dem Behandlungsverlauf in Zusammenhang gebracht.

Alkohol

Vier Männer trinken im Übermass Alkohol. Zwei von

ihnen sind beruflich stark beansprucht. Ihre schwierigen Führungsaufgaben erfüllen sie kompetent, effizient und mit einer gewissen Leichtigkeit. In heiklen Situationen erfassen sie rasch, um was es geht und finden sofortige Lösungen für anstehende Probleme. Sie haben aber einen schlechten Zugang zu sich selber und übergehen sich andauernd. Dies führt zu inneren Anspannungen, welche sie bei gesellschaftlichen Anlässen oder am Feierabend mit grossen Mengen Alkohol abzubauen versuchen. Bei beiden ist nach dem Konsum grosser Alkoholmengen erstmals eine Panikattacke aufgetreten und seither kämpfen sie mit Ängsten, insbesondere hypochondrischen Ängsten.

Ein weiterer Patient, seit einigen Jahren geschieden, betrinkt sich mehrmals wöchentlich. Er erlebte eine karge, lieblose Kindheit. Von Erwachsenen wurde er ausgenutzt, sogar sexuell missbraucht, von anderen Kindern wegen einer Behinderung ausgegrenzt und ausgelacht. Seit seiner Kindheit sehnt er sich nach Nähe, Zuwendung und Anerkennung und versucht nun als Erwachsener, durch grosse Hilfsbereitschaft im Privaten und bei der Arbeit, diese zu bekommen. Dabei wird er aber oft ausgenutzt, was ihn zutiefst verletzt und ärgert. Aus der permanenten Frustration heraus reagiert er aufbrausend gegenüber Arbeitskollegen und Vorgesetzten. Er ist wegen seiner Impulsivität und wegen Alkoholkonsums am Arbeitsplatz verwarnt worden. Daraufhin hat er Ängste und eine depressive Störung entwickelt, weshalb er in die Therapie kommt. Zusätzlich hat er sich in stark betrunkenem Zustand einen sexuellen Übergriff zu Schulden kommen lassen. Er versteht sich selber nicht und macht sich grosse Vorwürfe. Die Tat belastet ihn so sehr, dass er sich vor wenigen Wochen das Leben nehmen wollte.

Der vierte Mann mit Alkoholproblemen ist in die Schweiz eingewandert. Während 10 Jahren verrichtete er eine hektische, anspruchsvolle Nachtarbeit. Er setzte den Alkohol als Schlafmittel ein. Seit zwei Jahren ist er wegen einer Angststörung nicht mehr arbeitsfähig, lebt völlig zurückgezogen und wird vom Sozialdienst unterstützt. Grosse Mengen wird er nicht mehr trinken können, da das Geld dafür nicht reicht.

Eine der sieben Frauen mit einer Alkoholproblematik unterzog sich vor fünf Jahren einer stationären Entzugsbehandlung und nahm anschliessend über längere Zeit Antabus. Die Patientin stammt aus Übersee. Nach einer schwierigen Ehe mit einem Schweizer und einer erniedrigenden Scheidung war sie in die Alkoholabhängigkeit geraten. Um für ihre Kinder sorgen zu können und um das Sorge- und Obhutsrecht nicht zu verlieren, lebt sie jetzt mit Entschiedenheit abstinent.

Zwei Patientinnen haben als Hausfrauen über Jahre hinweg heimlich getrunken, mehr oder weniger unbemerkt von ihren Ehemännern und ihren Kindern. Beide sind sehr tüchtig, haben sich selbstlos für die Familien eingesetzt. Mit den Jahren liess sich die Problematik aber nicht mehr verbergen. Die eine Patientin hat ihren Konsum nun mit Unterstützung des Ehemannes drastisch einschränken können, die andere trinkt nicht mehr, weil sie die kränkenden Bemerkungen der Tochter ("jetzt säuft die Alte wieder") aufgeschreckt hatten.

Eine schwerst traumatisierte Borderline-Patientin hat, von mir unbemerkt, im Verlaufe der Behandlung eine Alkoholabhängigkeit entwickelt. Ich habe sie über mehrere Jahre betreut und begleitet. In dieser Zeit wollte sie die traumatischen Erfahrungen nicht bearbeiten, da es im Rahmen vorgängiger Therapien zu Retraumatisierungen gekommen war. Sie war aber zunehmend durch Intrusionen im Alltag belastet und beeinträchtigt. Nach einem langen Entscheidungsprozess begab sie sich in stationäre Behandlung, um in diesem stabilen Rahmen die Traumata noch einmal anzugehen. Kurz nach Klinikeintritt traten bei ihr Alkoholentzugssymptome auf.

Ein sehr schweres Schicksal macht einer weiteren Patientin zu schaffen. In jungen Jahren überstand sie eine heimtückische Krebserkrankung. Seither leidet sie an chronischen Schmerzen als Folge der damaligen invasiven Chemo- und Strahlentherapie und ist aus diesem Grund arbeitsunfähig. Als Tochter eines Alkoholikers macht sie immer wieder Phasen exzessiven Trinkens durch. Dieses Trinken erlebt sie einerseits als Zwang, der sie überwältigt, andererseits als Ausbrechen aus der Enge ihrer Lebenssituation. Sie steht zwischen ihrer Mutter und ihrem jetzigen Lebenspartner, dem Vater ihres Kindes. Sie ist innerlich stark angespannt, weil sie es nicht gleichzeitig beiden recht machen kann. Tragischerweise ist nach fast zwei Jahrzehnten nun auch noch der Krebs wieder aufgetreten. In der Folge wurden ihre Alkoholexzesse akut lebensbedrohlich, und sie musste gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden. Die stationäre Behandlung hat bei ihr viel Positives bewirkt. Sie fühlte sich unterstützt, ernst genommen und ist dadurch richtig aufgeblüht. Sie hat das Ja zum Leben wieder gefunden und kämpft nun für ihr Kind, ihren Partner und sich selber um das Überleben. Trotzdem ist ihr vor kurzem wieder alles zu viel geworden. Die Ungewissheit des Ausgangs der Krebserkrankung, die chronischen Schmerzen, die Übelkeit durch die Medikamente: Alle diese Belastungen haben sie wieder am Leben verzweifeln lassen. Der Druck, sich ins Koma zu trinken, wurde groß. In einem sehr berührenden Gespräch hat sie erleichtert einer erneuten stationären Behandlung zugestimmt.

Nach einer Mobbing-Erfahrung erlitt eine Patientin mittleren Lebensalters einen physischen und psychischen Zusammenbruch. Unvermittelt wurde sie von Erinnerungen an ihre traumatischen Erfahrungen in der Kindheit überschwemmt. Die Bilder und auch die körperlichen Schmerzen der erlittenen sexuellen Folter belasteten sie permanent, sowohl tags wie auch nachts in Albträumen. Der Zustand war unerträglich, Medikamente brachten kaum Erleichterung, die Patientin war chronisch suizidal. In dieser Zeit war der Alkohol ständiger Begleiter. Zu Beginn der Therapie kam sie oft betrunken, aber immer zuverlässig und pünktlich, in die Sprechstunde. Gespräche waren in diesem Zustand kaum möglich. Oft lag sie auf der Untersuchungsliege, erbrach sich und schlief dann ein. Ich putzte das Erbrochene, deckte sie zu, blieb bei ihr sitzen. Manchmal musste ich ihr die Hände festhalten, damit sie sich nicht die Arme blutig kratzte. Zweimal hielt ich sogar bei ihr Nachtwache, weil

sie so betrunken war, dass der Hausarzt eine Hypoglykämie befürchtete. Drei Jahre nach dem Zusammenbruch konnte sie in ihrem angestammten Beruf für wenige Stunden pro Woche die Arbeit wieder aufnehmen. Nach einer Umschulung arbeitet sie nun 50%. Sie ist seit einigen Jahren relativ stabil und sagt von sich, es sei ihr in ihrem Leben noch nie so gut gegangen. Der Alkoholkonsum hält sich in Grenzen, die Leberwerte sind normal.

Bei einer anderen, deutlich histrionischen Patientin, die ich schon seit vielen Jahren wegen einer depressiven Störung begleite, musste ich miterleben, wie sie sich durch steigenden Alkoholkonsum immer mehr in einen sozialen Abstieg hinein manövrierte. "Jemand sein, gefragt sein, etwas erleben, einen Kick erleben, ja keine Langeweile aufkommen lassen. "Das sind die Themen, die sie beschäftigen. Anfangs hat ihr der Alkohol gegen die innere Leere geholfen. Alkoholisiert Auto zu fahren brachte Spannung in ihr Leben: "Erwischt mich die Polizei oder erwischt sie mich nicht?" Diese Strategien konnten aber nicht verhindern, dass sich die Leere immer mehr ausbreitete in ihrem Leben. Beruflich ging es bergab, sie verlor mehrere Anstellungen, weil den Arbeitgebern ihre Alkoholproblematik nicht verborgen blieb. Versagensängste machten sich breit, was sie veranlasste, diese mit Alkohol zu beruhigen. Sie steckte im Teufelskreis der Angst und Angstbetäubung mit Alkohol. Auch mir wurde zunehmend Angst und Bange um die Patientin. Ich erwog eine Zwangseinweisung in eine Psychiatrische Klinik. Dann kam in den vergangenen Wochen bei ihr eine tiefe Trauer auf über ihr Leben, welches sie sich so anders gewünscht hätte und darüber, was sie sich selber antut. Sie empfand Mitleid mit sich selber. Auf dem Boden der Trauer und des Mitleids mit sich selber entschloss sie sich zu einer Entzugsbehandlung in einer Suchtklinik, wo sie aktuell in Behandlung ist.

Nikotin

Vier Patientinnen und ein Patient rauchen Zigaretten in einem Ausmaß, welches ihre Gesundheit, ihre körperliche Leistungsfähigkeit wie auch ihre psychische Verfassung deutlich beeinträchtigt. Eine Patientin wurde mir wegen Panikattacken zugewiesen. Sobald sie ausser Haus ging, bekam sie ein Engegefühl in der Brust, verbunden mit Angst. Es stellte sich bald heraus, dass sie an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung leidet. Ihre vermeintlichen Panikattacken entpuppten sich als Anstrengungsatemnot.

Eine Frau, welche vor über 25 Jahren aus Ex-Jugoslawien einwanderte, berichtet stolz, wie viel sie in den vergangenen Jahren für ihre Familie – d. h. ihren Sohn und ihren kranken Mann – geschuftet hat. Seit rund fünf Jahren kann sie wegen chronischen Schmerzen und Ateminsuffizienz keine körperlich anstrengenden Arbeiten mehr verrichten. Sie ist deshalb erwerbsunfähig geworden und ihr Mann hat sich von ihr getrennt.

Eine kleine, feine Frau mit einer cerebralen Bewegungsstörung sowie einer Dysarthrie raucht seit vielen Jahren. Sie leidet an einer koronaren Herzkrankheit mit Angina pectoris sowie eingeschränkter Lungenfunktion mit Ateminsuffizienz. Sie ist so schwach, dass sie nicht mehr erwerbstätig sein kann. Sie lebt vom Sozialdienst und ihr Budget ist klein. Aber lieber schränkt sie sich beim Essen ein, als dass sie auf das Rauchen verzichten würde.

Bei einer Patientin Mitte fünfzig geht es im Beruf abwärts. Trotz guter Fachkenntnisse und grosser Berufserfahrung wurde sie von ihrem Arbeitgeber zurückgestuft, weil sie für den Kundenkontakt ungeeignet geworden war. Die Atmung geht schwer, bei den häufigen Hustenanfällen rasselt zäher Schleim in den Atemwegen, die Haut ist fahl, es umgibt sie ein unangenehmer Körpergeruch nach abgestandenem Zigarettenrauch.

Ein Mann, seit einigen Jahren in Pension, war als kompetenter und zuverlässiger Handwerker vom Arbeitgeber sehr geschätzt. Auch in der Familie und der weiteren Verwandtschaft zeichnete er sich aus durch seinen Fleiß und seine Hilfsbereitschaft. Nach der Pensionierung machte er sich überall nützlich. Mit zunehmendem Alter und auch aufgrund einer chronischen Lungenerkrankung nahm seine Schaffenskraft ab. Das Erleben des Nicht-mehr-Könnens löste Ängste und depressive Gefühle aus. Er machte sich Vorwürfe, durch das Rauchen seine Gesundheit geschädigt zu haben. Im Verlaufe der Behandlung schloss er Frieden mit sich. Er lernte, sich an dem zu freuen, was er geleistet hatte und an dem, was er heute noch schaffen und erleben kann. Er raucht immer noch ab und zu eine Zigarette, und zwar mit Genuss und nicht mehr mit schlechtem Gewissen.

Cannabis

Cannabis wird bzw. wurde von acht Personen konsumiert.

Sechs Männer im mittleren Erwachsenenalter konsumieren seit der Jugend regelmässig Cannabis. Zwei von ihnen, welche wegen Depression und Angst in Behandlung kamen, entwickelten rund vier Monate nach Beginn der Behandlung mit einem Antidepressivum eine erste manische Episode. Die manifeste bipolare Störung führte zu einer längeren Arbeitsunfähigkeit und zu einem Stellenverlust. Beide Patienten sind mittlerweile seit zwei bzw. drei Jahren stabil; der eine unter Lithium und Valproat, der andere ohne Medikamente. Nach längerem Krankenstand unterstützte sie die Invalidenversicherung bei der beruflichen Eingliederung, zuerst mit einem intensiven Arbeitstraining und nun sogar mit einer Umschulung. Die Versicherungsverantwortlichen sind der Meinung, dass diesen Patienten aufgrund der Diagnose Bipolare Störung die Belastung in ihren bisherigen Berufen nicht mehr zugemutet werden darf. Auch einem weiteren Patienten zahlt die Invalidenversicherung eine Umschulung, allerdings wegen eines körperlichen Leidens. Bei mir war er in Behandlung wegen eines depressiven Zustandsbildes, insbesondere wegen Antriebslosigkeit und Prokrastination. Alle drei Cannabiskonsumenten leiden unter der Neigung, unangenehme Arbeiten hinaus zu schieben, oft bis es zu spät ist und sie unangenehme Folgen in Kauf nehmen müssen. Morgen für Morgen nehmen sie sich vor, am Abend eine Arbeit zu erledigen. Stattdessen sitzen sie vor ihren Computern, surfen im Internet und rauchen einen Joint dazu. Gedanklich erleben sie sich in diesen Momenten sehr klar und

lebendig, kommen aber nicht ins Handeln.

Zwei weitere, etwas jüngere Patienten, welche an einer generalisierten Angststörung leiden, konsumierten in der Pubertät grosse Mengen Cannabis. Wegen ihrer Ängste haben sie den Einstieg ins Berufsleben bisher nicht geschafft.

Bei einem anderen Patienten entwickelte sich vor drei Jahren, nach dem Tod des Vaters, eine generalisierte Angststörung mit Panikattacken. Er kam als Kind in die Schweiz und hatte in der Schule mit sprachlichen Problemen zu kämpfen. Heute ist er ein fleissiger und begabter Handwerker, hat zwei Ausbildungen gemacht, die er aber wegen seiner Prüfungsängste nicht abschliessen konnte. Im Betrieb wird er wegen seines handwerklichen Geschicks, seiner Vielseitigkeit und seiner Einsatzbereitschaft sehr geschätzt. Auch im Privaten hilft er, wo er kann. Er ist gutmütig und passt sich den Wünschen der anderen an. Seine Frau ist Alkoholikerin, was ihn sehr belastet und oft auch ärgert. Wenn es ihm zu viel wird, reagiert er jähzornig und hat sich dann kaum noch unter Kontrolle. Um zu verhindern, dass er ausrastet, beruhigt er sich schon seit über zwanzig Jahren mit dem Rauchen von Cannabis.

Eine Patientin hat in jungen Jahren unter Cannabis eine Psychose mit optischen und akustischen Halluzinationen erlebt. Ähnliche Erfahrungen machte sie noch einmal kurz nach der Geburt ihrer Tochter durch. Seit diesen Erlebnissen ist die histrionische Patientin sehr fragil. Sie reagiert äusserst empfindlich auf Lärm, auf Gerüche, auf die Blicke oder die Ausstrahlung anderer Menschen. Sie braucht viel Zeit für sich, viel Ruhe um sich zu sammeln, damit sie mit andern Menschen in Kontakt treten kann.

Cannabis, Alkohol und Kokain

Ein Borderline-Patient kam auf der Suche nach Arbeit in die Schweiz. In den vergangenen zehn Jahren arbeitete er nachts. Wenn er am Morgen von der Arbeit nach Hause kam, rauchte er Cannabis und trank mehrere Biere, um sich zu beruhigen und den Schlaf zu finden. Am Abend konsumierte er Kokain, um sich wieder auf Touren zu bringen. Aufgrund seiner emotionalen Instabilität kam es zunehmend zu Konflikten am Arbeitsplatz, sowohl mit Vorgesetzten, Mitarbeitenden, wie auch mit Kunden. Seine aggressiven Impulse vermag er kaum zu unterdrücken. In ihm brodelt es. Ein Vorgesetzter bezeichnete ihn als tickende Zeitbombe. Am Arbeitsplatz war er aus diesem Grund nicht mehr tragbar, und es wurde ihm gekündigt. Heute lebt er sehr zurückgezogen. So verhindert er Begegnungen mit Menschen, durch die er sich provoziert fühlen könnte. Nach verschiedenen missglückten beruflichen Eingliederungsmassnahmen hat er jetzt ein dreimonatiges Arbeitstraining ohne grössere Zwischenfälle durchgestanden. Er konsumiert kein Kokain und auch kein Cannabis mehr. Ab und zu betrinkt er sich noch mit Bier bis in den Rausch.

Heroin

Eine Frau und ein Mann spritzten in jungen Jahren Heroin. Beiden ist der Ausstieg aus den harten Drogen gelungen. Die Frau, alleinerziehende Mutter, ist HIV-positiv und wird mit starken antiviralen Medikamenten behandelt. Sie ist deshalb oft müde und muss alle ihre Kräfte aufbieten, um ihren Aufgaben als Mutter gerecht zu werden. Psychisch geht es ihr recht gut. Sie kommt in unregelmäßigen Abständen zu Gesprächen, insbesondere dann, wenn sie meine Rückenstärkung braucht. Aufgrund latenter Schuld- und Schamgefühle wegen des früheren Drogenkonsums und der HIV-Infektion, wagt sie es nicht, gegenüber dem Sozialdienst für ihre berechtigten Bedürfnisse und Wünsche einzutreten.

Der Mann erkrankte wenige Jahre vor der Pensionierung an einer Erschöpfungsdepression, welche eine stationäre Behandlung notwendig machte. Als Selbstständigerwerbender hatte er es mit grossem Arbeitseinsatz zu etwas gebracht und dabei nicht auf seine Kräfte und sein Befinden geachtet. Einerseits hatte ihn die Freude an der Arbeit und der eigenen Kreativität zu einer solch grossen Leistung angetrieben, andererseits hatte er auch aus Minderwertigkeitsgefühlen heraus so viel geschuftet. Er wollte seiner Frau beweisen, dass er es wert war, dass sie ihn, einen ehemaligen Junkie, geheiratet und auf die eigene berufliche Karriere verzichtet hatte.

Halluzinogene

Ein Mann, der als Kind in die Schweiz kam, fühlte sich damals völlig verloren. Er verstand die Sprache nicht, seine Eltern konnten ihn aus Zeitgründen und wegen mangelnder Deutschkenntnisse kaum unterstützen und er war bei seinen Integrationsbemühungen ganz auf sich alleine gestellt. In der Schule erlebte er Ausgrenzung und Fremdenfeindlichkeit. Trotzdem ist es ihm gelungen, eine Ausbildung zu machen, beruflich vorwärts zu kommen und eine Familie zu gründen. Seit vielen Jahren leidet er jedoch an einer schweren psychosomatischen Erkrankung sowie Ängsten, insbesondere hypochondrischen Ängsten. In jungen Jahren hatte er mit Drogen experimentiert und dabei LSD eingenommen. Wegen eines Horrortrips musste er mehrere Wochen in einer psychiatrischen Klinik stationär behandelt werden. Die Ängste sind geblieben und er kann nur mit äusserster Willenskraft seiner anspruchsvollen Arbeit nachgehen. Er ist immer kurz vor dem physischen und psychischen Zusammenbruch.

Eine andere Patientin erlebte in jungen Jahren nach der Einnahme psychedelischer Pilze einen Horrortrip. Sie leidet ebenfalls an hypochondrischen Ängsten.

Substanzenmissbrauch durch den Partner oder einen Elternteil

Der Vollständigkeit halber seien noch diejenigen Patientinnen und Patienten erwähnt, die unter der Substanzenabhängigkeit naher Angehöriger zu leiden haben oder hatten. Kinder, die vom betrunkenen Vater bedroht wurden. Kinder, die hilflos zusehen mussten, wie der betrunkene Vater die Mutter verprügelte. Ehefrauen, die depressiv sind, weil ihre Männer trinken und Ehemänner die trinken, weil ihre Ehefrauen depressiv sind. Auch ihr Leben, ihre Erlebens- und Verhaltensweisen stehen unter dem Einfluss psychoaktiver Substanzen.

Therapeutische Haltung bei Substanzenmissbrauch als komorbide Störung

Die obigen Beschreibungen geben einen Einblick in die Problematik des Substanzenmissbrauchs als komorbide Störung bei Patientinnen und Patienten einer allgemeinen psychiatrisch-psychotherapeutischen Praxis. Es stellt sich die Frage, wie diese Problematik therapeutisch, insbesondere existenzanalytisch, angegangen werden könnte.

Dies soll anhand des folgenden Telefonanrufs dargestellt werden:

Patientin:,, Frau Luginbühl, ich kann heute nicht in die Therapie kommen. Ich bin gestern Abend versumpft, mir ist noch grauenhaft schwindlig und übel. Tut mir leid, dass ich so kurzfristig absagen muss. Könnte ich morgen kommen?"

Von meiner Seite her macht sich zuerst ein betretenes Schweigen in der Telefonleitung breit. Ich spüre leichten Ärger in mir aufsteigen. Geübt in der Epoché gelingt es mir, diesen zu einem grossen Teil einzuklammern. Recht freundlich, wenn auch etwas kurz angebunden, lasse ich sie wissen, dass ich völlig ausgebucht bin und erst in der darauf folgenden Woche einen Termin mit ihr vereinbaren kann. Nachdem ich den Hörer aufgelegt habe, wende ich mich meinen aufkommenden Gefühlen, Gedanken und Dynamiken zu. Zuerst lasse ich meinem Ärger freien Lauf. Ich schimpfe vor mich hin: "Wie kommt sie dazu mich sitzen zu lassen? Ich muss so eng terminieren, damit ich alles unter einen Hut bringe. Sie arbeitet nicht, muss nur für sich schauen. Sie hätte sich doch auch erst heute Abend, nach unserem Gespräch, betrinken können." So oder ähnlich verschaffe ich mir Luft, befreie ich mich aus der Enge der Psychodynamik und schaffe mir den Raum, um aus der Distanz darauf zu schauen, was genau vorgefallen ist und was das bei mir ausgelöst hat.

In der Behandlung von Patienten mit Substanzenmissbrauch kommen wir nicht um Enttäuschungen und Frustrationen herum. Es ist wichtig, dass wir uns dessen bewusst sind. Das bedeutet nicht, dass wir immer über der Sache stehen müssen. Wir dürfen uns unsere negativen Gefühle und Dynamiken zugestehen. Wir sollten sie aber soweit kontrollieren können, dass die Patienten unsere Verärgerung nicht ungefiltert abbekommen. Kurz gesagt: Nach Möglichkeit die eigenen Dynamiken im Patientenkontakt vorerst einklammern, um sich zu einem späteren Zeitpunkt in Ruhe damit auseinander zu setzen. Nachdem ich mich also von meinem Ärger distanziert hatte, stellte sich ein Schmunzeln ein. Die Ehrlichkeit der Patientin erheiterte mich. Sie hätte ja auch eine Magen-Darm-Grippe vorschieben können. Aber nein, sie mutete mir ihren Kater zu, sie traute mir zu, mit der Wahrheit und der Frustration umgehen zu können. Sie vertraute auch darauf, dass ich sie deswegen nicht abwerten oder ablehnen würde und dass dies unsere Zusammenarbeit und unsere Beziehung nicht gefährdete. Nachdem ich mir dies alles bewusst gemacht hatte, wurde mir warm ums Herz. Die Patientin hatte ganz viel verstanden von dem, was ich aus existenzanalytischer Sicht als wichtig erachte. Sie konnte zu dem stehen, was ihr da passiert war. Sie musste das nicht aus Scham vor mir verbergen. Sie schien sich deshalb auch nicht mit Selbstvorwürfen zu plagen. Sie vertraute darauf, dass ich sie weiterhin annehmen würde, auch wenn sie mich wegen den Folgen ihrer Betrunkenheit versetzt hatte. Und sie konnte auch sich selbst annehmen. Eigentlich durfte ich aus therapeutischer Sicht ganz zufrieden sein mit der Art und Weise, wie die Patientin und auch ich die Situation gemeistert hatten. Im Gespräch die Woche danach schien mir der Zeitpunkt gekommen, die Patientin mit ihrem Trinkverhalten zu konfrontieren. Ich konnte ja auf ihre Selbstannahme und ihr Vertrauen in mich und unsere therapeutische Beziehung zählen:

"Wie ist es dazu gekommen, dass Sie so viel getrunken haben? Ist Ihnen das einfach so passiert oder wollten Sie sich betrinken? Wie geht es Ihnen eine Woche später damit? Was denken Sie heute dazu? Was halten Sie davon und wie möchten Sie sich in Zukunft in solchen Situationen verhalten?"

Zusammenfassende Überlegungen zur Behandlung

Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Substanzenmissbrauch als komorbide Störung scheinen mir aus existenzanalytischer Sicht folgende Punkte wichtig:

- Verantwortungsbewusster Umgang mit den eigenen Frustrationen in Bezug auf den Substanzenmissbrauch der Patienten.
- Selbstannahme der Patienten stärken: Es bringt die Patienten nicht weiter, wenn sie sich wegen eines aktuellen oder früheren Substanzenmissbrauchs mit Selbstvorwürfen plagen.
- 3. Auf dem Boden einer guten Selbstannahme die Patienten respektvoll mit ihrem Verhalten konfrontieren und zu einer Stellungnahme führen: Es wäre verhängnisvoll gewesen, wenn ich die schwerst traumatisierte Patientin, welche betrunken in die Sprechstunde kam, mit ihrem Verhalten konfrontiert hätte. Zum damaligen Zeitpunkt ging es darum, sie mit ihren Intrusionen auszuhalten und ihr die Sicherheit zu vermitteln, dass ich da bin und bleibe und sie nicht fallen lasse, auch wenn sie betrunken war. Ich spürte, sie prüft mich, sie prüft unsere Beziehung, sie will mir, angestachelt von ihrem Selbsthass beweisen, dass sie es nicht wert ist, dass ich mich für sie einsetze.
- Den Substanzenmissbrauch als komorbide Störung im Auge behalten und, falls notwendig, die Patientinnen und Patienten im Entscheidungsprozess betreffend spezifischer Entzugs- und Entwöhnungsbehandlung begleiten und unterstützen.

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med, et lic, phil. Erika Luginbühl-Schwab Kappelenring 54D CH-3032 Hinterkappelen erika.luginbuehl@bluewin.ch

BULIMIE – DIE BETROGENE VERHEISSUNG

Phänomenologisches Verständnis und existentieller Zugang

Alfried Längle, Barbara Jöbstl, Ruth Kathan-Windisch, Claudia Klun, Silvia Längle, Christa Lopatka, Christian Probst, Michaela Probst †, Daniel Trobisch, Paul Wyckoff, Hans Zeiringer

Entsprechend der personal orientierten Vorgangsweise der Existenzanalyse wird der Zugang zur Bulimie phänomenologisch, d.h. anhand des subjektiv erlebten Wesensgehalts, versucht. Darin erweist sich die Bulimie als Symptom eines doppelten existentiellen Mangels: einerseits fehlt es an Zuwendung zu sich (was der "zweiten existentiellen Grundmotivation" entspricht), andererseits scheint sie in der Schwierigkeit der Findung und Bewahrung des Selbst und der damit verbundenen Abgrenzung begründet. Entsprechend der "dritten existentiellen Grundmotivation" ist damit der Zugang zum Eigenen (Selbstsein als Person) erschwert. - Nach einer Beschreibung der psychischen Bedeutung des Essens wird die Brücke zum Essen (und Erbrechen) als Mittel zur Beruhigung der charakteristischen bulimischen Pathologie geschlagen. In diesem Kontext wird die Bulimie auch als Manifestation spezifischer personaler Prozeßblockaden deutlich. Psychopathogenetisch betrachtet entsteht Bulimie im Rahmen diffuser, enttäuschender Beziehungen, in denen in Zuwendung verpackte Abwendung als spezifische Leidensursache angesehen wird. - Abschließend werden aus diesem phänomenologischen Verständnis abgeleitete Therapie-Ansätze vorgestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Bulimie, Existenzanalyse, existentielle Grundmotivationen, Phänomenologie

BULIMIA - THE DECEIVED PROMISE

Phenomenological understanding and existential approach

In line with the person-oriented approach of existential analysis, bulimia is viewed from a phenomenological perspective; that is, with a focus based on the essence of the subjective experience. Hence bulimia is seen to be a symptom of a double existential deficiency: on the one hand, a lack of turning towards oneself (which corresponds to the second existential fundamental motivation); and on the other hand, a lack of being able to find and hold the self and to set and keep appropriate boundaries. This means that, in accordance with the third existential fundamental motivation, the access to one's own self as a person (being truly oneself) is aggravated. - Following a description of the psychological significance of eating, it is shown that eating (and vomiting) take on the function of reducing the characteristic bulimic pathology. In this context, bulimia also proves to be a manifestation of blockages in specific personal processes. Psychopathogenetically, bulimia often develops within diffuse and disappointing relationships, in which rejection, packaged as turning towards, is experienced as the specific source of distress. Finally, therapeutic approaches drawn from this phenomenological understanding are presented.

KEYWORDS: bulimia, existential fundamental motivations, Existential Analysis, phenomenology

EINLEITUNG

In einer existentiellen Psychotherapie spielt der phänomenologische Zugang eine Schlüsselrolle für das Verstehen der Menschen und ihrer Störungen, woraus sich die spezifische Praxis ableitet. Der phänomenologische Zugang hat deshalb eine zentrale Bedeutung, weil er den Weg zum Wesen des Menschen erschließt: zu seinem Person-Sein. Die Existenzanalyse bedarf der Phänomenologie, da sie vor allem über die Mobilisierung personaler Kräfte vorgeht (wie z.B. Verstehen, Stellungnahme, Entscheidung), um so zu einer authentischen Existenz zu kommen.

Ein wichtiges Mittel, um zu den personalen Kräften gelangen zu können, ist das Verstehen des subjektiven Erlebens der PatientInnen. Dem Verstehen des einzelnen im therapeutischen Prozeß geht ein Verstehen des Wesens der Störung voraus. Dieses Wissen um das Thema der Störung – in unserem Falle der Bulimie – erlaubt den TherapeutInnen, sich besser auf die PatientInnen und ihr Leiden einstellen zu können

Im Sinne eines existenzanalytischen Vorgehens wird hier eine Phänomenologie der Bulimie vorgestellt – sie stellt das Pendant zur empirisch-quantitativen Erhebung der Symptome in den naturwissenschaftlich orientierten Psychotherapien dar. Die phänomenologisch gewonnene Information stammt aus dem Erleben der PatientInnen selbst und wird über die Empathie der TherapeutInnen übernommen. Sie wird als Tiefenschau auf die Prozesse und Bedeutungen verstanden, die das Leiden für die PatientInnen hat. Aus diesem Wissen werden die Grundzüge der Behandlung abgeleitet.

PHÄNOMENOLOGIE DER BULIMISCHEN ATTACKE

Phänomenologisch betrachtet erscheinen in der Bulimie zwei Erlebnisinhalte, die auf den ersten Blick Gegensätze darstellen:

- 1. *Befüllung*: Sich anstopfen (in bulimischer Diktion: "anfressen") bis zum Wehtun und dennoch (in der Tiefe) hungrig/unbefriedigt bleiben.
- 2. *Entlastung*: Befreiung durch *Erbrechen*, das als Sichlösen-Können von etwas, das nicht gut tut, empfunden wird (vordergründig von zu viel Essen).

Der Essattacke geht Spannung voraus, Unwohlsein, be-

sonders oft aus Einsamkeit und Beziehungslosigkeit, Leere und Langweile. Auf dieser Basis verläuft das Essen, das eigentlich ein Hineinstopfen von Nahrungsmitteln ist, gierig, hastig, rasch und ungezügelt. Es führt nicht zu einer wohligen Sättigung, sondern zu einer schmerzhaften Überfüllung, einem Symptom süchtigen Verhaltens, das Grenzen übergeht. Der so entstandene physische Zustand entspricht dem psychischen Leidenszustand, der zwar schon länger vorhanden, aber nicht im Gefühl präsent ist. Durch die Eßattacke wird er nun auf der körperlichen Ebene (direkt und/ oder symbolisch) fühlbar und zugänglich. Er kann auf dieser (funktionellen, psycho-somatischen) Ebene eine Entlastung erhalten. Dazu dient zunächst das Essen, das anfänglich Entlastung bringt, dann aber das Erbrechen, durch das man wieder los wird, was fühlbar nicht gut tut. Das Reduzieren des Spannungs- und Leidenszustands rein auf der körperlichen Ebene kann natürlich keine psychische Problemlage lösen. Daher kann die Entlastung nur vorübergehend sein. Es wird sich das Ritual in zwanghaft-süchtiger Art solange wiederholen, wie die Ursache des Spannungszustandes bestehen bleibt.

Der bulimischen Attacke liegen zwei gravierende *inner-psychische Leidenszustände* zu Grunde, die als Ursache der Spannung und des Leidenszustandes die Entwicklung der Symptomatik vorantreiben:

- a) ein Defizit an *Beziehung zu sich selbst* auf der Ebene des Sich-Fühlens,
- b) verbunden mit einem Gefühl innerer Leere und Fremdheit.

Ad a.) Das Defizit an *Beziehung zu sich selbst* besteht in einem fehlenden Gefühl von Nähe zu sich. Die PatientInnen fühlen sich selbst wenig oder nur erschwert. Dieser Mangel an Gefühl für sich bezieht sich sowohl auf den eigenen Körper als auch auf die psychische Innenwelt. Die PatientInnen nehmen es selbst oft nur diffus wahr, etwa daß sie sich nicht wirklich wohl bei sich fühlen. Sie haben es in dem Sinne nicht "gut bei sich". Dynamisch gesehen ist dieses Defizit an Gefühl für sich mit einem Mangel an *Zuwendung zu sich* verbunden. Zuwendung zu bekommen stellt den Schlüssel dar, um aus diesem Defizit herauszukommen. Dafür dient als Ersatz das *Essen*, das als ein Mittel der Zuwendung eingesetzt wird. Inkorporation von Nahrung kann ein Gefühl von Nähe zu sich erzeugen und das körperliche Gefühl für sich stärken.

Die Intensität dieses psychischen *Defizits* wird durch das Essen auf die Dauer aber nicht gemildert. Der Griff nach dem Ersatz wird stärker, wird schließlich zur unkontrollierbaren *Gier*. Die Heftigkeit des Verschlingens ist grenzüberschreitend und wird so selbstschädigend. So geht mit der anfänglichen Entlastung des Selbstheilungsversuchs das Leiden der Unersättlichkeit einher. Gewissermaßen betrogen und enttäuscht wendet sich die Aktion gegen sich selbst. Die Heftigkeit, mit der die Nahrung verschlungen wird, geht mit einer *aggressiven Spitze* gegen sich einher, enthält einen Zug von Verärgerung, Zorn und Wut, eingepackt im gleichzeitigen Lusterleben. Die Autoaggression ist Folge der inneren Spannung, der Unersättlichkeit im Lebenshunger und des Sich-nicht-spüren-Könnens. Das Essen kann nicht gestoppt

werden, weil das Unwohlsein (Hunger und Spannung) nicht aufhört. Erst mit dem Schmerz der Überfüllung kann dem ungehemmten Schlingen langsam Einhalt geboten werden.

Diese Form von Nahrungsaufnahme ist Selbstschädigung, ist Symptom. Es handelt sich nicht um ein Genießen, es ist nicht beziehungsvoll zu sich selbst oder in der Gemeinschaft mit anderen. Man nimmt sich keine Zeit – Voraussetzung für ein Genießen (Zeit, Zuwendung) – für den Wert des Essens, weder für den Akt, noch für sich selbst, noch für andere.

Eingespannt in diese Abläufe wird stets aufs neue erlebt, daß dieses Schlingen nicht gut tut. Es ist ohne Genuß, es schmerzt und stillt den eigentlichen Hunger nicht: Zuwendung zu erhalten. Was bleibt, ist eine innere *Leere* trotz körperlicher Anfüllung.

In der Theorie der Existenzanalyse handelt es sich bei dieser einen Ursache um ein strukturelles Defizit im Lebensbezug, in der sogenannten "zweiten existentiellen Grundmotivation" (Längle 2008). Die Existenzanalyse kennt vier Grundmotivationen (GM), die den Strukturen der Existenz entsprechen (ebd). Die erste Struktur der Existenz (1. GM) bezieht sich auf den Umgang mit den Fakten, Bedingungen und Möglichkeiten der Realität. Doch geht es in der Bulimie nicht um ein Ringen in dieser Dimension der Existenz. Es stehen nicht die Unsicherheit des Sein-Könnens, Wahrnehmungsdefizite und Angst im Vordergrund. Die hier betroffene, zweite Struktur der Existenz (2. GM), besteht in der unausweichlichen Auseinandersetzung mit dem Faktum, daß das Dasein als Leben zu vollziehen ist. Leben aber verlangt Beziehungen zu anderen und Beziehung zu sich selbst, bedeutet Gefühle zu fühlen, die innerlich bewegen. Während das Funktionieren in der Welt den bulimischen PatientInnen recht gut vonstattengeht (erste und vierte Dimension), ist die Beziehung zu sich selbst (und parallel dazu zumeist auch die Beziehung zu anderen Menschen) gestört.

Ad b) Eine weitere Beeinträchtigung in der Bulimie stammt aus der *dritten existentiellen Grundmotivation* (3. GM). In ihr geht es um das Selbst-Sein, um das Personsein, um die spürende Abstimmung mit sich selbst. So bildet der Mensch ein inneres Gegenüber aus, mit dem er sich im (inneren) Gespräch halten kann. Lebt er diese Innerlichkeit, lebt er authentisch und verantwortungsvoll in seiner Freiheit. – Bulimische PatientInnen weisen eine Schwächung auch in dieser Struktur auf. Dagegen ist die vierte existentielle Struktur (4. GM), die Kontext- und Sinnebene, wieder weitgehend ungehindert entfaltet.

Auf der Basis der inneren Beziehungslosigkeit (2. GM) werden die Defizite der 3. GM besonders schmerzlich empfunden. Die äußere Einsamkeit wird unerträglich, das Allein-Sein ist schwierig, denn es gibt kein inneres Gegenüber, kein wirkliches "mit sich sein". Das innere Gespräch ist verstummt oder ersetzt von Kommentatoren und Vorwürfen. Die PatientInnen fühlen sich fremd, innerlich leer. Sie können das *Eigene* nicht leben, verlieren die Authentizität. Sie leiden unter ständigen *Grenzüberschreitungen* durch andere und durch sich selbst, nicht zuletzt durch ihre eigenen Essattacken. Es gelingt ihnen nicht, das Eigene und die Grenzen zu halten. Dazu bräuchte es einen Zugang zu den Gefühlen und eine Beständigkeit der Gefühle, sonst findet man nicht

sein Maß. In diesem defizitären Zustand können unliebsame Erlebnisse nicht mehr verarbeitet werden. Sie werden verdrängt oder abgespalten.

Während das Defizit der 2. GM vor allem durch *Essen* überbrückt wird, wird jenes der 3. GM vor allem durch das *Erbrechen* versucht, auszugleichen. Es bedeutet neuerliche Grenzziehung und einen Versuch, das Eigene zu bewahren und zu schützen.

EXISTENTIELLE GENESE DER BULIMISCHEN ATTACKEN

Die Schwierigkeiten der bulimischen PatientInnen, sich selbst zu fühlen (2. GM), führen in der Konstellation mit der Störung des Selbstseins (3. GM) zu Schwierigkeiten sich abgrenzen zu können. Das ist nicht nur in vielen alltäglichen Bezügen oder in der Arbeit der Fall, sondern stellt auch eine Schwierigkeit dar zu merken, wann es mit dem Essen genug ist. Was hier zum Vorschein kommt, ist nicht neu. In ähnlicher Weise konnten sich die PatientInnen schon lange Zeit vorher von den Belastungen nicht abgrenzen und fühlten auch nicht, wie belastend die Situationen waren. So kommt es zwangsläufig zu einer Grenzüberschreitung auch beim Essen. Bei jeder bulimischen Attacke wird erlebt, daß das viele Essen nicht gut tut. Jedes Mal entsteht mit zunehmender Anfüllung ein Körper-Gefühl, das dem entspricht, was sie psychisch in sich tragen: ein beständiges, gespanntes Mißbehagen. Im Versuch, dieses zu überwinden, wird das innere Mißbehagen in das Körperliche übertragen. Es ist wie eine szenische Darstellung, die im Körperlichen das wiederholt, was im Psychischen bereits vorhanden war. Dadurch wird der verborgene, schwer greifbare und unverstandene innere (psychische) Zustand faßbar, weil körperlich gefühlt im schmerzhaften Überessen.

Doch die Szene enthält eine Paradoxie: Anfangs wird das Essen als (scheinbare) Selbst-Zuwendung empfunden. Durch die hastige Anfüllung und die schmerzliche Überschreitung der Sättigungsgrenze kommt darin aber immer mehr die eigene Ablehnung hervor und stellt eine Selbst-Abwendung dar. Das körperlich Fühlbar-Werden des psychischen Mangels und Leidens verstärkt nun die Dynamik der Ablehnung. Diese Ablehnung ist tragischerweise von Anfang an da, denn obwohl Essen durchaus (Selbst-) Zuwendung bedeuten kann, stellt die Menge und die Geschwindigkeit (so viel und so schnell essen) keine wirkliche Zuwendung mehr dar. Die scheinbare Zuwendung hat sich gegen sie selbst gerichtet. Hier setzt der Teufelskreis ein: Die Suche nach Linderung des Unwohlseins und der Spannungen vermittels Essen führt zu einer körperlich erlebten Abwendung, die man sich selbst zufügt.

Durch das Vorherrschen des Leidens der **2. und 3. GM** hat die Bulimie eine sehr ähnliche pathologische Grundlage

wie die Borderline-Störung. Sie kann daher aus existentieller Sicht etwas vereinfacht als "Borderline-Typus der Eßstörungen" aufgefaßt werden. Borderline-Störung und Bulimie haben als existentielle Grundthemen den Selbstverlust durch fehlende Nähe¹. Bulimische PatientInnen haben einen Mangel an guten äußeren Beziehungen und leiden an einem fehlenden Gefühl für die eigene Befindlichkeit. Mit ihren gedämpften Gefühlen fehlt ihnen das Instrumentarium für das Erleben von Werten (2. GM). Dieser fehlende Zugang zu sich selbst geht einher mit einem Defizit im Spüren ihrer selbst in der Dimension der Authentizität (3. GM). M.a.W. BulimikerInnen fühlen wenig und spüren sich nicht als sich selbst.

Z.B. sagen die PatientInnen oft, daß für sie alles stimme, wie es ihnen gehe, daß sie keine nennenswerten Probleme hätten, obwohl es nicht zutrifft und es von außen sichtbar ist, daß es viele Ungereimtheiten und Probleme in ihrem Leben gibt. Sie fühlen nicht, wie es ihnen wirklich geht. Auch Bräutigam (1997, 300) weist darauf hin, daß viele BulimikerInnen hysterische Anteile haben.

Die Störung in der 2. und 3. GM ordnet die Bulimie aus Sicht der Existenzanalyse auch den psychosomatischen Störungen zu, bei denen ebenfalls diese beiden Dimensionen der Existenz gestört sind (Längle 2009; vgl. auch Fleisch 2012).

DER SELBSTBEZUG DER BULIMIE-PATIENTINNEN

Im Lichte der existentiellen Grundmotivationen konnten über die Beziehung der BulimikerInnen zu ihrer Gefühlswelt folgende Beobachtungen gemacht werden. Sie stellen jene Grundlage dar, die die Entwicklung der Bulimie als Sucht verständlich macht.

- In der biographischen *Entwicklung* haben die PatientInnen oft erlebt, daß ihr eigenes Gefühl in der Familie kaum je *gefragt* war. Spontane Äußerungen wurden übergangen, hatten keinen Platz oder waren für die anderen Familienmitglieder ohne Bedeutung (das Nichtgesehen-Werden als Person ist ein Defizit der 3. GM, das sich hier mit dem Inhalt der 2. GM verbindet: mit dem Übergehen des Gefühls).
- Entwertungen, Grenzüberschreitungen, Mißbrauch, Überforderung, Versagenserlebnisse usw., oft genug auf der Basis von Unreife, führen grundsätzlich dazu, daß die Zuwendung zu sich verloren geht (2. GM).
- Auf dieser Basis entwickeln die PatientInnen die Haltung, daß sie eigentlich kein Recht auf das eigene Gefühl haben (was im existenzanalytischen Verständnis wiederum eine Schwächung in der 3. und 2. GM darstellt).
- Wenn Gefühle als bedeutungslos angesehen werden und

¹ Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist im existentiellen Verständnis primär eine Störung des Selbstseins (3. GM), die das Defizit mit Hilfe von Gefühlen und Beziehungen (2. GM) auszugleichen versucht. – In der Bulimie dürften beide GM gleichermaßen betroffen sein, vielleicht sogar die 2. GM manchmal noch mehr als die 3. GM. – Während Borderline PatientInnen Beziehungen und starke Reize (z.B. Selbstverletzungen) einsetzen, setzen BulimikerInnen das Essen ein, das für sie einen vergleichbaren Stellenwert hat wie bei den Borderline PatientInnen ihre Symptomatik.

wenn man glaubt, kein Recht zu haben, ihnen Folge leisten zu dürfen, dann werden die eigenen Gefühle auch *kaum gelebt* werden. Sie werden nicht aufgegriffen (was eine Verarmung in der 2. GM bedeutet). Statt dessen nimmt ein subjektiv empfundenes *Funktionieren* und Handeln in *Automatismen* überhand, hinter denen sich das eigene Gefühl verliert (diese entpersönlichten Verhaltensweisen werden als Defizit der 3. GM verstanden).

 Schließlich kommt es zu einem Aufbäumen für sich selbst, zu einer Auflehnung gegen die Behinderung, das eigene Gefühl ins Leben bringen zu können – die Symptomatik der Bulimie wird als Rebellion gegen die innere Entleerung verstanden.

Die Folge dieser Verluste in der 2. und 3. GM ist, daß die PatientInnen kaum mehr Geborgenheit in sich selbst finden. Durch die fehlende innere Behaustheit sind sie sich selbst entfremdet. Ständig emotional leer auszugehen und bei sich nicht aufgehoben zu sein unterbindet das Aufkommen von Lebensfreude, macht das Leben kalt und leblos, unverbunden und beziehungslos. In dieser Not bäumt sich die Vitalität in der Entwicklung der bulimischen Symptome mit der ganzen Kraft des Lebens auf, um psychisch einigermaßen überleben zu können. Die Bulimie verschafft eine Überbrückung in ihrer inneren Bedrängnis. Weil diese so unerträglich ist, und weil die Ersatzhandlung die Ursache des Defizits nicht behebt, wird sie unersättlich, was zur Symptomatik die Gier beisteuert. Das Verlangen wird unstillbar: es braucht ständig mehr. Die Spirale der Sucht hat begonnen (vgl. auch Balogh 2012; Fleisch 2012; Koch 2012; Kohler 2012).

Joachim Bauer (2006) sieht die Ursache der Bulimie in negativen zwischenmenschlichen Beziehungserfahrungen, vor allem im Mangel von Anerkennung, Wertschätzung (beide sind in der Existenzanalyse in der 3. GM enthalten), Zuwendung oder Zuneigung (entsprechend der 2. GM). Solcherart verletzt, übersehen oder nicht gelebt, führen diese fehlenden Grundbedürfnisse zu Gesundheitsstörungen und Erkrankungen, wobei namentlich die Essstörungen genannt werden.

ZUR PHÄNOMENOLOGIE DES ESSENS

Eine interessante Frage ist, warum ausgerechnet das Essen bei BulimikerInnen eine so große Bedeutung bekommt und zum Leitsymptom wird? Dafür kann eine phänomenologische Betrachtung des Essens ein Verständnis beibringen. Es zeigt sich, daß Essen das geeignete Mittel für Menschen mit diesem spezifischen Defizit ist, weil die psychische Bedeutung diesem spezifischen Defizit am nächsten kommt. - Essen ist Inkorporieren. Eine Speise wird in das Innere des Körpers übergeführt. Phänomenologisch bedeutet das, größtmögliche Nähe (2. GM) zu einem Objekt aufzunehmen: es zu schmecken, zu kauen und dann im Schlucken "zu sich" zu nehmen. Mit jedem Schluckakt wird dabei eine Grenze überschritten, jenseits derer man keinen willentlichen Einfluß mehr auf die Speise ausüben kann. Die Speise wird dadurch in das Eigene (d.i. in den eigenen Körper) übernommen. Der Schluckakt ist ein Operieren mit der Grenze. Aneignung und Grenzziehung entsprechen der Dynamik der 3. GM, in der es grundsätzlich um das Selbstsein in Abgrenzung vom anderen geht. So kommen im Essen Inhalte der 2. und 3. GM zusammen, entsprechend dem vorherrschenden Problembereich der Bulimie.

Durch das Aufnehmen der Nähe bekommt das Essen eine große Bedeutung für Beziehungen ganz allgemein (2. GM). Im Essen wird zum einen Beziehung zu sich selber gelebt. Man wendet sich einer Speise zu, die dann gleich in den Körper übergeführt wird. Darin ist Zuwendung zu sich selbst enthalten, die im Schluckakt vollendet wird. Es ist im übrigen weit verbreitet, daß Menschen in Zeiten psychischer Not mithilfe von Essen fehlende Zuwendung ausgleichen (vgl. Kummerspeck oder manche psychisch bedingte Adipositas). "Essen hält Leib und Seel' zusammen", sagt der Volksmund. – Aber die Zuwendung geht noch weiter, sie enthält eine Zuwendung zum Leben. Im Essen nimmt der Mensch "Lebens-Mittel" zu sich. Essen dient der unmittelbaren Erhaltung des Lebens. Darum ist Essen auch Ausdruck der Bejahung des Lebens.

Über diese intrapersonale Bedeutung hinaus kommt dem Essen zum anderen aber auch ein interpersonaler Stellenwert zu. Viele Menschen haben erlebt, daß sie wahllos zu essen beginnen, wenn wichtige Beziehungen und/oder die Grundbeziehung zum Leben (2. GM – Grundwert) gestört sind. Aber auch das Gegenteil ist Allgemeingut: daß man nicht essen mag, z.B. im Liebeskummer, weil man nicht mehr da sein mag bzw. die Beziehung zu sich gestört ist.

Essen ist auch ein Mittel zur Beziehungsförderung und gibt der Gemeinschaftsbildung einen feierlichen Charakter. Gute Beziehungen werden durch ein gemeinsames Mahl gepflegt oder besiegelt, werden durch das Essen gestaltet. Man hat Zeit für sich und den anderen. Jede Feier hat ein Essen. Die Beziehung zu sich soll auf die Beziehung zu den anderen bestärkend übergehen, wie umgekehrt die Beziehung zu anderen die Beziehung zu sich selbst wiederum verstärkt. Und beides wird durch die Beziehung zur Welt, aus der die Speise stammt, bestärkt. Durch gemeinsames Essen kommt man näher zusammen, weil man vom selben ißt. Hier kommt eine archaische Bedeutung des Essens zum Ausdruck, nämlich die Zusammengehörigkeit und der Zusammenhalt von Menschen zur Erhaltung des Lebens. Damit wird nicht nur dem "Lebens-Mittel", sondern auch der Beziehung eine Bedeutung für die Lebenserhaltung beigemessen. Essen kann durch diese Bedeutung einen sakralen Charakter bekommen. Die christliche Kommunionfeier ist neben der Feier der Gemeinschaft Symbol für ein Ja zum ewigen Leben.

ESSEN UND BEZIEHUNG

Die interpersonale Dimension des Essens zeigt sich auch im *Kochen*. Für jemanden eine Speise zubereiten bedeutet, etwas vorzubereiten, das der andere dann in sich aufnimmt. So ist Essen ein Mittel für Beziehung, was insbesondere dann bedeutsam wird, wenn man jemandem nahe sein will. Die Kombination von Nähe, Beziehung und Essen ist eindrücklich beim *Stillen* gegeben. Es ist wie ein Urbild von Ernährung: Etwas Anderes (beim Kochen oft noch von anderen Händen Zubereitetes) wird in die Innerlichkeit hi-

neingenommen. Wieviel an Haltung, Beziehung, Sehnsucht oder Wünschen mit der Zubereitung bzw. Inkorporierung des Essens verbunden werden kann, spiegelt sich in dem Sprichwort: "Liebe geht durch den Magen". Und daß Essen Beziehungsmacht und Nähemacht ist, wird deutlich, wenn wir je erlebt haben, wie sehr die Ablehnung von Essen Zurückweisung ist für den, der es bereitet hat.

Das spezifische Leiden der Menschen, die zur Bulimie neigen, steht in einer inhaltlichen Entsprechung zu dieser Bedeutung des Essens. So bekommt das Essen in der Bulimie eine doppelte Funktion.

Einerseits soll mit dem Essen der anhaltende bzw. sich ständig wiederholende *Mangel an Lebensgefühl* kompensiert werden. Durch das Essen entsteht Lebensgefühl oder kommt wieder in Bewegung.

Wenn man z.B. die ganze Woche gearbeitet und "funktioniert" hat, alles in Ordnung und in geregelten Bahnen verlief, aber man nicht das Gefühl hat, etwas Gutes geleistet zu haben, keine Freude über das Geleistete und Erlebte in sich trägt, ist man psychisch unerfüllt. Es herrscht eine Leere vor, die bei dem fehlenden Innenbezug (2. GM) und verlustigen Selbstbezug (3. GM) aus sich selbst nicht ausgeglichen werden kann. In solchen Fällen wird insbesondere das anstehende Wochenende allein zu Hause als Abgrund von Leere empfunden. Der Mangel wird bedrohlich, weil man nicht mehr abgelenkt ist von ihm. Es bedarf der kompensierenden Auffüllung, die nach so viel Mühen auch als berechtigt angesehen wird. Um der drohenden Leere entgegenzuwirken, wird ein großer Einkauf von Lebensmitteln betätigt, um sich anschließend mit der Bulimie eine gewisse Entlastung schaffen zu können und über das Wochenende zu kommen.

Eine andere Funktion hat das Essen als *Spannungsab-fuhr* und *Ersatz für fehlende Abgrenzung* (3. GM). Dies wird im nächsten Kapitel behandelt.

ESSEN GEGEN DIE SPANNUNG

Eine andere spezifische Funktion des Essens besteht in der *Betäubung* oder *Linderung von Schmerzen*, die oft im Zusammenhang mit Beziehungen stehen (z.B. der Schmerzen eines sexuellen Mißbrauchs). – Das Essen selbst bringt schon Erleichterung in der Spannung. Durch die Spannung wird hastig gegessen, das Verschlingen und das Überschreiten der Grenze zur Sättigung erzeugt aber wieder erneute Spannung. Diese braucht dann zur Spannungsabfuhr das Erbrechen. So kann das Schlingen und das danach notwendige Erbrechen zur Linderung bei Schmerzen, die im Moment nicht anders bewältigt werden können, helfen.

Z.B. hat eine 32jährige Frau immer wieder bulimische Attacken seit zwei Jahren, weil sie der Freund häufig betrügt. Immer wenn sie das bemerkt, kommt es zu einer Serie von Eßattacken. Sie kann den Schmerz nicht zulassen, weil sie dann die Konsequenzen ziehen und sich trennen müßte. Das schafft sie nicht. Zugleich aber schämt sie sich für ihr Verhalten, und kann sich nicht in die Augen schauen. So bleibt ihr als Ventil nur die Bulimie.

Die Ursachen für die bulimischen Essattacken gruppie-

ren sich zusammenfassend unter diese beiden Gipfel (vgl. Abb. 1):

Das Verlangen nach Spannungsabfuhr führt vor allem

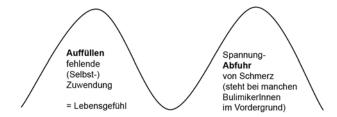


Abb.1: Die beiden Hauptursachen für den Einsatz des bulimischen Ess-Verhaltens

dann zur Bulimie, wenn es in Kombination mit *Zuwendungshunger* auftritt. Sonst kommt es eher zu *anderen* Symptombildungen wie Alkoholismus, Vermeidungsverhalten, Schneiden usw. – Schneiden und bulimische Attacken können im übrigen als austauschbare Symptome angesehen werden.

Grundsätzlich aber können verschiedene Phänomene Spannung erzeugen: Haltverlust (1. GM); Beziehungsverlust (2. GM); Grenzverletzungen (besonders Mißbrauch), Selbstwertzerstörung, Begegnungen nicht standhalten können (3. GM); Sinnverlust (4. GM) (z.B. im Kontext schlechter Beziehungen).

Hunger und Sättigung folgen bei bulimischen PatientInnen nicht dem Körper. Oft ist das Hungergefühl überlagert von anderen Bedürfnissen und von diffusen Mangelgefühlen.

Eine suizidale Patientin mit bulimischen Attacken meinte einmal: "Was bedrohlich ist, ist der Hunger *nach* dem Essen." Sie verband mit den bulimischen Attacken stets eine Hoffnung, diesen Lebenshunger stillen zu können, und da dies nicht gelang, verwendete sie immer mehr Alkohol. Er war Mittel auf der Suche nach Leben. Und diente zugleich der Dämpfung des Schmerzes. Sie hatte genug vom Leben, wollte von ihm wegkommen, betäubte sich. So waren widersprüchliche Tendenzen in ihr.

Was die *Sättigung* anbelangt: Bulimie-PatientInnen können *nicht aufhören* mit Essen,

- a) weil es nicht um das *Stillen eines körperlichen Hungers* geht, sondern um ein Leid, und das hält an, auch wenn sie genug gegessen haben.
- b) Weil sie sich nicht gut fühlen können, fühlen sie auch kein Sättigungsgefühl und essen, bis es schmerzt. Erst durch diesen Schmerz haben sie endlich ein intensiveres Gefühl und obendrein ein Gefühl, das ihrer Stimmung entspricht.

In der bulimischen Attacke wird nie eine Sättigung erreicht, nur Fülle, Prallheit, die manchmal schmerzhaft ist. Man wird gefüllt, aber nicht satt, nicht gesättigt (d.h. befriedigt, mit wohligem Gefühl). Hingegen entsteht nur ein Gefühl des "vollen Sacks".

BulimikerInnen kennen oft seit Jahren nicht mehr das

Gefühl, satt zu sein. Sie essen evtl. kopfgeleitet bestimmte Mengen, aber nicht gefühlsgeleitet. Die Sättigung ist wahrscheinlich nie wirklich gefühlt, sondern mehr aus Erfahrung festgelegt und von kognitiver Kontrolle ersetzt.

ESSEN UND WEIBLICHKEIT

Alles, was im Zusammenhang mit Essen steht, hat eine unterschiedliche Geschlechterpräferenz. Essen zu besorgen (Stillen!) bzw. einzukaufen scheint dem Weiblichen näher zu sein als dem Wesen des Männlichen. Für Frauen scheint die Beschäftigung mit Essen gesellschaftlich besser akzeptiert zu sein als mit Alkohol. Phänomenologisch besehen erscheint uns das Weibliche der Pflege des Lebens (2. GM) näher zu stehen als das Männliche, was sich in der geschlechtlichen Ausprägung des Körpers abbildet (Längle 2011). Das Weibliche (das sind natürlich mehr die Frauen, aber findet sich auch in Männern) scheint mehr bestrebt zu sein, an die Gefühle heranzukommen und sie ins Leben zu bringen. Es lebt i.a. mehr für die Beziehungen, sucht mehr die Nähe. Das Essen kommt diesen Strebungen ganz gut entgegen und kann sie leichter befrieden. Wir können dies als Hintergrund ansehen, warum Frauen mehr zur Bulimie neigen.

Das Männliche (das auch bei Frauen zugegen ist) scheint dagegen nicht so sehr "Leben" zu suchen als Raum, Dasein-Können, Macht, Einfluß (1. GM). Zur Reduktion von Problemen, Ängsten, unguten Gefühle und zur Erzeugung angenehmer Gefühle scheint Alkohol das probatere Mittel zu sein als das Essen. Unter Alkohol kann eher das Gefühl entstehen: ich kann besser da sein. Es könnte dies ein Hintergrund sein, warum Männer von ihrer geschlechtlichen Veranlagung her mehr zum Alkohol neigen.

DAS ERBRECHEN UND SEINE BEDEUTUNG

Das künstlich induzierte Erbrechen der BulimikerInnen hat viele Funktionen. Es *entlastet* von der (schmerzhaften) Spannung und dem Völlegefühl. Das Erbrechen erfüllt eine reinigende Funktion: Das, was zu viel und grenzenlos aufgenommen wurde, was nicht mehr gut ist ob der Quantität, Geschwindigkeit und fehlenden Zuwendung zu sich selbst, wird wieder von sich gegeben. Damit soll das Wohlgefühl wiederhergestellt werden (2. GM).

Es kann zugleich als *Strafe* für die vorangegangene Völlerei und unerlaubte Gier dienen. So stellt es ein Stück Wiedergutmachung dar (3. GM).

Zudem hat es eine schützende, heilsame Funktion: zu verhindern, daß diese Vergiftung von außen, dieser unbefriedigende Ersatz für Fühlen und Spüren, aufgenommen und behalten wird. Dieses anfänglich zwar als entlastend, dann aber als falsch, enttäuschend und schmerzlich empfundene Auffüllen des Körpers soll nicht zu Eigenem werden. "Etwas, das ich im Grunde ablehne, darf mich nicht nähren. Das paßt nicht zu mir – ich schäme mich dafür." (3. GM) – Die Verwendung von Laxantien kann als Verlängerung desselben angesehen werden und dient demselben Zweck: es soll nicht im Körper ("in mir") bleiben, was "zu viel" ist, und

es soll auch ausgetrieben werden, was sich nicht von selbst löst, um gereinigt zu sein.

Außerdem soll diese Schwäche des zu vielen Essens in der Öffentlichkeit *nicht sichtbar* werden. Daher wird mit dem Erbrechen der Gewichtszunahme vorgebeugt, um in der Öffentlichkeit bestehen und sich sehen lassen können (3. GM).

In dem Zusammenhang ist gerade die *Prozeßebene* von Interesse. Es stellt nämlich das Erbrechen einen Spiegel dar für die Blockade der Verarbeitung der Probleme, die zur Bulimie führen. Durch diese Behinderung kommt es zu einem Aufhäufen unverarbeiteter Informationen. Die Verarbeitung des Erlebten, das mit den personalen Inhalten in Verbindung gebracht wird und so zur Integration ins Eigene bzw. zur Lösung vom Schädlichen führt, bleibt aus. Die Restituierung seiner selbst, das sich Wieder-frei-Bekommen aus dem Einfluß der Eindrücke, bleibt lückenhaft. Schematisch liegen die Blockaden in dem Modell der Personalen Existenzanalyse (PEA – Längle 2000) an zwei Stellen (vgl. Abb. 2):

Die eine Blockade liegt darin, daß das eigene Gefühl

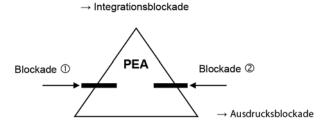


Abb.2: Blockaden im personalen Verarbeitungsprozeβ – schematisch anhand des Prozeßmodells der Existenzanalyse (PEA).

nicht gefunden und in ein Verständnis bzw. in eine Stellungnahme gebracht werden kann. Diese Blockade entsteht meistens durch Erfahrungen, die eine Abwertung der eigenen Gefühle beinhalten. So haben die PatientInnen gelernt bzw. wurde ihnen von außen antrainiert, auf ihre Gefühle nicht zu achten. Oder es wurden die Gefühle als falsch beurteilt und kritisiert. Wird dieses Erleben auf das Essen übertragen, dann heißt das, daß das, was man ißt, "zum Kotzen" ist. Wenn man es nicht erbrechen würde, würde man Fremdes einlagern, bekäme man Fettsucht, Adipositas, eine weitere Eßstörung, bei der die Grenzziehung nicht mehr gelingt. Menschen, die aus solchen Gründen zur Adipositas neigen, haben weniger Kraft, sind resignierter, grenzenloser, widerstandsloser, das Eigene ist den PatientInnen gleichgültiger.

Die andere Blockade ist die nicht mit der Person abgestimmte, *inadäquate Verhaltensweise*. Sie ist nicht Ausdruck des Eigenen, ist also nicht aus dem eigenen Inneren geschöpft, sondern liegt auf der Reaktionsebene, ist also reizabhängig. Der Mensch verwirklicht nicht sich.

Wie kommt es zu den jeweiligen Blockaden? – Dazu wurden weiter oben schon eine Reihe von Erfahrungen geschildert, die zur Stagnation der Verarbeitungsprozesse führen. Fokussiert man die Entstehung der Hemmung, so kann man feststellen:

Zur Entwicklung der Integrationsblockade 1: Die PatientInnen haben immer wieder Erfahrungen gemacht, die ihnen vermittelten: "Was du fühlst ist dumm, ist falsch!" Das be-

ginnt mit kleinen, ständigen Kritiken (z.B. "Du ziehst immer zu wenig an!") und hat natürlich den Schwerpunkt in der Infragestellung zwischenmenschlicher Gefühle. Die Ablehnung, die empfunden wird, wird als Zuwendung oder Sorge ausgegeben. Die Doppelbödigkeit der Nachricht aber bleibt und erzeugt das unklare und nicht weiter verarbeite Gefühl: "Es stimmt etwas nicht." Eine andere häufige Erfahrung, die zum Zurücklassen der Gefühle führt, besteht darin, daß man zu oft spüren mußte: "Was ich fühle/spüre, kann hier nicht zum Leben kommen." Durch das In-Abrede-Stellen des eigenen Gefühls entsteht Verunsicherung, Entfremdung, oder auch Angst, Erinnerung an Strafen etc.

So kommt es zur Überlastung der Primären Emotion, die wegen der widersprüchlichen Tendenzen nicht in eine weitere Verarbeitung übergehen kann. Der Prozeß wird gestoppt, die Stase der Gefühle ("verstopfte Gefühle") erzeugt lediglich ein Gefühl des "Mißbehagens". Dies wird subjektiv so ausgedeutet, daß etwas in einem nicht stimme, was zu Selbstbeschuldigungen und Selbst-Abwertung führt. Die innere *Spannung* nimmt zu. – Wie davon loskommen? Es braucht der Hilfe von außen, von etwas, das einem nahekommt. Essen verschafft das Gefühl. Aber es wird durch die Art des Verschlingens als Bestätigung der Abwertung empfunden. Der Teufelskreis hat begonnen.

Zur Entwicklung der Ausdrucksblockade 2: Man fühlt/ spürt, daß man unter diesen Umständen nicht zum Leben kommen kann. So spürt die PatientIn z.B. genau, was in der Familie los ist, aber es ist ihr nicht möglich, darüber in der Familie zu sprechen. Ihr Ausdruck ist gelähmt. Sie weiß nicht, wie sie es angehen soll und ob es überhaupt eine Chance hat, gehört zu werden. Es herrscht ein Gefühl des Unfreien vor, das nicht selten übergehen kann in ein Sich-fremd-Werden. – Anstatt der Überführung des vage Empfundenen in einen adäquaten Ausdruck kommt es nun zu Selbstbeschuldigungen, weiteren Abwertungen ("in mir stimmt etwas nicht - ich bin falsch"). Solcherart in sich eingeschlossen baut sich weitere Spannung auf, weil der Mensch im Tiefsten seines Wesens behindert ist, nämlich in seinem Personsein und im Dialog. – Es bräuchte eine Hilfe von außen, jemanden, der einem dafür Worte gibt, Verständnis zeigt, offen ist und Anteil nimmt. In dieser Not verschafft sich der Mensch Luft, indem er schließlich zum Erbrechen greift, um das nicht Ausdrückbare los zu werden (das Erbrechen ist also nicht zu simpel zu verstehen als Symbol für das Erleben von etwas, das "zum Kotzen" ist, sondern umfaßt noch mehr: das Erleben, etwas nicht mehr verarbeiten zu können und es nicht zum Ausdruck bringen können). Damit wiederholen die PatientInnen, was sie von außen aufgenommen haben, im Inneren: sie erhielten Zuwendung, die sich als Abwendung entpuppte (s.u.). Durch die Zuwendung lassen sie die Erfahrung in sich eindringen, doch sobald die Abwendung deutlich wird, verschließen sie sich gegen die bereits eingedrungene Zuwendung und sie wenden sich innerlich dagegen (vgl. Abb. 3):

BULIMIE – DIE BETROGENE VERHEISSUNG

Für die Entwicklung der Bulimie ist nach unserer Beobachtung eine spezifische Form von Verletzung in der 2. und 3. GM verantwortlich. Die bulimischen PatientInnen bekamen Verheißungen und Versprechungen, die nicht eingehalten wurden. Sie fühlen sich betrogen, in Hoffnungen enttäuscht, dem Schein erlegen. Den Hintergrund dazu bilden vor allem *diffuse* Beziehungen².

- 1. Unklare Bedeutung der Beziehungen, Fassadenbeziehungen oder Scheinbeziehungen, bei denen nach außen hin ein sozial erwünschter Schein bewahrt wird ("intakte Familien", in denen man sich um die Kinder ausreichend "kümmert", aber sich nicht wirklich "sorgt"), nach innen hin fehlt aber die wirkliche Nähe in der Beziehung. Die Beziehungen sind funktionalisierend, die Kinder benützend, und werden als leer empfunden. Man wird geliebt für die Funktion (was im Grunde eine Form des emotionalen Mißbrauchs darstellt), es herrscht emotionale Verwahrlosung bei Unfähigkeit zu personaler Beziehung. Nicht selten wiederholt sich dann dieses Muster später wieder in den Partnerbeziehungen.
- 2. *Unklare Themen* in den Beziehungen: Es herrschen Tabubereiche vor, die atmosphärisch zu spüren sind, aber

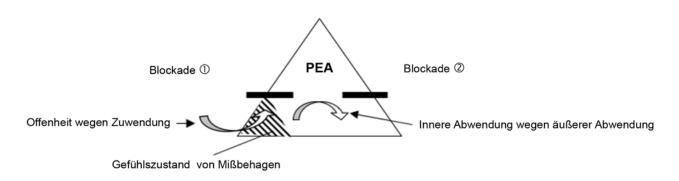


Abb.3: Prozeß der Übernahme bzw. Internalisierung der als Zuwendung verpackten Abwendung: die personale Mitte wird nicht mehr erreicht.

² Wie sehr Bulimie vom Zusammenleben mit anderen Menschen abhängt, zeigt auch der Einfluß, den die Gesellschaft auf die Entwicklung der Symptomatik hat. Insbesondere die westliche Gesellschaftsform dürfte einen starken Einfluß auf das bulimische Verhalten haben, wie man aus der *Fidji-Studie* schließen könnte. Auf dieser Pazifik-Insel war Bulimie unbekannt, bis 1995 das Fernsehen kam. Innerhalb von drei Jahren entwickelten 12 % (von insgesamt N = 63) der Mädchen Symptome von Bulimie (Becker 1995; 2004).

nicht realen Bestand haben dürfen. Die Verlogenheit im Umgang bzw. Leugnung in der Ansprache erzeugt ein Gefühl des Ekels (die PatientInnen sagen oft darüber: "Da wird mir schlecht!"). Das Milieu erlaubt nicht, authentisch zu sein; man spürt, daß etwas nicht stimmt (z.B. verdeckte Traumatisierungen, verheimlichte Probleme in der Familie wie Alkohol, sexuelle Unklarheiten, Inzest, belastende Außenbeziehungen, Suizid-Drohungen, Suizid von Angehörigen, Straftaten). Bei solchen Straf- und Schuldthemen, die nicht greifbar sind, kommt es aufgrund der Identifikation bei Angehörigen leicht zu Verpflichtungsgefühlen oder Schuldgefühlen. Man glaubt, zu Dank angehalten zu sein, aber wegen der gleichzeitig empfundenen Falschheit wird ihnen körperlich beinahe schlecht und übel ("kotzig") zumute. Man spürt das Widerstreben, mit Menschen beisammen zu sein und – was noch persönlicher ist – mit ihnen zu essen, weil die Beziehung nicht stimmt. - Bulimie - und insbesondere das Erbrechen – kann in solchen Fällen als Versuch verstanden werden, etwas Diffuses greifbar zu machen und es los zu werden. Das Diffuse sind die nicht benannten Themen und die gefühlte Unmöglichkeit, mit ihnen in einen anderen Umgang zu kommen: auch wenn die diffusen Themen angesprochen würden, würden sie den PatientInnen abgesprochen und geleugnet. In der Folge blieben sie wieder allein damit und wären wieder nicht in Beziehung zu anderen und zu ihren eigenen Gefühlen gekommen.

3. Es herrscht eine Atmosphäre einer *emotionalen Miß-brauchsdynamik* in den Familien vor. Es bestehen unklare Zuständigkeiten für Bedürftigkeiten sowohl von Eltern wie von Kindern oder PartnerInnen, wo nicht mehr klar ist, wer für wessen Hilfe da ist. Es ist das Bild der "umgekehrten Nabelschnur": Abhängigkeit bei umgekehrter Leistungserbringung.

Diese diffusen Beziehungen sind durchsetzt von (z.T. unmerklichen, subtilen) Abhängigkeiten.

Z.B. schafft es eine Patientin mit Bulimie (und Anorexie) mit 26 Jahren und trotz guter Anstellung nicht, sich von der Mutter so weit zu emanzipieren, daß sie die Sachen von der Mutter (Kleidungsstücke, Foto-Alben usw.) aus ihrem Zimmer entfernen könnte, obwohl es sie einengt und seelisch unverhältnismäßig belastet. Allein beim Gedanken daran, das Thema mit der Mutter (wieder) anzusprechen, bekommt sie das Gefühl, sie würde wie von einem großen Stein erdrückt, der den ganzen Raum ausfüllt (dieses Gefühl hat mehr Nähe zur Anorexie: gefühllos werden, keinen Raum haben, sich schmal machen müssen, starr werden).

Eine andere 24jährige Patientin fühlt sich ständig wie mit Ketten an einen Eisblock gebunden. Diese sind so eng angelegt, daß sie sich tiefer in ihr Fleisch schneiden, wenn sie sich bewegt (diese Gefühle entsprechen der bulimischen Störung: schneiden, blutig werden, Schmerz und Gefühl wird empfunden). Später stellte sich heraus, womit diese Gefühle zusammenhingen: mit der Beziehung zum Vater. Es fiel ihr nun erst auf, daß der Vater, wenn er sich von ihr verabschiedete, immer so "kalt wie ein Eisberg" ist.

Nicht selten kommt es vor, daß sich Mütter aus eigener

Bedürftigkeit immer wieder in das Leben der Töchter hineindrängen und sich "gutmeinend" besonders um sie kümmern wollen. Sie kommen wie mit einem Versprechen: "ich hab was für dich!" Doch haben sie keinen Inhalt, kommen mit leeren Händen, drängen sich auf, stellen ihnen nach. Sie möchten etwas geben, und brauchen auch im Grunde etwas für sich. Dieses Beziehungsmanko zu den eigenen Töchtern hat möglicherweise schon eine Generation früher begonnen, in der Beziehung dieser Mütter zu ihren Müttern, die unter dem Einfluß von Krieg, Ideologie und Zeitgeist in Europa gelitten hatte. Nach dem Krieg wurde der Beziehung eine größere Bedeutung als früher zugeschrieben, sowohl für Partnerschaft als auch insbesondere für Kinder. Zwar war nun die Bedeutung bewußt, aber man wußte nicht, wie Beziehungen gelebt werden konnten.

Dieser Hintergrund könnte die Zunahme der Bulimie in den letzten Jahrzehnten erklären: als Kinder in der Kriegszeit und in der frühen Aufbaugeneration nach dem Krieg litten die Mütter unter dem Beziehungsmangel im aufkommenden Bewußtsein um die Wichtigkeit der Beziehung. Nun kommen sie mit leeren Händen in die Beziehung zu ihren Kindern, bringen aber große Erwartungen mit ("man bräuchte - man müßte doch"). Doch sie darben selbst. Auf der Suche nach Beziehung stellen sie anderen nach und vermitteln aus dem eigenen Wunsch nach Beziehung oder auch aus der Verpflichtung (Bewußtsein der Notwendigkeit) Versprechungen. Was sie bieten können, ist ein materielles Angebot. Das ist heute erschwinglich, aber verführt – denn es bleibt die Leere darin. - Dies könnte eine Erklärung sein zur Frage, warum es in den Entwicklungsländern und in der Armut weniger Bulimie gibt: wegen der anderen Geschichte und wegen des geringeren Angebots (Fichter 2008, 36).

Hinter dieser Zuwendung wird Hilfestellung für die Mutter erwartet, und dies wird i.a. mehr von Töchtern erwartet als von Söhnen. Sich dagegen stellen und sich vor solchen Erwartungen zu schützen fällt den Töchtern eher schwerer als den Söhnen, weil sie sich auch von sich selbst aus zuständiger für Leben und Lebensqualität anderer Menschen fühlen.

Z.B. Die bulimische 27jährige Tochter könnte sehr gut alleine leben (sie wohnt unweit ihrer Herkunftsfamilie), aber sie wird dabei immer wieder gestört, weil sich die Mutter in ihr Leben hereindrängt und ihr z.B. ungefragt Schnitzel an die Türe hängt, Äpfel, Nüsse etc. Die Patientin ist diese nachstellende Übergriffigkeit so gewöhnt, daß sie in ihrer Beziehung auch vom Partner solches Verhalten toleriert und so schließlich in die Bulimie kam.

Die Abhängigkeiten bekommen einen besonders subtilen Charakter durch die innere Anbindung, die von den PatientInnen ausgeht. Wegen der großen Sehnsucht und Bedürftigkeit der PatientInnen fällt es ihnen schwer, sich die Realität einzugestehen: die ersehnte Zuwendung wird es nicht geben. Sie verharren in der Erwartung. Durch ihre Erwartung und stille Hoffnung, es vielleicht doch einmal zu erhalten, was sie sich wünschen, tragen sie selbst zur Diffusität und zum Bestand der Beziehung bei. Denn solche Beziehungen sind ob ihres fehlenden Realismus mehr Bedürftigkeit nach Beziehung als Beziehung selbst, mehr Traum als Wirklichkeit. Dazu kommt, daß solche Beziehungen oft durch Idealisierungen des unerreichten Menschen überhöht sind.

DIE SPEZIFISCHE LEIDENSURSACHE

Wir haben über ein Dutzend Bulimie-PatientInnen auf die Interaktionsinhalte zu wichtigen Menschen in ihrem Leben beleuchtet und phänomenologisch auf ihren Wesensinhalt hin untersucht. Dabei fanden wir als praktisch durchgehende Interaktionsform in den Beziehungen der Bulimie-PatientInnen ein double-bind Muster, das für die Entstehung der Bulimie bei diesen PatientInnen als zentral erschien. Die PatientInnen glaubten Zuwendung zu erhalten, nehmen sie an, öffnen sich ihr. In dieser Offenheit wird die folgende Enttäuschung umso schmerzlicher. Denn im Grunde ist diese Zuwendung keine Zuwendung, sondern erweist sich als Entwertung und Respektlosigkeit. Sie verletzt sie als Person. Da diese Verletzungen aber so zuwendungsvoll verpackt sind, fahren sie tiefer ein in ihr Erleben. Das Geschehen ist vergleichbar mit einem Dragee, das anfangs gut schmeckt und dann, wenn die Hülle aufgegangen ist, einen ekelhaften, abstoßenden Inhalt entleert, der zum Erbrechen führt. Diese Widersprüchlichkeit in einen Satz gebracht würde lauten:

Bulimie – die Erfahrung der in Zuwendung verpackten Abwendung (Ablehnung)

Diese Konstellation der Verletzung durch *Betrug* durch Menschen gilt in der Traumaforschung als besonders verletzend (wie beispielsweise sexueller Mißbrauch) und traumatisiert stärker als naturbedingte Traumata (Freyd 1996; vgl. auch Längle 2007). Aus der Ähnlichkeit der Störungsgenese ist es verständlich, daß PatientInnen mit Traumatisierungen oft auch bulimisch sind (Root, Fallo, Friedrich 1986; Oppenheimer, Howells, Palmer, Chalonner 1985). Solche Betrugserfahrungen zerstören Vertrauen und Beziehung, erschweren das weitere Sich-öffnen-Können und vermitteln: "Deine Gefühle sind nicht richtig, nicht recht, du fühlst falsch." Es geschieht ein massives Unrecht, weil der Mensch in einer Verheißung betrogen wird. Und zumeist handelt es sich nicht um ein singuläres Ereignis, sondern um Wiederholungen in den Beziehungen.

Es ist zumeist der Beziehungsrahmen als ganzes, der diese Struktur enthält: Beziehung zu verheißen, sie aber zu verstellen.

Z.B: Ein dreißigjähriger Mann erleidet immer wieder bulimische Attacken. Es findet sich als Auslöser stets Zuwendungsverhalten, in dem aber tiefe Ablehnung erfahren wird. Am stärksten – und zugleich das Modell dafür liefernd – ist diese Erfahrung, wenn sie während des Geschlechtsakts stattfindet. Da kommt es immer wieder vor, daß die Frau zu ihm währenddessen Sätze oder Kritik sagt, wie beispielsweise: "Du mußt erst reif werden, bist noch viel zu abhängig…" Nach solchen Erlebnissen wird er jedesmal bulimisch.

Ein anderes Beispiel: Ein Mädchen ist in Sprachferien in GB, wo sie vom Wahlonkel mehrfach sexuell mißbraucht wird. In ihrer Not ruft sie die Mutter an, die ihr sonst sehr zugetan ist. Auf diese Enthüllung hin reagiert sie aber scharf und sagt nur: "Red nicht so blöd!" – Als die Patientin in der Therapie erzählte, daß sie mit diesem Onkel für "diese Mutter" ein Geschenk kaufen ging, wurde ihr selbst beim Erzählen schlecht.

ZUR ROLLE DER ELTERN

Im Regelfall braucht es für die Entstehung der Bulimie die Beteiligung von *beiden* Eltern oder es braucht solche Konstellationen (z.B. Abwesenheiten), daß das Defizit des einen nicht durch den anderen Elternteil kompensiert wird.

Von Seiten der *Mutter* ist der Bulimie-Beitrag oft eine *nicht schützende* bzw. übergriffige, meist unreife Beziehung, die dem Kind nicht gerecht wird und nicht die Wärme und Konstanz bietet. Daneben spiegeln diese Mütter große Beziehungsfähigkeit vor, weil sie oft ihren Mann idealisieren.

Die Beziehung zum *Vater* ist für die Kinder oft *nicht greifbar* oder ebenfalls übergriffig. Auch hier handelt es sich zumeist ebenfalls um unreife Beziehungen, in der die Töchter idealisiert werden, aber stets unter drohendem Beziehungsabbruch (droht z.B. daß er nicht mehr bezahlt, weg geht oder will nichts mehr mit ihr zu tun haben, wenn sie sich nicht ihm gemäß verhält).

Z.B. Die 33jährige Patientin merkte schon ab dem 3. Lebensjahr, daß sie für das Wohlbefinden der Mutter verantwortlich ist, weil sich diese allein nicht im emotionalen Gleichgewicht halten konnte. Das Verlangen der Mutter überforderte das Mädchen und stellte einen kontinuierlichen emotionalen Mißbrauch dar. Bald nach der Pubertät kam die junge Frau in die Psychiatrie. Die Mutter besuchte sie nicht und redete erst wieder mit ihr, nachdem ihr die Tochter versprochen hatte, nicht mehr in die Psychiatrie zu kommen. Der emotionale Mißbrauch konnte sich fortsetzen, weil die Tochter in einer großen Abhängigkeit war in ihrer bedürftigen Suche nach einer Mutter und sich nicht eingestehen konnte, daß diese Frau keine Mutter für sie war und ist.

Therapeutisch braucht es in solchen Verhältnissen insbesondere der Klärung der emotional besetzten Beziehungen, der früheren ebenso wie der aktuellen. Es geht um die Bewußtmachung, daß ein Sich-Lösen von den Erwartungen der Mutter kein Mord an ihr darstellt. Die Bindung wird oft so stark empfunden, daß ein solcher Schritt einem vergleichbaren Verbrechen gleichkäme und einem daher in keinem Fall zustünde. Gleiches gilt für den anderen Pol der Beziehung. Wenn sich PatientInnen von den eigenen Erwartungen an die Mutter lösen, bedeutet das nicht automatisch, sie zu verlieren. Solche Empfindungen können zum Therapiehindernis werden, weil niemand im Grunde seine Mutter töten oder sie gänzlich für sich verlieren möchte.

Was allenfalls passieren kann,, käme einem "Töten" des *Bildes* von ihr gleich, wenn sich eben feststellte, daß diese Frau aufgrund ihres Verhaltens sich nicht als Mutter erwies, und daher "keine Mutter" ist. Jedenfalls erweist es sich oft als zentrales Problem, daß es schwierig ist, sich von einer Mutter losreißen zu können. BulimikerInnen brauchen eine Mutter.

- zunächst den/die TherapeutIn,
- dann die reife Selbstzuwendung,
- schließlich kann es eine gute *Außenbeziehung* werden, in der das mütterliche Element enthalten ist.

Außerdem braucht es klare Zuständigkeiten in den Aufgaben: wenn es der (realen) Mutter schlecht geht und man

weiterhin in Kontakt mit ihr wäre. Wenn sie z.B. wieder Herzinfarkt-Angst bekommt oder ein Asthma, soll nicht mehr die Tochter für sie zuständig sein, sondern ein Arzt oder andere Personen. Diese Menschen sollen als neue, tragende Beziehung zur Entlastung der PatientInnen eingeführt werden.

SPANNUNG

Die Spannung spielt im Geschehen der Bulimie eine große Rolle. Es soll daher zusammenfassend noch der Frage nach ihren diversen Ursprüngen nachgegangen werden. – Woher kommt die Spannung?

- 1. Nicht fassen können der Inhalte in den diffusen *Bezie-hungsmustern* zu anderen Menschen.
- 2. Aus der Blockade der personalen Verarbeitungsprozesse ("Verstopfung der PEA"):
 - a) In der Innenwelt: Das nicht geborgene eigene Gefühl führt zu einem Mißbehagen, weil die Verarbeitung nicht weiter geht; Blockadegefühl.
 - b) In der Außenwelt: Die gespürte Stimmigkeit kann nicht geäußert werden, oder wenn, wird das Empfundene in Abrede gestellt.
- 3. Das ständige Erfahren von "in Zuwendung verpackter Abwendung".
- 4. Beziehungshunger und Einsamkeit.
- 5. Gier die Sucht-Spannung
- 6. Spannung, das Gefühlte, *Gespürte nicht fassen* zu können, weshalb es im Essen greifbar gemacht wird. Gleichzeitig bekommt man doch dabei zu spüren, daß es nicht das Essen ist, was sie suchen.
- 7. Die Spannung, mit sich zu sein und sich *nicht zu fühlen* bzw. zu starke, unüberwindliche Schmerzen (Erinnerungen) zu fühlen.
- Gegessen zu haben, und *nicht satt* geworden zu sein, was das Essen als Enttäuschung entpuppt und es dem Erbrechen zuführt.
- 9. Dazu kommen diverse Ängste und Aggressionen.
- 10. Die Suchtbasis in der Bulimie hängt mit einem so großen Darben zusammen, das das Gefühl macht, daß man damit nicht überleben kann.

Verbreitung (Prävalenz) der Bulimie: 1 – 4 % der Bevölkerung leiden unter Bulimie – im Vergleich dazu fallen unter "nicht näher bezeichneten Eßstörungen" 13 % (Binge-Eating-Syndrom, subsyndromale Eßstörungen) (Bräutigam, Christian 1997).

ALLGEMEINE THERAPIE-ANSÄTZE

Die Behandlung der Bulimie beginnt im existenzanalytischen Rahmen wie bei den meisten Therapieformen mit der Schilderung des Eß- und Brechverhaltens. Die Vorgangsweise ist wie bei jeder Suchtbehandlung: Klärung des Verlaufs, der Modalitäten usw. (Seit wann besteht die Sucht? Wann tritt sie auf, unter welchen Umständen? ... Was wurde schon versucht, was hat geholfen? Welche eigene Sicht besteht über die Ursachen der Sucht?) Wir schließen gerne eine Reflexion über den Umgang mit Essen an und überlegen gemeinsam mit den PatientInnen Verhaltensmaßnahmen und Planung zur Reduktion der Suchtgefahren. Auch empfehlen wir eine psychiatrische Abklärung mit evtl. Medikamentengabe bzw. stationärer Behandlung.

Nach diesem allgemeinen Management der Krankheit wird spezifisch entsprechend der 2. GM eine *Beziehungsanalyse* betrieben:

- a) In welchen Außenbeziehungen steht der/die PatientIn? Welche Beziehungen tun gut, welche sind problematisch? Welche Haltungen werden dem/der PatientIn entgegengebracht? Evtl. Beiziehen der Familie oder des Partners.
- b) In welcher *Innenbeziehung* steht der /die PatientIn? Kann er/sie sich selbst Zuwendung geben? Wie, was hilft ihm dabei? Selbstzuwendung üben.

Später soll es eine Vertiefung der 2. GM geben, wo es um das *Lebensgefühl* geht. Wo glaubt der/die PatientIn, das Lebensgefühl gestärkt zu bekommen? Wo erholt er/sie sich, was tut ihm/ihr gut, was tut er/sie gerne, wie oft tut er/sie es? Was gibt ihm/ihr Kraft?

Parallel dazu, oder auch in der Folge wird an der 3. GM gearbeitet, an der inneren Spannung und an den psychischen Schmerzen: Arbeit an der Abgrenzung und Eigenständigkeit, an Verletzungen und Stärkung der personalen Autonomie (mit Fragen wie: Was schmerzt in seinem/ihrem Leben? Wo entstehen Spannungen? Wie können sie mit ihnen besser umgehen als bisher? usw.)

Außerdem gehört zu dieser GM die genaue Schilderung der Eß- und Brechattacken, mit der eine Bearbeitung der Selbstannahme einhergeht, da die Schilderung der Attacken i.a. schambesetzt ist.

Zur Verarbeitung der anstehenden Themen kommt die PEA (Längle 2000) zum Einsatz. Mit ihr sollen die behinderten Prozesse angestoßen werden und Schmerz und Spannungen integriert werden. Auch Werte und Inhalte sollen fühlbar, Copingreaktionen mobilisiert werden (z.B. kann eine diffuse Spannung in Aggression übergeführt werden, um sich so besser den Hunger verstehen zu können und fühlbar zu machen, was der Schmerz ist, der mit Essen betäubt werden soll).

Oft wird erst nach der Bearbeitung des Schmerzes klar, von wo die "in Zuwendung verpackte Abwendung" bzw. Aggression herkommt. Dann ist die tiefste Ursache des Leidens in der Bulimie erreicht. Durch die Erarbeitung wirklicher Stellungnahmen kann dann eine Neubegründung und

anschließend eine Verfestigung der eigenen Existenz geschaffen werden.

Für die *symptomatische* Bulimie reicht die Aufarbeitung der zugrundeliegenden Probleme aus. Die Bulimie braucht nicht direktes Thema sein. – Bei den selteneren Fällen, bei denen der *Suchtcharakter* imponiert, ist als weitere begleitende Maßnahme die explizite Suchttherapie notwendig: Tagesstruktur, prophylaktische Maßnahmen, Elemente zur Selbst-Distanzierung, Arbeit mit Zustimmung zur realen Grenze des Nicht-Könnens usw.

Das Verständnis der Bulimie zeigt ein Leiden, das durch die psychosomatische Grundstruktur und ihrer Verankerung in der 2. und 3. GM eine spezielle Affinität zum Essen hat. Essen hat eine lebensnährende Funktion, wodurch es zur Entspannung in der Lebensbezüglichkeit kommt (2. GM). Durch die Aneignung des Essens im Schluckakt bedeutet es zugleich eine Aktivierung des Eigenen (3. GM). Wenn Essen aber wieder zur Entfremdung führt bzw. sogar als (psychische) Schädigung erlebt wird, schafft das Erbrechen eine psychische Erleichterung, abgesehen von der physischen Spannungsreduktion. Eine Behandlung, die auf diesen psychopathogenetischen Hintergrund der Bulimie eingeht, steuert eine ursächliche Verbesserung des Leidens an. Kann die psychische Spannung reduziert werden, geht zumeist auch das Süchtige in der Bulimie zurück – nur in wenigen Fällen ist eine spezielle Suchtbehandlung gleichzeitig oder im Anschluß erforderlich. – Die A ufgabe der Behandlung besteht darin, den Bulimie-Kranken in ihrem versperrten Zugang zur Innerlichkeit zu helfen - im Zugang zu einem Lebensgefühl und zum authentisch gespürten Sich-selbst-Sein. Dann kann ihr Leben aus dem Getriebensein in eine ihnen gemäße Existenz und damit zur Erfüllung kommen.

Literatur

- Balogh C (2012) Gefühle töten nicht. Strukturbezogene existenzanalytische Therapie einer Bulimie-Patientin. In: Existenzanalyse 29, 1, 61-66
- Bauer J (2006) Das Gedächtnis des Körpers. München: Piper
- Becker AE (1995) Body, Self, and Society: The View from Fiji. Philadelphia: Univ of Pennsylvania Press
- Becker AE (2004) Television, disordered eating, and young women in Fiji: Negotiating body image and identity during rapid social change. Culture, Medicine and Psychiatry; 28:533-59
- Bräutigam W, Christian P (1997) Psychosomatische Medizin. Stuttgart: Thieme, 6. Aufl.
- Fichter M (2008) Magersucht und Bulimie. Mut für Betroffene, Angehörige und Freunde. Basel: Karger
- Fleisch S (2012) Existenzanalytische Gruppenarbeit zur Persönlichkeitsentwicklung und Selbsthilfe bei Essstörungen. In: Existenzanalyse 29, 1, 67-75
- Freyd JJ (1996) Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press
- Koch C (2012) Vom leeren Teller zum gedeckten Tisch. In: Existenzanalyse 29, 1, 56-60
- Kohler E (2012) Und das Heroin hüllte sie in einen Schutzmantel. In: Existenzanalyse 29, 1, 25-29
- Längle A (2000) (Hrsg) Die Personale Existenzanalyse (PEA). Wien: Facultas

- Längle A (2007) Trauma und Existenz. In: Psychotherapie Forum 15, 3, 109-116
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29-180
- Längle A (2009) Das eingefleischte Selbst. Existenz und Psychosomatik. In: Existenzanalyse 26, 2, 13-34
- Längle A (2011) Sexualität die Lust am Leben. Was in der Sexualität gesucht und gefunden werden kann. In: Bach D, Böhmer F (Hrsg)
 Intimität Sexualität, Tabuisierung im Alter. Wien: Böhlau,
 13-36
- Root M, Fallo P, Friedrich W (1986) Bulimia: system approach to treatment, New York: Norton
- Oppenheimer R, Howells R, Palmer RL, Chalonner DA (1985) Adverse sexual experience in childhood and clinical eating disorders: a preliminary description. J Psychiat Res, 357-361

Anschrift der Verfasser:

Per Adresse PD DDr. Alfried Längle Ed. Sueβ-Gasse 10 A-1150 Wien alfried.laengle@existenzanalyse.org

VOM LEEREN TELLER ZUM GEDECKTEN TISCH

CHRISTINE KOCH

Nach einem kurzen Überblick über Essstörungen (ohne Bezugnahme auf Adipositas) wird die Fallgeschichte und Therapie einer Klientin beschrieben, die unter Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) leidet. Obwohl am Beginn der Erkrankung eine Anorexia nervosa (Magersucht) stand und es immer wieder zu anorektischen Phasen kam, liegt der Fokus auf der aktuellen und vorherrschenden Diagnose "Ess-Brech-Sucht". Sequenzen einzelner Sitzungen und Interventionen sollen die therapeutische Arbeit verdeutlichen. Zusammenfassend werden die Entstehung und die Auswirkungen der Störung beschrieben und auch die Comorbiditäten wie Zwang und Depression beleuchtet.

SCHLÜSSELWÖRTER: Essstörungen, Grundmotivationen, PEA

FROM AN EMPTY PLATE TOWARDS A COVERED TABLE

Following a brief overview of eating disorders (without reference to adipositas) a case history and therapy of a client suffering from bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) is described. Even though illness started with anorexia nervosa and anorexic phases repeatedly occurred, the focus lies on the current and dominant diagnosis "Ess-Brech-Sucht". Sequences of sessions and interventions elucidate the therapeutic work. In summary, origin and effects of the disorder are described, and co-morbidities such as compulsion and depression examined.

KEYWORDS: eating disorders, fundamental motivations, PEA

ANOREXIE UND BULIMIE – EIN KURZER ÜBERBLICK

Die Gründe für Essstörungen, zu denen auch die "Ess-Brech-Sucht" gehört, können individuell sehr verschieden sein; wie bei anderen psychosomatischen Erkrankungen werden bio-psycho-soziale Faktoren für ihre Entstehung angenommen. Auch die Vulnerabilität der Persönlichkeit scheint eine Rolle zu spielen. Es wurden bis jetzt keine genetischen Dispositionen nachgewiesen, aber in den Familien der Betroffenen findet sich gehäuft problematisches Essverhalten (die Vorbildwirkung ist hier sicher auch zu beachten). Möglicherweise kommt dem Neurotransmitter Serotonin eine wichtige Funktion bei der Regulierung der Nahrungsaufnahme zu.

Am häufigsten tritt die Störung bei adoleszenten Mädchen und jungen Frauen auf, aber zunehmend wird auch bei heranwachsenden Burschen und jungen Männern eine Essstörung (vor allem Anorexie) diagnostiziert. Das ist auch in der Öffentlichkeit bei manchen Hochleistungssportlern auffällig geworden; um dem entgegenzuwirken wird z. B. bereits ein Minimalgewicht für Schispringer diskutiert.

Psychopathologisch sind Anorexia nervosa und Bulimia nervosa vergleichbar und unterscheiden sich vordergründig durch den unterschiedlichen Umgang mit Nahrung, die aber immer als "dickmachend" erlebt wird. Im Gegensatz zur typischen Magersucht, bei der die Nahrungsaufnahme weitestgehend eingeschränkt und möglichst vermieden wird und das Erscheinungsbild durch Unterernährung gekennzeichnet ist, kommt es bei der Ess-Brech-Sucht zu wiederholten, unkontrollierbaren Essattacken mit anschließendem, selbstinduzierten Erbrechen. Dieses Verhalten wird "heimlich" gelebt, und weil das Körpergewicht bei bulimischen Patienten meist im Normalbereich, manchmal auch darüber liegt, fällt die Störung oft nicht auf. Bei beiden Essstörungen zeigt sich häufig, dass auch andere Möglichkeiten der Gewichtsreduktion rigoros durchgeführt werden (Diuretika, exzessiver Sport, Appetitzügler etc.).

Bei beiden Erkrankungen liegen ein gestörtes Körperbild, pathologische Furcht, zuzunehmen und übermäßige Beschäftigung mit Essen und dem eigenen Körpergewicht

vor. Die Essstörungen können alternierend auftreten, was häufig der Fall ist, und haben Auswirkungen unterschiedlichen Schweregrades auf körperliche Funktionen und Folgeschäden.

Magersüchtige empfinden die Möglichkeit, die Selbstkontrolle soweit ausüben zu können, dass sie fast nichts mehr essen, eher als Macht – über den eigenen Körper, aber auch über ihre Umwelt. Sie werden *unangreifbar* im übertragenen wie im eigentlichen Sinn des Wortes.

Die Bulimie löst hingegen eher Scham aus, weil man sich nicht "beherrschen" kann, die Befriedigung der Heißhungerattacken wird als maßlose Gier erlebt, die umgehend zu Übelkeit und (Selbst-)Ekel führt.

Möglicherweise spielt auch Dissoziation eine nicht unerhebliche Rolle. Anfallsartige Essattacken, in der Fachliteratur als "Binge eating" beschrieben, treten nur dann auf, wenn die von der Störung betroffene Person alleine ist. Sie gehen mit tranceartigen dissoziativen Zuständen einher und bieten keinerlei Genuss. "Bei den Patienten mit *Binge eating disorder* ist unklar, ob sie mit den Essattacken einen Ausweg aus dem unerträglichen Gefühl der Dissoziation suchen (wobei sie diesen Ausweg kurzfristig vielleicht auch finden) oder ob die Dissoziation die Ursache des Geschehens ist und im Beginn des Essanfalls ihren eigentlichen Ausdruck findet." (Bauer 2007,190)

Im ICD 10 werden Essstörungen (F50) unter Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren diagnostiziert.

Betrachtet man Anorexie und Bulimie auf der Grundlage der existenzanalytischen Grundmotivationen, fällt auf, dass die Defizite der Selbstwahrnehmung und des Selbstwertgefühls (3. GM) von mangelnder Beziehungsfähigkeit, nicht nur zum eigenen Körper, ergänzt werden (2. GM) und sich auch Unsicherheit, innere Unruhe und Zwangssymptome (1. GM) finden. Das Erleben von Sinn und Werten (4. GM) erscheint weitgehend eingeschränkt und wird ersetzt durch die Idealvorstellung des "formbaren" Körpers.

ESSEN ZWISCHEN ASKESE UND SUCHT: EINE FALLGESCHICHTE

Anna, 29 Jahre alt, groß, schlank und auffallend attraktiv, kommt auf Überweisung ihres Hausarztes wegen ihrer Essstörung in Therapie. Sie berichtet, dass sie – manchmal mehrmals täglich, "je nach Gelegenheit" - heftigen Essattacken mit anschließendem Erbrechen ausgesetzt ist, wobei die Nahrungsaufnahme "maßlos" sei. (Die Erwähnung "je nach Gelegenheit" führt uns im Verlauf der Therapie zu wesentlichen Einsichten, die wenig mit Essen aber sehr viel mit psycho-sozialen Defiziten zu tun haben.) Der Heißhunger kommt überfallsartig, allerdings isst sie dabei nicht völlig planlos: schon beim Einkauf (!) der Nahrungsmittel achtet sie darauf, was "leichter" wieder zu erbrechen sein wird. Sie kauft große Mengen von "verbotenen", das heißt "wertlosen, schlechten", sehr kalorienreichen Lebensmitteln. Anna kennt sich gut aus mit Nährwert, Vitamingehalt usw. Es fällt sofort auf, dass sie sich nichts "gönnt", wie sie auch selbst sagt; sie frühstückt nicht, isst tagsüber kaum und beschränkt sich höchstens auf etwas gekochtes Gemüse, Salat und (wenige) Vollkornprodukte. Ihre Ess-Brech-Attacken treten abends und an den Wochenenden auf und immer nur, wenn sie alleine ist. Sie war seit Jahren nicht mehr auswärts essen und vermeidet es konsequent, ihr Essverhalten sichtbar werden zu lassen. Niemand ahnt, dass sie unter Bulimie leidet.

Für Anna ist Essen eine entweder ungeliebte, einsame Selbstbeschränkung oder eine ebenso ungeliebte, weil wegen ihrer "Gier" schambesetzte Unkontrollierbarkeit. Das Verschlingen großer Mengen von sonst verpönten Speisen bereitet ihr keinesfalls einen Genuss. Sie erlebt das Essen eher als Zwang und ebenso zwanghaft "muss" die Nahrung wieder erbrochen werden. Hunger, den sie allerdings nicht als solchen wahrnimmt, sondern eher als Sucht nach Essen erlebt, begleitet sie ständig genauso wie die schreckliche Angst, zuzunehmen.

Die junge Frau lebt allein, hat mehrere problematische Beziehungen hinter sich und einen Freund, mit dem sie auch aktuell nicht glücklich ist. Aus Angst vor dem "Alleinsein" will sie sich aber nicht von ihm trennen, obwohl sie sich oft ausgenützt und vernachlässigt fühlt. Ihr Verhältnis zu ihm ist höchst ambivalent, denn im Notfall sei er doch immer für sie da. Sie hat eine gute Verbindung zu ihrem um drei Jahre jüngeren Bruder, der sie unterstützt, auch materiell. Ihre Mutter ist vor sieben Jahren nach sehr langer Krankheit gestorben, der Vater hat die Familie fünf Jahre vor dem Tod der Mutter verlassen und später wieder geheiratet. Sie hat kaum Kontakt zu ihm, die wenigen Treffen oder Telefonate sind für sie von Vorwürfen, Abwertung und Kritik durch ihn geprägt.

Anna ist berufstätig und recht erfolgreich. Sie hat sich zur Abteilungsleiterin hochgearbeitet, hat allerdings auch da immer wieder Schwierigkeiten mit KollegInnen und ihrem Chef, weil sie sich nicht genügend wertgeschätzt und beachtet fühlt. Außerdem kommt sie mit ihrem Gehalt kaum aus, auch weil sie nach eigenen Angaben sehr viel für Lebensmittel ausgibt. "Ich habe bestimmt schon einen Kleinwagen verfressen und gekotzt!", sagt sie. Ihre Stimme ist dabei voller Selbstverachtung und Selbsthass.

PSYCHOPATHOLOGIE UND PSYCHOPATHO-GENESE

Aktuell ist die Bulimie manifest, in der Vorgeschichte finden sich auch Phasen von Anorexie, die erstmals aufgetreten ist, als sie knapp sechzehn Jahre alt war. Am Beginn stand eine bewusst exzessiv durchgeführte Diät, zu der nach einiger Zeit ebenso exzessives Jogging hinzukam. Da die Gewichtsreduktion schließlich auffällig wurde, sorgten ihre Eltern für die erste stationäre Behandlung. Die Besserung ihres Zustandes führt sie darauf zurück, dass sie freiwillig wieder gegessen hat, weil sie "so schnell wie möglich wieder nach Hause wollte". Bald darauf lernte sie ihren ersten Freund kennen, das stabilisierte ihr Befinden über mehrere Monate. Anna sagt: "Er hat sich sehr um mich gekümmert, hat mich mit Süßigkeiten und Kuchen gefüttert. Das hat mir schon gut getan! Aber dann hat er aus heiterem Himmel Schluss gemacht, und ich bin total abgestürzt."

Durch die für sie traumatische Trennung kam es zu einem Rückfall, den aber niemand bemerkte, weil ihre Mutter, die immer schon leidend war, ungefähr zu dieser Zeit schwer erkrankte. Der Vater erwies sich mit der Situation völlig überfordert und hilflos, schließlich kam es zur Scheidung der Eltern. (Mit Bitterkeit in der Stimme sagt sie: "Er ist einfach verschwunden!") Sie übernahm großteils die Pflege ihrer Mutter und die Versorgung des jüngeren Bruders, unbedankt und nicht wahrgenommen in ihren eigenen Bedürfnissen. Anna entwickelte damals Zwangssymptome, die über die Jahre andauerten. Möglicherweise aus der Notwendigkeit, für Sauberkeit zu sorgen, hat sie Putzrituale eingeführt und eine Schmutzphobie entwickelt. Dieses pathologische Verhalten wurde durch einen tiefen Halt-Einbruch verursacht, der durch die ständige physische und emotionale Überforderung und das "Verschwinden" des Vaters, von dem sie sich im Stich gelassen fühlte, entstand.

Anna fühlte sich schon als Kind verantwortlich für die familiäre Atmosphäre, sie entlastete ihre Mutter, die wegen ihrer schweren rheumatischen Erkrankung die Versorgung der Familie nur mit Annas Hilfe schaffte. Ihren Vater erlebte sie als streng und "genervt" von den Ansprüchen der Kinder und der mangelnden Lebenstüchtigkeit seiner Frau. Die Stimmung in der Familie war gedrückt, angstbesetzt, kalt und lieblos. Anna bemühte sich, ihren kleinen Bruder vor den Ausbrüchen der Mutter, die sich in weinerlichem Jammern äußerten, und der nicht nur verbalen Gewalttätigkeit des Vaters zu schützen. Emotionaler Druck waren ebenso an der Tagesordnung wie Schläge. Anna wollte "immer brav sein". In diesem Zusammenhang schildert sie die häuslichen Rituale des Essens, die für sie viel mit Zwang zu tun hatten. Die Gefühle, die sie dabei erlebte, kann sie nicht benennen, aber sie versucht sie in einer Zeichnung auszudrücken:

An einem riesigen Tisch sitzt, ganz verloren und als Strichmännchen skizziert, ein winziges Kind, von dicken Tränentropfen umgeben. Vor ihm ein überdimensionierter Teller, fast doppelt so groß wie das Kind. An den Rändern des Blattes ist mit wenigen Strichen die Kücheneinrichtung angedeutet, in einer Ecke, dem Tisch gegenüber, steht eine riesenhafte Mutter. Anna hat mit Bleistift gezeichnet, nur die Tränen sind blau gemalt. Das Bild wirkt seltsam leblos, leer und kalt bis auf die Tränen des Kindes.

In Annas Kindheit fehlen liebevolle Beziehungen, dafür versucht sie mit angepasstem Verhalten den Familienfrieden halbwegs aufrechtzuerhalten. Als sie in die Pubertät kommt, versucht sie Aufmerksamkeit durch körperliche Attraktivität zu erhalten. In der Schule gelingt das zum Teil, nicht immer zu ihrem Vorteil. Es gibt sexuelle Übergriffe von älteren Schulkollegen, die sie erst viel später als solche begreift. Sie hat keinen Freundeskreis, weil sie aus Rücksicht auf ihre Mutter niemanden nach Hause mitbringen darf und andere Kontakte durch ihre häuslichen Pflichten erschwert werden. Sie kämpft mit dem Gefühl, nicht akzeptiert zu werden und führt das darauf zurück, nicht dem gängigen Schönheitsideal zu entsprechen; sie findet sich zu dick.

Anna beginnt eine Diät und fängt mit dem Laufsport an. Die Beziehung der Eltern wird immer schlechter, Anna magert immer mehr ab. Die erste stationäre Behandlung und die Diagnose "Anorexia nervosa" erlebt sie als schwere – und ungerechte – Strafe.

In der Familie wird der personale Umgang miteinander nicht gelebt, sondern durch erzwungenes Funktionieren ersetzt. Das Spüren, Kommunizieren und Aushalten eigener Gefühle hat Anna in dieser Atmosphäre nicht gelernt, sie orientierte sich an ihrer Umgebung und wurde sich selber dabei fremd – und einsam.

DIE THERAPIE

Als Anna von ihrem Hausarzt überwiesen wird, hat sie bereits mehrere Jahre Psychotherapie und drei stationäre Aufenthalte wegen ihrer Essstörung hinter sich, der letzte Spitalsaufenthalt liegt erst drei Wochen zurück. Sie hat ihn vorzeitig abgebrochen. Ihr Arzt hat ihr dringend geraten, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, und so kommt sie eher unschlüssig, ob sie selber das wirklich will, zum Erstgespräch. Nach einem eventuellen Therapieziel gefragt, sagt sie, dass sie "schon einen Weg aus der Essstörung" finden möchte. Dieses "schon" zeigt einerseits, dass Anna keineswegs sicher ist, ob sie auf die Bulimie "verzichten" will - sie hat schließlich das Gefühl, dass sie nur so ihr Gewicht wenn nicht reduzieren, so zumindest auf gleichem Niveau halten kann, was ihr ungeheuer wichtig ist. Sie fürchtet auch, dass sie wieder in eine anorektische Phase kommen könnte. Andererseits besteht genug Krankheitseinsicht, die sie vermutlich den vorausgegangenen Behandlungen verdankt, auch wenn sie sich eher unzufrieden darüber äußert.

Bei diesem ersten Gespräch, das eine Doppelstunde in Anspruch nimmt, erfahre ich in groben Umrissen ihre Lebensgeschichte und ihre Frustration über ihre aktuelle, schwierige Beziehung zu ihrem Freund, über ihre Probleme im beruflichen Umfeld und über ihre Wut auf den abweisenden Vater. Sie spricht auch über den nie überwundenen Schmerz über den Tod ihrer Mutter, die sie jahrelang aufopferungsvoll betreut hat. Sie hatte ihr eigenes Leben ganz auf die Bedürfnisse ihrer kranken Mutter ausgerichtet, außer ihrer Arbeit gab es für sie lange Zeit nur die Pflege und Versorgung des Haushaltes. Auch als sie längst ihre eigene Wohnung hatte, änderte sich daran kaum etwas. Morgens vor Bürobeginn, in der Mittagspause und nach Büroschluß kümmerte sie sich um die Mutter, die jede andere mögliche Betreuung

ablehnte. Ihre sozialen Kontakte waren dadurch sehr eingeschränkt, was auch die Beziehung mit ihrem damaligen Freund sehr belastete, der wenig Verständnis für ihr Verhalten hatte. Der Tod der Mutter hinterließ eine große Leere in ihrem Leben, die Essstörung trat verstärkt als anorektische Phase wieder auf und führte zum zweiten Spitalaufenthalt. Dass sie den an sich schmerzlichen Verlust auch als Befreiung erlebte, macht ihr immer noch Schuldgefühle.

Anna wirkt überrascht, als ich ihr sage, wie schade ich es finde, dass es so wenig um sie und um ihre Bedürfnisse ging in ihrem Leben. Und dass ich die Bulimie für ein Symptom halte, das ihr etwas sagen will und das eine Bedeutung hat. Wäre es gut, das verstehen zu lernen? Ein wenig Interesse regt sich bei Anna, und außerdem leidet sie wirklich sehr unter dem Erbrechen, das auf die Essattacken folgt. Im Moment passiert das mehrmals täglich, ganz schlimm ist es an den Wochenenden. Dass es bereits Folgeschäden gibt (Reflux, Auswirkungen auf die Zähne) erschreckt sie auch.

Anna entschließt sich nach diesem Erstgespräch zur Therapie, die dann insgesamt knapp zweieinhalb Jahre gedauert hat, mit wöchentlichen Sitzungen und größeren Abständen im letzten halben Jahr.

In der ersten Phase der Therapie steht die problematische Beziehung zu ihrem Freund im Vordergrund, die sie als Wiederholung früherer Beziehungen erlebt: sie fühlt sich dabei ziemlich machtlos, orientiert sich an den Wünschen dieses Mannes und wagt es nicht, eigene Bedürfnisse ihm gegenüber zu äußern. Sie fürchtet, dass sie die Beziehung dadurch gefährden würde und hat panische Angst davor, verlassen zu werden. "Ich kann nicht allein sein!" – als wir uns dem zuwenden wird deutlich, dass sie im Grunde nur die Illusion aufrecht erhält, nicht allein zu sein, aber nicht wirklich Beziehung lebt.

Th: Anna, haben Sie ein Beispiel dafür, wo Sie sich so hilflos fühlen und sich nicht sagen trauen, was Sie gerne möchten? *A:* Er kommt einfach nur, wenn er grad will und dann muß ich da sein...

Th: Sie müssen dann da sein? Geht das denn überhaupt?

A: Na also ... er ruft an und sagt, dass er in einer halben Stunde zu mir kommt ... ich kann mir eigentlich nie etwas vornehmen, aber ich hab' eigentlich eh nichts vor. Im Grunde warte ich immer nur auf ihn. Und wenn ich nein sagen würde ...

Th: Wenn Sie nein sagen würden, was wäre dann?

A: Ich hätte Angst, dass er dann beleidigt ist. Und mich das dann spüren lässt, dann rührt er sich wieder länger nicht, und ich fühl' mich so alleingelassen. Ich kenne das ja, wenn ihm was nicht passt, dann kommt er einfach nicht oder er geht gleich wieder, obwohl er gesagt hat, dass er bei mir bleiben wird. Das ist so schrecklich, und ich kann gar nichts tun.

Th: Anna, wie ist das für Sie, wenn Sie das so erleben, dass sie gar nichts tun können und die Situation so schrecklich für Sie ist? Was ist das für ein Gefühl?

A: Ich fühl' mich hilflos ... so klein...und es tut weh.

Th: Was tut da so weh?

A: Das Gefühl, ... ja, ich fühl mich so verlassen, er geht einfach und ich bin wieder allein ... und dass ich selber schuld bin ...

Anna denkt eine Weile nach, sie ist in ihrem Sessel zusammengesunken, sie wirkt auch wie ein kleines, verlassenes Kind. Dann hebt sie den Blick und sagt: "Eigentlich kenne ich das gut – das war schon immer so. Meine Mutter wollte, dass ich meinen Beruf aufgebe und mich nur mehr um sie kümmere, wie's ihr dann so schlecht gegangen ist, sie hat furchtbare Schmerzen gehabt ... aber das konnte ich doch nicht! Ich muss doch auch von was leben! Sie hat mich nicht mehr angeschaut, nur das Notwendigste mit mir gesprochen. Überhaupt, wie ich von einem Pflegeheim gesprochen habe, da war's dann ganz aus. Mir war das alles zu viel, ich konnte sie nicht so pflegen ...Und dann ist sie gestorben..."

Die schwierige und ambivalente Beziehung zu ihrer Mutter, die sie wie ein Muster wiederholt, beschäftigt uns die nächsten Stunden. Sie spricht über ihr Bemühen, es der Mutter recht zu machen, aber auch über ihre unterschwellige Wut darüber, dass es "nie genug" war, dass sie nie die Anerkennung bekam, die sie sich wünschte. Sie sieht einen Zusammenhang mit dem Gefühl, für ihre Mutter "nicht gut genug" gewesen zu sein und einem ganz ähnlichen Erleben in der Beziehung zu ihrem Freund.

A.: Wenn er mich so warten lässt und ich nichts tun kann, das ist schrecklich. Er kommt und geht, wie es ihm passt, ich würde das Wochenende so gern mit ihm verbringen, aber er geht lieber Motorradfahren mit seinen Freunden – und wenn ich was sage, wird er bös'.

Th.: Was würden Sie in so einer Situation denn am liebsten tun?

A.: Was ich immer tu: ich stopfe mir Essen rein, bis mir schlecht ist.

Th.: Anna, wenn Sie jetzt so darüber reden und dem mit ein bißchen Abstand noch einmal nachspüren, wonach wäre Ihnen da eigentlich?

A.: Ich würd' am liebsten schreien!

Th.: Was sagt Ihnen M. (ihr Freund) denn mit seinem Verhalten? Was kommt da bei Ihnen an?

A.: Dass es für ihn so bequem ist ... es geht gar nicht um mich ...

Anna hat den Eindruck, dass sie nicht wichtig ist für ihren Freund und sie weiß, dass es da einen Zusammenhang gibt mit ihrer Essstörung, aber verstehen kann sie es nicht. Sie spürt nur den Zwang zum Essen, und sie verachtet sich dafür. Alleinsein ist für sie unerträglich und an den Wochenenden wird das noch deutlicher spürbar, weil sie nicht durch den beruflichen Alltag abgelenkt wird. Außerdem ist die freie Zeit während der Woche durch ihre Zwänge ausgefüllt. Sie "muss" ihren Haushalt in einer ganz bestimmten, immer gleichen Weise besorgen, täglich putzt sie ihre Wohnung ganz gründlich, erst dann macht sie sich etwas zu essen. Nicht immer schafft sie es, sich mit den "erlaubten" Nahrungsmitteln zu begnügen und stopft sich mit ihren Vorräten voll, um anschließend das alles wieder zu erbrechen. Manchmal auch mehrmals an einem Abend.

Th.: Anna, verstehen Sie, dass Sie eigentlich schreien möchten – das, was da so schrecklich für Sie ist, herausschreien ... *A.*: Ja, das verstehe ich schon. Wahrscheinlich wär's auch

besser als alles zu schlucken ... so wie das Essen ... und dann zu kotzen ...

Ich vermute, dass Anna die innere Leere unbewusst mit den maßlosen Mengen an Essbarem auszufüllen versucht. Am Beginn der nächsten Sitzung bemühe ich mich, ihr spürbar zu machen, dass sie eigentlich etwas ganz anderes braucht:

Beim Zugang zu meiner Praxis stehen viele Blumen in Töpfen, Anna schaut sie jedesmal an und macht irgend eine Bemerkung dazu. Ich habe eine dieser Pflanzen ein paar Tage nicht gegossen, sie hängt traurig in ihrem Topf. Als Anna kommt, fällt ihr das sofort auf. "Oh, die verwelkt ja!" sagt sie. "Möchten sie ihr helfen?" Ich habe einen Apfel in kleine Stückehen geschnitten und gebe ihn ihr. Sie schaut mich verständnislos an. "Na, wollen Sie die Blume nicht versorgen?" "Aber die braucht doch … hm..." (Wenn Anna die durstende Pflanze nicht erwartungsgemäß wahrgenommen hätte, hätte ich sie darauf hingewiesen, um dieses kleine Experiment durchführen zu können.) Nachdem sie Platz genommen hat, sagt sie: "Ich hab's verstanden. Mir fehlt auch was anderes als Nudeln und Pudding!"

Je mehr Anna sich selbst und ihrer Lebensgeschichte, den schmerzhaften Defiziten und Verlusten zuwenden kann und lernt, sich ernst zu nehmen und zu sich zu stehen, umso seltener werden ihre Fressanfälle. Sie ist stolz darauf, tagelang keine Essattacken gehabt zu haben und geht wieder laufen, was ihr viel Freude macht. An den Wochenenden hat sich das problematische Ess-Brech-Verhalten aber kaum geändert, auch weil die Beziehung mit ihrem Freund immer noch unbefriedigend ist und die innere Leere spürbar wird, weil es kaum Ablenkung durch Aktivitäten gibt.

Dazu trägt auch bei, dass sie ihre zwanghaften Putzrituale weitgehend aufgegeben hat, deshalb aber auch über mehr Zeit verfügt, mit der sie kaum etwas anzufangen weiß. Anna lernt langsam, sich selber zu verstehen und ihre Gefühle wahrzunehmen und sie hat einen versöhnlichen Abschied von ihrer Mutter nachgeholt, aber den sonntäglichen Essanfällen ist sie weiter mehr oder weniger hilflos ausgeliefert. Die Sucht, sich mit Essen vollzustopfen und alles wieder zu erbrechen lässt sich als unbewusster und unausgesprochener Vorwurf an ihren Freund verstehen, der ihre ebenso unausgesprochenen Wünsche nicht erfüllt.

Th.: Anna, ich würde gerne da weitermachen, wo wir beim letzten Mal aufgehört haben, wenn Sie sich erinnern – wir haben darüber gesprochen, ob Sie sich selber verstehen können, und Sie wissen ja offenbar auch, dass Ihre Fressanfälle mit ihrer Sehnsucht nach ganz etwas anderem als Essen zu tun haben – ist das so?

A.: Ja, es ist mir schon klar, aber ich kann einfach nichts dagegen tun – es ist wie ein Zwang.

Th.: Ich möchte Ihnen gerne etwas vorschlagen, was Ihnen jetzt vielleicht ganz komisch vorkommen wird: Könnten Sie sich für den kommenden Sonntag einmal vornehmen, was Sie wahrscheinlich sowieso tun werden, aber diesmal eben freiwillig, aus eigenem Willen, nämlich sich mit allem, was Sie wollen, so richtig vollstopfen! Und sich ebenfalls vornehmen, es nachher genauso wie immer, aber diesmal freiwillig, zu erbrechen. Wollen Sie das einmal versuchen? Ganz aus freien Stücken?

Anna lässt sich auf die "verrückte Idee" ein, die ihr allerdings zunächst nicht gelingt, freiwillig maßlos so viel zu essen wie bei ihren Essanfällen, und sie behält die Nahrung auch. Das ist eine ganz neue Erfahrung für sie. "Es war fast, als hätte ich doch irgendwie Macht darüber", sagt sie etwas verwundert. Dass sie das jederzeit wiederholen kann, verringert die Angst davor, dem Teufelskreis von Essen und Brechen hilflos ausgeliefert zu sein und bringt uns in der Therapie einen großen Schritt weiter.

Die existenziellen Grundmotivationen bilden den Rahmen, in dem sich die therapeutische Arbeit bewegt: Wahrnehmungsübungen, die zuerst Körperschemaübungen und Imaginationsübungen ("Reise durch den Körper") beinhalten, dann zu wertfreien Reflexionen über eigenes Verhalten und Reaktionen der Umwelt führen (Tagebuch). Nähe zum eigenen Körper und zu den Gefühlen, auch den unangenehmen, aufzunehmen und zu halten, fällt Anna sehr schwer und nimmt etliche Stunden der Therapie in Anspruch. Es dauert lange, bis sie fähig ist, Trauer zu empfinden über die Misshandlung des eigenen Körpers. Voraus geht allerdings die Trauer um den Mangel an Liebe und Verständnis, den sie in ihrer Kindheit erlitten hat und es fließen viele Tränen.

Selbstwertinduktion über Klärung des Unterschiedes zwischen ihren Idealvorstellungen und den realen Gegebenheiten ihres Körpers, aber auch ihrer Fähigkeiten, ihrer hohen Ansprüche an sich selbst, ihrer Stärken und Schwächen beschäftigen uns über längere Zeit. Die gesellschaftliche Relevanz des Schlankheitsbegriffs und seine Abhängigkeit von Zeit, Ort und medialer Vermittlung wird zum Thema. Die offene Diskussion darüber ermöglicht ihr eine gewisse Distanz zu festgefahrenen Überzeugungen. Durch die *Personale Existenzanalyse* (Längle 2000) wird der Prozess angeleitet, der Anna vermittelt, wie sie authentisch und personal Stellung nehmen kann.

In der letzten Phase der Therapie berichtet Anna, dass sie zwar auf ihr Gewicht achtet, aber sich auch mal etwas Süßes gönnt und ihr Repertoire an Nahrungsmitteln mehr und mehr erweitert, weil sie die Menge selbst bestimmen kann. Auf meine Bitte fertigt sie wieder eine Zeichnung an, die, vor allem für sie, das Erreichte festhalten und den Fortschritt deutlich sichtbar machen soll. In der für sie typischen Weise bringt sie wieder ein Strichmännchen zu Papier, aber diesmal stimmen die Proportionen und der Tisch ist gedeckt. Es gibt Besteck, ein Trinkglas, eine Serviette und sogar die Andeutung einer Vase mit Blumen. Nachdem sie ihr "Werk" kurz betrachtet hat, greift sie zu den bereitgestellten Buntstiften und gibt ihm einen strahlend gelben Rahmen.

Die Ess-Brech-Attacken haben gänzlich aufgehört. Anna verbringt mehr Zeit mit ihrem Freund, der gerne mit ihr zusammenziehen möchte, was sie aber noch überlegt. Beim Abschied sagt sie: "Sie konnten das nicht wissen, aber meine Diagnose war "Chronische Essstörung, therapieresistent" – vielleicht, weil ich vorzeitig abgebrochen habe. Auf Wiedersehen, und gießen Sie ihre Blumen!"

RESÜMEE

Es ging in der Therapie nicht um Symptombekämpfung, obwohl der Umgang mit der Essstörung nie aus dem Blickpunkt geriet. Es war mir wichtig, dass Anna einerseits ihr Kontrollbedürfnis, das sich vor allem auf ihr Gewicht und ihre Figur, aber auch auf viele andere Bereiche ihres Lebens erstreckte, reduzieren konnte. Andererseits entwickelte sie gerade deshalb das Gefühl, mehr Kontrolle über ihr Verhalten zu erlangen und nicht hoffnungslos ihren Zwängen ausgeliefert zu sein. Weder ihre äußere Erscheinung noch ihr Gewicht standen im Fokus der Aufmerksamkeit. Mein Eindruck war, dass die Frage, wann, wo, was, wieviel und warum sie isst und erbricht, kaum etwas zur Besserung bzw. Heilung beitragen könnte. Wieder Fuß zu fassen in ihrem eigenen Leben brachte auch die Essstörung zum Verschwinden. Die verlässliche und wertschätzende Beziehung war dabei das wichtigste therapeutische Mittel.

Literatur

Bauer J (2007) Das Gedächtnis des Körpers.Wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. München: Piper

Längle A (2000) (Hg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas

Anschrift der Verfasserin:

CHRISTINE KOCH
Kirchengasse 2
A-7344 Stoob
mail@christinekoch.at

GEFÜHLE TÖTEN NICHT

CAROLINE BALOGH

In diesem Beitrag wird ein phänomenologischer Weg beschrieben, mit dem schmerzvolle Gefühle aus der Erstarrung gelöst und ins Fließen gebracht werden können. Solches "emotionales Auftauen" ermöglicht dann die zugrunde liegende Pathologie bearbeiten zu können. Durch solche Arbeit wird deutlich, dass die Person – das personale Eigene – erst im Verknüpfen von Erlebtem mit Erleben wieder sichtbar wird.

SCHLÜSSELWÖRTER: Emotion, Essstörung, Falldarstellung, Phänomenologie

FEELINGS DON'T KILL

In this contribution a phenomenological path is described for extricating painful feelings from inertia allowing them to flow once again. Such "emotional thawing" renders it possible to deal with the underlying pathology. This kind of work makes it obvious, that the person – the personally own – only becomes visible when the experienced and experience are connected.

KEYWORDS: emotion, eating disorder, case report, phenomenology

"Im Kampf gegen das Gefühl ist man nicht interessiert, das Gefühl zu verstehen, darüber zu sprechen, ihm nachzugehen und ihm auf den Grund zu kommen. Die Angst vor dem Gefühl ist zu mächtig." (Längle 2005, 18) Das Übergehen von schmerzvollen Gefühlen entspringt oft einer Angst, von ihnen überschwemmt zu werden, sie nicht mehr kontrollieren zu können, ihnen ohnmächtig ausgeliefert zu sein oder durch sie in ein Leiden gebracht zu werden, das man nicht haben will. Das Leugnen soll die Gefühle und das drohende Leiden ungeschehen machen, jedoch führt das letztlich dazu, "daß sie ihre Macht im Körper 'verstecken' und mit der Verstärkung des Körpers – nun verschlüsselt – umso spürbarer zur Wirkung bringen. Sie melden sich dann über Schlafstörung, Migräne und psychosomatische Störungen wieder zu Wort." (Längle 2005, 11)

Der folgende Beitrag öffnet methodisch und inhaltlich den Weg zu primären Emotionen anhand eines Fallbeispiels einer bulimischen Erkrankung. Aus therapeutischer Sicht wird hier als Vorstufe zum eigentlichen Heilungsprozess an einem "emotionalen Auftauen" gearbeitet, wodurch der emotionale Zugang zur Person verstärkt und die Beziehung zum Leben intensiviert werden.

DER ERSTE KONTAKT

Iris, 31 Jahre alt, kinderlos und seit zwei Jahren verheiratet, kommt in Therapie. Die zierliche, kleine Frau mit den blonden kurzen natürlich wirkenden Haaren spricht ohne Scheu und gut strukturiert von sich, man merkt, dass sie therapieerfahren ist. Durch Psychoanalyse, Körpertherapie, Gestalttherapie, Gesprächstherapie und Imago-Therapie hat sie sich in den letzten Jahren kennen gelernt, ihr Leiden an Bulimie, das mit 18 Jahren begonnen hat, bestehe aber noch immer

Zuerst wollte sie Medizin studieren, hat sich aber dann für BWL entschieden, da sie größere Jobchancen vermutet hat. Später schließt sie die Ausbildung zur systemischen Beraterin ab und arbeitet als Führungskräfteberaterin 70-80 Wochenstunden. Vor einem Jahr kündigt sie dann, da andauernde Migräne, Schlafstörungen, Ohnmachtsanfälle und

Gürtelrose dazukamen. Dieses Jahr ist verstrichen und die erhoffte Genesung blieb aus, "vertrödelt" hätte sie die Zeit und ärgere sich jetzt. Vor drei Jahren erlitt sie in der neunten Woche einen Schwangerschaftsverlust, das Kind war ein Wunschkind, seit dem klappt es nicht mehr. Sie ist das älteste von fünf Kindern. Ab dem Alter von drei Jahren musste sie sich um ihre Geschwister kümmern, die Eltern arbeiteten den ganzen Tag am Hof. Auch heute hege sie noch eher mütterliche als geschwisterliche Gefühle für die Geschwister.

"Viele Baustellen" seien offen in ihrem Leben. So lehne sie ihr Essverhalten grundsätzlich ab, weiß nicht, wie es beruflich weitergehen soll, möchte so gerne noch Kinder, traue sich aber nicht, spüre eine große Unzufriedenheit, die sie loswerden möchte, hat Angst vor ihren eigenen großen Erwartungen an sich und fragt sich generell, wer sie eigentlich ist. Ihr innerer Dialog sei nicht so gut. Ihre Beispiele "Du bist zu blöd für alles!", "Das schaffst du nie!", "Du Angsthase, brauchst ja keine Angst haben!" zeigen das wahre Ausmaß an Destruktivität in Iris.

Iris spricht schnell, informierend, wie aufgezogen, auswendig gelernt und schon oft erzählt. Ich allerdings fühle mich beim Zuhören weniger informiert als erschlagen von der Wucht an vielfältigsten, rein deskriptiven Inhalten und einer Ahnung, wie viel emotionale Aufarbeitung hier liegen geblieben ist.

Umso überraschter bin ich, als Iris auf meine Frage nach ihrem Therapieziel erklärt: "Ich kann nicht weiter mit mir selber. Ich kann nicht einen Tag mit mir gut allein sein, immer muss ich beschäftigt sein. Ich brauche Begleitung auf dem Weg zu mir selbst." In diesem Moment füllen sich Iris' Augen mit Tränen, ich spüre, wie eine Kraft in ihrer Brust emporsteigt. Für einen ganz kurzen Moment bin ich berührt von einer tiefen Traurigkeit in ihr, die für sich Raum beanspruchen möchte, die den Weg aus ihr heraus in die Welt sucht. Ich spüre, wie dieses Berührt-Sein Wärme erzeugt und… unwirsch werde ich aus diesem Erleben gerissen. Iris redet weiter, redet über diese Traurigkeit hinweg, redet sich die Traurigkeit aus. Nun ist diese Kraft nicht mehr spürbar, ist wie abgespalten.

Iris ist spürbar auf der Flucht vor ihrem eigenen Leid, indem sie von sich und ihrem Erleben auf Distanz geht. Intuitiv formuliert sie aber in ihrem Therapieziel, dass sie sich näher kommen möchte. Dies zeigt mir, dass Iris schon genug

gesunde Anteile besitzt, um einem Heranführen an ihr Erleben gewachsen zu sein.

"Die Kunst in der Neurosentherapie besteht ganz allgemein im Auffinden und Aushalten-Lernen der Emotionen, statt ihnen immer wieder geschickt zu entweichen und so zwar das Überleben zu retten, aber existentiell auf der Stelle zu treten." (Längle 2011, 81) Gefühle haben immer eine existentiell wesentliche Information für uns – sei es, dass sie uns über unseren aktuellen Zustand in der Welt informieren oder uns daran erinnern, dass Vergangenes noch unerledigt ist. Differentialdiagnostisch sei hier darauf hingewiesen, dass das Arbeiten mit Emotionen bei Persönlichkeitsstörungen und Psychosen zurückhaltender geschieht oder gar nicht indiziert ist.

DIE THERAPEUTISCHE HALTUNG

Wenn Patienten von sich aus schnell und viel reden, um spürbar den eigenen Gefühlen zu entkommen, ist es besonders wichtig, dem eine ruhige, wahrhaftige und langsame Haltung entgegenzusetzen, die Vertrauen in die gemeinsame Arbeit und in die eigenen Fähigkeiten des Therapeuten ausstrahlt. "Ich weiß, was ich hier tue" soll diese Haltung zusammenfassend ausstrahlen. Ziel des Patienten ist, mit möglichst viel Gespräch möglichst wenig Wesentliches aufkommen zu lassen. Ziel des Therapeuten ist es, dem Wesentlichen Platz zu schaffen.

Um nicht in einen Widerstand zu geraten, ist eine behutsame Vorgangsweise, die nicht drängt oder unter Druck setzt, angebracht. Der innere destruktive Dialog ist am Beginn noch stark und so würde jedes Erleben von Nicht-Können bei Iris eine Lawine an innerer Abwertung auslösen und vielleicht die Therapiemotivation mindern. Dies kann umgangen werden, indem man sich an das Tempo und das Können des Klienten anpasst.

Weiters ist es wichtig, dass sich der Therapeut darüber im Klaren ist, dass er keine Angst vor den eigenen schmerzvollen Gefühlen haben darf und ein Wissen aus eigener Erfahrung darüber in sich trägt, was es bedeutet, schmerzvolle Gefühle auszuhalten. Die Angst der Klienten kann so groß sein, dass der leiseste Hauch von Unsicherheit im Therapeuten zu einem inneren Rückzug des Klienten führen kann.

Wenn ich weiß, dass mein Schmerz, meine Trauer vorübergehen werden, leichter werden, dann werde ich mich ihnen eher stellen. Wenn ich weiß, dass ich in der Tiefe meines Leidens auf etwas stoßen werde, das wiederum ich selber bin, werde ich es eher aushalten. Wenn ich weiß, dass Gefühle nicht töten oder vernichten können, werde ich sie eher sein lassen können. Wenn ich weiß, dass Heilung durch das In-Fluss-Bringen meiner Gefühle entstehen kann, werde ich sie nicht blockieren. Woher aber nehme ich dieses Wissen? Aus meiner Erfahrung. Und diese Erfahrung gilt es als existenzanalytische Therapeutin dem Klienten zu vermitteln.

WO BEGINNEN?

Einerseits Iris' Körper, der zu uns symptomhaft von schmerzvollen verdrängten Gefühlen spricht und andererseits Iris' Dissoziation aus Angst vor diesen und ihr destruktiver innerer Monolog blockieren die Situation. Iris muss sich erst im reinen Fühlen finden, damit sie dann Stellung nehmen und sich selber etwas entgegensetzen kann. Die Frage "Was sagt es eigentlich in mir?" legt die phänomenologische Spur für den Zugang zu primären Emotionen.

Durch das phänomenologische Vorgehen möchte ich ihre personalen Ressourcen stärken. Würde ich an den Symptomen ansetzen, wäre meine Aufmerksamkeit mehr am Defizit orientiert. Dabei sind das eigene Erleben und der eigene Eindruck des Therapeuten besonders ernst zu nehmen, da die primären Gefühle, die zum Erlebten dazugehören, zuerst im Therapeuten erscheinen.

Ich beginne immer da, wo ich personale Regungen wahrnehme, indem ich darauf achte, wo mich mein Interesse hinzieht. Wenn ich mich in Offenheit der Klientin zuwende, dann macht mich das berührbar für die Dynamik der Person im anderen. Diese Dynamik bewegt mich in Form von Interesse und belebt mich. Iris sorgt also selber dafür, dass ich da bei ihr weitergehe, wo es für sie am heilsamsten ist. Und so kommt es, dass ich mich trotz der vielfältigen aktuellen Themen den kurz anwesenden Tränen zuwende und versuche, diese ins Fließen zu bringen.

Die im Folgenden skizzierten Schritte gehen dem Aufbau des existenzanalytischen Strukturmodells (der Grundmotivationen – GM; Längle 2008) nach. Zunächst wird eine Basis geschaffen durch den Bezug zur Realität mithilfe der Wahrnehmung und des Aushaltens. Ist dieser Boden erreicht, dann kann mit der Gefühlsarbeit begonnen werden. Dafür dient die Zuwendung der 2. GM. Im anschließenden Verstehen wird die Verbindung des Erlebten mit sich selbst geschaffen, durch die Anbindung an die Biographie wird es sich "zu eigen" gemacht. Dieser Vorgang entspricht der 3. GM. Schließlich ergibt sich eine neue Sicht ihres Lebenskontexts, entsprechend der 4. GM: die bestehende Beziehung ist neu zu gestalten und sie hat sich als diejenige, die sie nun geworden ist, als die "zu sich selbst Befreite" in ihrem aktuellen Lebensfeld neu einzubetten.

DAS WAHRNEHMEN

Auffinden

Iris hat in ihren verschiedenen Therapien schon Informationen über sich gesammelt, kennt Zusammenhänge, kann mir charakteristische Eigenschaften der Eltern, Geschwister, des Ehemannes schildern. Ihr Wissen ist aus dem Erzählen und der Analyse entstanden, es wurde aber noch nicht fühlbar gemacht. Dadurch kann Iris nicht mit dem Erlebten in Beziehung treten, es nicht erschließen und integrieren und aus dem abgespaltenen Eigenleben im Körper befreien. Welche Rolle die Symptome der Bulimie dabei spielen, weiß sie auch noch nicht.

Im folgenden Gespräch aus der Anfangszeit ist es Ziel, Iris' Aufmerksamkeit dahin zu führen, wo sie dann ihren Gefühlen begegnen und im Weiteren verstehen und integrieren kann. Dabei ist die Frage "Wie erleben Sie das?" meist nicht ausreichend, da der Zugang erst geschaffen werden muss. Da Gefühle sehr körpernah erlebt werden, eignet sich der

Körper gut als Anknüpfungspunkt.

Iris erzählt in den ersten Stunden im gewohnten Tempo von ihrem Alltag.

Ich unterbreche sie.

Therapeut: Wissen Sie, wenn Sie mir so erzählen, merke ich, dass ich mich innerlich zu fragen beginne, wie es Ihnen eigentlich bei dem so geht, was Sie da tun. Damit signalisiere ich, dass mich ihr Erleben interessiert und dass es für unser Arbeiten wichtig sein könnte. So kann ich ihre Aufmerksamkeit zunächst von dem nehmen, in dem sie gerade erzählend drinnen war und auf sich lenken.

Iris geht kurz in sich: Das weiß ich gar nicht, ich spüre nichts

Diesen Blick auf sich ist sie nicht gewöhnt und so führe ich sie Schritt für Schritt an sie heran. Eine entspannende Haltung und das Achten auf den Atem haben sich dabei als hilfreich bewährt, da dadurch innerlich Raum geschaffen wird.

Therapeut: Atmen sie ein, zwei Mal tief durch und achten Sie mal darauf, ob ihr Körper entspannt ist.

Ich atme auch tief ein, damit es für sie leichter wird durch einfaches Nachmachen.

Mit jedem Einatmen merken Sie, wie sich ihre Aufmerksamkeit mehr und mehr nach Innen wendet und die Welt um Sie herum ein Stück wegrückt. Nun stellen Sie sich vor, wie sich Ihr Brustkorb weitet und Sie achten darauf, was Sie wahrnehmen, ohne dass Sie nach etwas Bestimmtem Ausschau halten. Leicht suggestives Vorgehen kann eine Entspannung erleichtern.

Iris atmet und wird deutlich ruhiger: Ich nehme gar nichts wahr, es ist vollkommen leer in mir, da ist eben nichts.

Angst, dass etwas Falsches kommen könnte oder eben nichts, ist an dieser Stelle häufig.

Therapeut: Können Sie diese Leere einfach in sich sein lassen, sodass Sie hier sind und diese Leere auch hier ist, ohne dass wir jetzt gleich verstehen wollen oder erklären wollen.

An dieser Stelle würde die Klientin normalerweise sofort versuchen, dieser aufkommenden Leere zu entwischen, indem sie eine Ablenkung sucht, aber jetzt soll sie die Erfahrung machen, dass ein Sein trotz Leere möglich ist und diese Leere nicht falsch ist.

Aushalten – Raum geben

Therapeut: Wenn Sie diese Leere jetzt einfach wahrnehmen in sich, dann beobachten Sie einmal, ob sich diese Leere ändert, wenn Sie sie jetzt hier sein lassen.

Ein Aushalten gelingt meist gut, wenn man so behutsam vorgeht. Der Halt entsteht durch mein Mitgehen.

Iris: Jetzt kommt ein unangenehmes Gefühl, das ich schon lange kenne.

Die Leere erweist sich immer als Zugang zu dem darunter liegenden Dissoziierten bzw. Verdrängten.

Therapeut: Wo im Körper spüren Sie das? Können Sie Ihre Hand da hinlegen, wo Sie es spüren und da hin atmen, wo ihre Hand liegt?

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass das Handauflegen einerseits hilft, einer erneuten Verdrängung vorzubeugen

und andererseits wird die Hand als Halt von außen erlebt. Das Hineinatmen in den Körperteil verstärkt die Wahrnehmung.

Iris: Wenn ich das mache, wird das unangenehme Gefühl stärker.

Angst vor dem Gefühl nimmt ihr Halt – in ihrer Stimme schwingt Unsicherheit mit.

Therapeut: Atmen Sie weiter.

Es geht noch nicht darum, das Gefühl zu verstehen, sondern es zu zulassen. Atem gibt Halt.

Iris: Ich spüre, wie dieses Gefühl plötzlich leichter wird und sich im Körper verteilt. Jetzt ist es nicht mehr so drängend.

Sie erlebt, dass ein Gefühl, das sein darf, keinen Druck mehr erzeugt.

Therapeut: Wie geht es Ihnen jetzt?

An dieser Stelle führe ich die Klientin aus der Wahrnehmung kurz heraus und bringe sie mit sich selber in Beziehung, damit sie ihre Erfahrung integrieren kann.

Iris: Es ist, als ob ein Kloß weg ist in mir, und es fühlt sich viel leichter an in mir. Ich kann plötzlich tiefer atmen und ein Druck fehlt, gleichzeitig werde ich traurig.

Tränen steigen auf und eine lebensspendende Wärme wird fühlbar. Iris kann so erfahren, dass sich eine Weite und eine Wärme einstellen, wenn sie ihren Gefühlen Raum gibt.

Therapeut: Dürfen diese Tränen jetzt mal hier sein?

Ich ermutige sie dazu, ein Wehren gegen das aufzugeben, was in ihr ist, damit ein Fließen stattfinden kann.

Iris weint.

In diesem Abschnitt geht es um das Aushalten-Lernen, was ist, indem durch das Dasein des Therapeuten Halt entsteht. Rein phänomenologisch gehen wir die erste Zeit einfach immer auf dieselbe Art und Weise dem nach, was ist und probieren es auszuhalten. Dabei soll für Iris durch Erfahrung Vertrauen in das Zulassen ihrer Gefühle geschaffen werden. "Wenn ich ein unangenehmes Gefühl in mir wahrnehme, passiert mir nichts, und so kann es bleiben."

Dadurch spürt Iris sich selber auch plötzlich intensiver und kann sich selber nicht mehr dem entziehen, was da in ihr auf Aufarbeitung wartet. In dieser Zeit verstärken sich die bulimischen Anfälle sehr, bis zu täglich treten sie auf und Iris reagiert mit starker Selbstablehnung auf das Verstärken der Symptome. "Jetzt geh ich in Therapie, und dann wird alles nur noch schlimmer, nicht mal mit Hilfe schaffe ich es!" An dieser Stelle erkläre ich ihr, dass sie die Bulimie derzeit noch braucht als Schutzmechanismus, der sich verstärkt, weil sie ja noch keinen anderen Umgang mit den verdrängten Gefühlen leben kann. Nach einiger Zeit entsteht der Druck immer wieder neu in ihr, denn das Gefühl will ja auch noch verstanden und integriert werden und so gehen wir einen Schritt weiter.

Das Zuwenden

Zuwendung bedeutet, die Fühlung mit dem, was in einem ist, aufzunehmen, um es verstehen zu können. Aus "Ein Gefühl ist da und kann da sein" wird jetzt "Was für ein Gefühl ist das?".

Therapeut: Da berührt Sie jetzt etwas und das bringt Sie zum Weinen. Was berührt Sie denn da?

Ich finde es wichtig, diesen Satz nicht zu schnell zu stellen, um den Tränenfluss nicht zu unterbrechen, gleichzeitig aber auch nicht zu lange damit zu warten, um die Zuwendung im aktuellen Geschehen nicht abreißen zu lassen.

Iris: Ich merke, wie ich mich eigentlich total bedürftig fühle und das schon ganz lange kenne und ich will mich so einfach nicht mehr fühlen. Ich krieg da eine totale Wut im Bauch, die kommt jetzt auch – es ist einfach alles zum Kotzen. Warum muss das so sein bei mir, ich versteh es einfach nicht. Warum kann ich nicht auch so leben wie alle anderen? Dafür hasse ich mich so sehr! Und gleichzeitig kommt sofort diese innere Stimme, die mir sagt, dass ich das nicht in mir haben darf, dass ich furchtbar bin so.

Bedürftigkeit, Wut, Hass, Scham sind undifferenziert in ihr und sie kann dem nichts entgegenhalten, weil sie sich nicht versteht darin. Gleichzeitig ist ein Zugang zu den primären Emotionen jetzt hergestellt und ermöglicht so ein Arbeiten am Erleben.

Wut kommt auf in dieser Phase der Therapie, Wut auf die Eltern, auf den Partner und vor allem auf sich selber. Diese Wut ist zwar nicht neu für Iris, aber das Zulassen, in dem sie sich die Wut zugesteht, ist neu. Immer wieder neue Anläufe nimmt sie, um zu dieser Wut durchzudringen und allmählich erlebt sie eine innere Befreiung, eine Erleichterung, dass dieses Gefühl, das so lange in ihr zusammengepresst versteckt wurde, sein kann.

Iris bekommt eine Ahnung, wie ihre Bulimie mit ihren Gefühlen zusammenhängen könnte. Ein Erleben einer inneren Spannung können wir uns an dieser Stelle erklären als ein bisheriges Aufeinandertreffen zweier konträrer Einstellungen. "So ist es in mir!" und "So darf es aber nicht sein!" lassen eine Pattsituation in Iris entstehen, und sie erlebt, wie das unkontrollierbare Hineinfallen in die Bulimie damit zusammenhängt, dass diese Spannung nicht mehr abgebaut werden kann.

Das Verstehen

"Was haben diese Gefühle mit mir zu tun? Was passiert in mir, dass solche Gefühle in Bewegung kommen?" Dies zu verstehen ist der nächste Schritt, der sich wie von selber ergibt. Ausgangspunkt ist der positive Kern, den es zu finden gilt, damit die Person bestehen bleiben kann und erfahren kann, dass hinter den Automatismen, in denen sie sich als ausgeliefert erlebt, noch etwas ist. Im Falle von Iris ist das Positive, das als erstes zu verstehen ist, die ungestillte Bedürftigkeit, die sie schon so lange kennt, aber nicht mehr haben will.

Therapeut: Sie erzählen mir von einer Bedürftigkeit, die Sie schon lange kennen und die Ihnen jetzt als erstes in den Sinn kam. Was für eine Bedürftigkeit ist denn das, und wie lange kennen Sie die schon?

Ich führe Iris hier stark, damit sie Orientierung bekommt im eigenen inneren Chaos. Für sie selber ist noch nicht erkennbar, worum es jetzt geht.

Iris: Ich fühl mich da wie ein kleines Kind – das ist wie ein riesen Hunger nach Geborgenheit und Zuwendung, das ist so groß, dass ich es fast nicht aushalte, und da kommt dann immer gleich die Wut auf mich, dass ich noch immer so blöd bin, dass ich da noch nicht drüber stehen kann.

Iris' Schutzdynamik wird hier gut sichtbar. Die Wut schützt vor der als existentiell bedrohlich erlebten Bedürftigkeit und richtet sich auch noch gegen sich selber.

Therapeut: Wie alt erleben Sie sich in der Bedürftigkeit? Die Bedürftigkeit ist vorher entstanden und das kann Iris verstehen, wenn ich sie auffordere, intuitiv ein Alter mit dem Erleben zu verknüpfen.

Iris: So vier bis fünf Jahre würde ich sagen.

Therapeut: Und wie alt erleben Sie sich in der Wut?

Iris: Da bin ich acht. Da fällt mir eine Szene mit meiner Mutter ein, in der ich zu ihr kam mit acht Jahren und ihr mit vollem Ernst gesagt habe, dass ich nicht mehr auf meine Geschwister aufpassen möchte, sonst gehe ich weg, und ich hab das so todernst gemeint, und sie hat sich einfach umgedreht und ist gar nicht darauf eingegangen, und ich war so unendlich wütend, und es war so ein furchtbares Gefühl.

Die kleine Iris erlebt hier ein Nicht-Ankommen des Eigenen, ein Abprallen einer inneren Vitalität am Gegenüber, das tief erschüttert.

Therapeut: Wie geht es Ihnen jetzt, wenn Sie mir das erzählen?

Jetzt gilt es zu schauen, was noch heute in Iris von diesem Erlebnis da ist.

Iris: Ich fühle mich wie damals, der Hals schnürt sich zu, und es wird eng, und ich bin wie gelähmt, als ob etwas abstirbt in mir. Aber ich spüre auch, dass ich nicht mehr für Zuwendung etwas tun mag für andere, ich mag nicht mehr betteln dafür. Ich erinnere mich genau, wenn meine Mutter dann mal nett zu mir war, konnte ich es gar nicht mehr annehmen und wurde total trotzig. Ich wollte keine Almosen.

Die kleine Iris ist noch sehr verletzt, aber eine große Iris ist jetzt auch da, und die beginnt langsam Stellung zu nehmen

Da beginnt jetzt eine Phase in der Therapie, in der wir uns intensiv mit dem Bergen der kleinen Iris und ihren Bedürftigkeiten beschäftigen. Das Erleben der kleinen Iris kann sich einstellen. Da ist kaum Zuwendung von den Eltern, eine große Wut, die nach fehlender Beziehung schreit, und Verzweiflung und Ohnmacht, dass sich nichts ändert. Iris weint jetzt viel und lernt sich um sich zu kümmern in der Traurigkeit. Es gelingt ihr, die kleine Iris innerlich anzunehmen und zu verstehen und für sie die Verantwortung zu übernehmen. Es wird ihr klar, wie oft sie sich in ihren Gefühlen auch als Erwachsene übergeht und dadurch Leben in sich abschneidet. Die bulimischen Reaktionen treten nicht mehr in der Häufigkeit auf, sind aber noch da. Iris lehnt sich auch da nicht mehr so ab.

Am Ende dieses Abschnittes kann Iris Schritt für Schritt den Weg in die Bulimie nachfühlen. Ihre Bedürftigkeit nach Zuwendung und Geborgenheit wird von Außen nicht gestillt, und so staut sich diese Bedürftigkeit einige Zeit auf und mündet dann in eine große Wut, die beziehungssuchend doch noch versucht, ein bisschen Zuwendung von Außen zu bekommen. "Gib mir Zuwendung, damit ich leben kann!", formuliert sie an einer Stelle selber den Inhalt der Wut. [entspricht der 2. GM]

Gelingt dies nicht, entsteht eine unglaubliche Frustrati-

on, die sich durch Dissoziation in eine innere Leere umwandelt, die sie wiederum mit Essen betäubt. An dieser Stelle setzt dann der selbstdestruktive Monolog ein, der sie daran erinnert, dass sie schon wieder zu schwach war, um dem Essen standzuhalten. Sich mit Essen voll zu stopfen heißt nämlich jedes Mal wieder, die eigentlichen Gefühle, die sie zum Leben geführt hätten, zu ersetzen, weil die Gefühle nicht gelebt werden können und somit die Beziehung zum Leben abzuwürgen. Die Wut richtet sich an dieser Stelle gegen sich selber und sagt "Ich will endlich leben, lass mich endlich leben (an sich selber gerichtet)!"

So hat sie als einzige Lösung das Betäubende aus sich wieder zu entfernen, sich zu übergeben, um dem Teufelskreis zu entkommen. Iris kann sich somit erstmals in dieser Spirale verstehen und den größeren Sinnzusammenhang sehen, in der ihre Krankheit steht.

Iris: Ich habe ganz früh begonnen, meine Lebensenergie wegzudrücken, als ich "Mutter" für meine Geschwister spielen musste. Da habe ich einfach keinen Platz gehabt. [entspricht der 3. GM]

Und da kann sie auch für sich formulieren, was genau so wütend macht.

Iris: Ich versteh bis heute nicht, dass man ein Kind so übersehen kann! Meine Wut sagt "Gib mir endlich Zuwendung, damit ich leben kann!"

Lebendigkeit kommt in Form der Frage "Was mag ich?" auf, und die Therapie verlagert sich wieder in das Hier und Jetzt. Iris erlebt sich als ruhiger, zentrierter und öffnet sich für die Welt. Sport wird wichtig, da kann Iris sich und ihr Mögen intensiv erleben. Sie erkennt, dass sie sich am stärksten selber über ein DU erfahren kann und so probieren wir auch malen aus, damit sie sich so zu Hause ein DU schaffen kann. In der Stunde malt sie ein Bild, auf dem ein roter großer Wirbel in einem zentralen Punkt zusammenläuft und aus diesem Wirbel strömen dunkle tentakelartige Linien. "Dynamik in meinem Bauch" nennt sie das Bild und beim Betrachten sticht die starke Dynamik, die da leben will, spontan ins Auge. Die dunklen Tentakel erkennt sie als das Pathologische, das diesen dynamischen Wirbel blockiert.

Die Beziehung

Die Beziehung zu sich ist gestärkt. Belastend tritt nun aber ihre Ehe in den Vordergrund, da Iris durch das intensivere Spüren merkt, dass in ihrer Ehe gar keine echte Beziehung vorherrscht und ihr Partner durch die Veränderungen in Iris beginnt, auf Distanz zu ihr zu gehen. Alte Verlassensängste brechen auf und Iris fühlt sich der Situation nicht gewachsen, trotzdem spürt sie ihr Eigenes schon klar und deutlich.

Iris: Ich mag nicht mehr in dieser Scheinwelt der Ehe mit meinem Mann leben, wo er so tut, als wäre alles in Ordnung. Ich mag nicht mehr, wenn er seinen Kopf zu mir auf die Schulter legt, denn wir haben keine Nähe. Aber es ist so anstrengend, da bei mir zu bleiben.

Therapeut: Was genau ist da anstrengend für Sie?

Ich möchte, dass sie ihr Erleben konkretisiert, damit wir damit arbeiten können und der Horizont verkleinert wird.

Iris: Dass ich genau spüre, wie es für mich ist, wenn ich

bei mir bin und dann so dafür kämpfen muss, dass es beim anderen ankommt.

Therapeut: Warum müssen Sie dafür kämpfen, das klingt sehr anstrengend.

Hier konfrontiere ich sie mit ihrer eigenen Einstellung, um diese hinterfragen zu können.

Iris: Ja, das ist das Anstrengende. Ich erlebe, wie Meines eben nicht ankommt beim anderen und nicht angenommen wird, sondern abprallt, und gegen das muss ich kämpfen.

Wiederum ist die 3. GM betroffen.

Therapeut: Was ginge Ihnen denn verloren, wenn Sie nicht mehr kämpften?

Der positive Kern ist ihr noch nicht zugänglich, da geht es ihr um einen Wert, der erst erhellt werden muss.

Iris: Die Beziehung zum anderen, denn die will ich dann nicht mehr so, wie sie wirklich ist, dass er nämlich Meines ablehnt, denn dann hätte ich das Gefühl, Meines ist nicht gut. Da ist ihre Unsicherheit versteckt. Das kenne ich schon ganz lange, schon als Kind. Und mir fällt gerade auf, dass dieses Kämpfen um den Erhalt einer Beziehung zu jemandem, der mich bestätigt, viel mehr meine Motivation im Leben ist, etwas zu tun als Lebensfreude oder Mögen, und das erschreckt mich.

Hier kommt sie sich ganz nahe.

Iris weint lange.

Iris kommt mit ihrer tiefen Haltung in Kontakt "Mein Eigenes ist vielleicht nicht gut, und somit trau ich mich nicht, dafür einzutreten!" An dieser Stelle können wir endlich verstehen, warum ihr die Stellungnahme bisher so schwer gefallen ist und warum sie auch ihrer Essstörung bis jetzt nicht entgegentreten konnte. Diese Haltung blockiert ihre Wut, von der wir oben gesprochen haben und dadurch fehlt ihr dann die Kraft in weiterer Folge für personale Entschiedenheit.

Therapeut: Es ist gerade, als ob Sie auf einem inneren Boden gelandet sind, der sagt "So ist es wirklich!"

Diese Wahrnehmung zu verbalisieren hilft Iris, ihren gerade gewonnenen Halt noch zu stärken.

Iris: (atmet tief ein) Ja, das ist eigentlich in mir, und ich sehe mich gerade als zwölfjährige allein in meinem Zimmer eine ganze Packung Kekse essen, und es ist ganz klar, dass ich Nähe und Zuwendung suche.

Therapeut: Mich berührt diese Zwölfjährige sehr, weil ich ihre Not spüre, so verlassen, vergessen, übersehen – und trotzdem sehe ich, wie sie nicht aufgibt, sondern mit ihren Mitteln versucht, die Beziehung zu sich und zum Leben ganz allein zu erhalten. Das muss eine ganz außerordentliche Zwölfjährige sein, die da ganz genau weiß, was sie zum Leben braucht – ich finde das beeindruckend.

An dieser Stelle ist es mir persönlich ein tiefes Bedürfnis, Iris das mitzuteilen, was sich in mir abspielt. Ich bin tief berührt von der Zwölfjährigen und spüre eine tiefe Hochachtung vor ihr, wie sie da nicht locker lässt und den Bezug zum Leben auf ihre ganz eigene Weise aufrechterhalten möchte. Gleichzeitig bin ich auch sehr dankbar, der berührenden Tiefe, die in diesem Moment enthalten ist, beiwohnen zu können.

Iris schaut lange vor sich hin und dann lächelt sie: Ja, das kann ich!

Ich freue mich, dass sie "ich" sagt und nicht mehr von

der Zwölfjährigen in der dritten Person spricht, so hat sie sich identifiziert.

Hier finden eine intensive Beziehungsaufnahme zu sich und eine emotionale Selbstannahme in der Not statt. Das Eigene ist stark präsent, da es fühlbar gemacht und somit in die Welt geholt wurde.

Iris ist "emotional aufgetaut". Ab jetzt beginnt in der Therapie ein langer Weg des Bearbeitens der tiefsten Verletzungen und Schmerzen. Iris hat gelernt, dass ihr nichts passiert, wenn sie leidvolle Gefühle zulässt und aushält. Dies gibt ihr die Kraft und das Können, sich noch mehr auf sich einzulassen. Körperlicher und seelischer Missbrauch werden Thema. Die Stellungnahme zum Eigenen und das Antreten gegen die destruktive Haltung werden langsam möglich, damit das Gute in ihr Bestand haben kann und ihr nicht immer verloren geht. Dadurch kann sie sich eine Kraft zugestehen, die sie selber "mein Begehren" nennt und als Verbindungsglied zur Welt erlebt. Iris spürt dabei eine starke Energie im Becken, die eine große Lebenslust darstellt. Wenn sie sich diese Energie erlauben kann, fehlen die bulimischen Symptome völlig.

Ausgehend von dieser therapeutischen Vorarbeit liegt der Fokus ab jetzt im konkreten Einüben dieser Kraft im Alltag. Iris braucht vor allem in der Stellungnahme noch Unterstützung und ein echtes Gegenüber, in dem sie sich immer wieder finden kann. Treten die bulimischen Symptome auf, weiß sie heute, dass sie sich nicht treu war und einen funktionalen Umgang mit sich gepflegt hat. Durch Zuwendung kommt sie sich und dem Leben dann wieder näher. Konkrete Zukunftsperspektiven werden auf dieser Basis entstehen.

Literatur

Längle A (2005) Kann ich mich auf mein Gefühl verlassen? In: Längle S, Sulz M (Hrsg): das eigene leben. Wien: GLE-Verlag, 9-26

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

Längle A (2011) Erfüllte Existenz. Wien: Facultas

Anschrift der Verfasserin:

MAG. CAROLINE BALOGH Doppelngasse121 A-3400 Klosterneuburg sieglanger@hotmail.com

WEITERBILDUNGSCURRICULUM

EXISTENZANALYTISCHE PAARTHERAPIE

Inhalt

In fünf Modulen werden theoretische Ansätze und verschiedeneThemen bei der Umsetzung reflektiert, an die eigene Erfahrung angebunden, in die Praxis übersetzt und vor dem Hintergrund aktueller theoretischer und methodischer Erkenntnisse anderer Fachrichtungen beleuchtet.

Modul A

Grundlagen der existenzanalytischen Paartherapie Modul B

Wiederherstellung der Dialogfähigkeit

Arbeit an Problemfeldern und Entwicklungsschritten

Modul D

Sinnzentrierte Paartherapie

Modul E

Praxis, Supervision, Selbsterfahrung, Peergroup, Literatur

Zielgruppe

ExistenzanalytikerInnen und existenzanalytische Lebens und SozialberaterInnen; für TherapeutInnen und BeraterInnen anderer Schulen ist die Ausein-

andersetzung mit existenzanalytischer Anthropologie Voraussetzung. Die Beratung und Therapie von Paaren unterscheidet sich in Setting, Prozess und Beziehungsdynamik in einigen wesentlichen Aspekten von der Einzelberatung oder Einzeltherapie. Die Existenzanalyse bietet mit ihrem ressourcenorientierten, tiefenpsychologisch verankerten und originär dialogischen Ansatz für die Arbeit mit Paaren eine fundierte Grundlage.

Die Weiterbildung (210 Arbeitsstunden) ist durch die GLE International approbiert, um die Anerkennung beim Österreichischen Bundesverband wurde angesucht.

Leitung

Mag. Susanne Pointner, Psychotherapeutin (Existenzanalyse) in freier Praxis, Lehrtherapeutin, Trainerin, Ausbildnerin, Supervisorin

Marc Sattler

Psychotherapeut (Existenzanalyse) in freier Praxis; Dipl. Ges.- und Krankenpfleger; Trainer, Ausbildner.

Ort: Krainerhütte, Baden bei Wien Beginn: 7.-9. September 2012

Info: Mag. Susanne Pointner; Tel.: 0664/183 39 84 susanne.pointner@existenzanalyse.org

www.akademie-lebenswert.at

EXISTENZANALYTISCHE GRUPPENARBEIT ZUR PERSÖNLICHKEITSENTWICKLUNG UND SELBSTHILFE BEI ESSSTÖRUNGEN

SABINE FLEISCH

Der folgende Beitrag ist inhaltlich in zwei Abschnitte untergliedert, welche thematisch aufeinander aufbauen. Der erste Teil des Artikels gibt einen theoretischen Überblick über existentielle Ursachen von Essstörungen und dient als Grundlage zum besseren Problem- und Ursachenverständnis dieser Erkrankungen. Bezug nehmend darauf, beschäftigt sich der zweite, praktische Teil des Aufsatzes mit der Durchführung einer existenzanalytischen Gruppenarbeit zur Persönlichkeitsentwicklung und Selbsthilfe bei Essstörungen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Essstörungen, Gruppenarbeit, Grundmotivationen

EXISTENTIAL ANALYTICAL TEAMWORK ON PERSONALITY-DEVE-LOPMENT AND SELF-HELP FOR EATING DISORDERS

The following contribution subdivides into two chapters which build upon one another thematically. The first part provides a theoretical outline of existential causes of eating disorders, serving as a basis for a better understanding of this illness. With this in mind, the second, practical part of the essay deals with carrying out the teamwork on personality-development and self-help for eating disorders.

KEYWORDS: eating disorders, teamwork, fundamental motivations

EXISTENTIELLE URSACHEN VON ESSSTÖRUNGEN

Ausgehend von der Klassifikation der Essstörungen als psychosomatische Krankheiten mit Suchtcharakter (vgl. Schriftenreihe des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen Band 4, 1999), müssen bei der Frage nach den existentiellen Ursachen beide Aspekte Berücksichtigung finden. In diesem Sinne sind – bei der Suche nach ursächlichen Bedingungen, welche die Entstehung von Essstörungen begünstigen – die folgenden Modelle als sich einander ergänzend bzw. erweiternd zu verstehen.

Neurobiologisches Genesemodell

Joachim Bauer (2006), der Essstörungen dem psychosomatischen Formenkreis zuordnet, erklärt ihr Zustandekommen durch negative, zwischenmenschliche Beziehungserfahrungen. Werden wichtige menschliche Motive wie zwischenmenschliche Anerkennung, Wertschätzung, Zuwendung oder Zuneigung verletzt, übersehen, oder nicht gelebt, kommt es zu Gesundheitsstörungen und Erkrankungen, wie den Essstörungen.

Besonders prägend sind in diesem Zusammenhang Erziehungserfahrungen, die nachweislich auch unsere neuronale Aktivität beeinflussen. Sie regulieren unsere Genaktivität, und so spricht Bauer von einer Umwandlung sozialer Beziehungen in biologische Signale, von einer "sozialen Konstruktion" des menschlichen Gehirns (Bauer 2006, 10). Dies ist besonders eindrücklich bei Gesundheitsstörungen, etwa nach Traumaerfahrungen. Joachim Bauer konnte bei Patienten mit Essstörungen eine veränderte neuronale Aktivität nachweisen, macht aber keine Angaben darüber in welchem Teil des Gehirns (ebd. 19).

Neurobiologische Forschungen haben gezeigt, dass durch Essen und auch Essensmissbrauch die Belohnungszentren in ähnlicher Weise aktiviert werden, wie wenn sich eine andere Person gut fühlt, gelobt wird, verliebt ist oder Sport betreibt. Unangenehme Gefühle werden abgeblockt und wirken dadurch angstreduzierend, was ein kurzes Glücksgefühl – sozusagen ein "Lebensersatzgefühl" – zur Folge hat. (http://www.bzga-essstörungen.de)

Existenzanalytisches Psychosomatisches Genesemodell

Die neurobiologischen Erkenntnisse decken sich mit der Theorie der Existenzanalyse, der zufolge der Mensch in seinem Existenzvollzug reduziert ist, wenn die dialogische Offenheit nach innen und außen nicht gelebt werden kann. Um sich selbst sein zu können, braucht der Mensch ein Gegenüber, ein Du. Ist dieses Du nicht vorhanden oder psychisch krank, so kommt es zu verschiedenen Störungen in der Entwicklung des Ichs. Fehlt zum Beispiel die Erfahrung von echter Nähe in Beziehungen, so kann Essen als Näheersatz dienen, denn Essen ist das Schaffen von größter Nähe durch Einverleiben der Nahrung. So ist es auch verständlich, dass sich Störungen in Beziehungen auch im Essverhalten zeigen können. (vgl. Längle A 2008)

Ausgehend vom psychosomatischen Störungsmodell der Existenzanalyse liegt das Problem von essgestörten Patienten darin, die Bedeutsamkeit von Informationen, die sie über ihre intakten Sinneskanäle wahrnehmen, für ihr Leben zu erfassen. Die zentrale Aktivität dabei ist das Fühlen (2.GM). Zudem haben sie eine Beeinträchtigung im Erspüren des Eigenen, das, was für sie "stimmt", und dem "anderen" gegenüberzustellen und abzugrenzen. Es geht also um das Gefühl der Stimmigkeit, was für sie selbst richtig und wichtig ist (3.GM).

Wie kommen nun aber diese Beeinträchtigungen im Fühlen und Spüren zustande:

Durch Verletzungen und Mangelerfahrungen auf der

Ebene von zwischenmenschlichen Beziehungen, des Erlebens von Nähe und von gemeinsamer Zeit, kommt es – auch zum Schutz vor weiteren Verletzungen – zu einer Verarmung der Gefühlswelt. Werden Näheerlebnisse selten bzw. sind diese emotional primär schmerzhaft besetzt, kann es zu einem Rückzug aus Beziehungen und aus der eigenen Gefühlswelt kommen. Dieser Beziehungsmangel wird kompensiert durch ein Funktionieren, ein Erledigen und Abdienen, ohne jedoch darauf zu achten, ob die Arbeit auch gerne – das heißt mit Hingabe und persönlicher Erfüllung – geleistet wird. Durch die Betäubung der Gefühle des Erlebens orientiert man sich immer mehr daran, was es an Normen, Pflichten und gesellschaftlichen Vorgaben gibt. Diese dienen augenscheinlich als Wertersatz, machen jedoch das Leben gefühlsarm und kalt.

Weiters tragen unberechenbare Beziehungserfahrungen – in denen man übergangen wird, die einem das Gefühl geben, nicht angesehen zu werden und wo zwischenmenschliche Begegnung nicht stattfindet – dazu bei, dass sich das Selbstbild und der Selbstwert der Person nicht gesund entwickeln können. Auch die Autonomieentwicklung wird dadurch beeinträchtigt. Man hält sich selbst für die Ursache für dieses Verhalten der anderen, und es entwickelt sich Selbstunsicherheit und Selbstentfremdung. Das kann bis zu dem Punkt gehen, an dem man nicht mehr weiß, wer man selbst eigentlich ist und was man persönlich als richtig empfindet.

Patienten mit Essstörungen spüren somit nicht ihren Eigenwert als Person, unabhängig von ihren Fähigkeiten und Kompetenzen. Das Gefühl der Freude, des Werteerlebens krankt und es gibt Zielerfüllung entsprechend der Normvorgaben unserer Gesellschaft. Das Leben orientiert sich nach außen hin, daran was man "kann" und "soll" und bleibt auf der Gefühlsebene unerfüllt.

Die Beeinträchtigung im Fühlen und Spüren zeigt sich besonders auch im Umgang mit dem eigenen Körper. Dieser wird ebenso gefühllos behandelt und danach bewertet, wie er aussehen soll, was in unserer Gesellschaft als Schönheitsideal vorgegeben wird und auch danach, was er zu leisten imstande ist. Durch die Gefühlsarmut im Bezug auf das eigene Leben und den Leib, verschafft sich der Körper als Gegenreaktion mehr Gewicht, als eine Art Kompensation, um die Balance doch noch irgendwie herzustellen. Das, was gefühlsmäßig im Inneren nicht gelebt wurde, zeigt der Körper nach außen hin. Die innere Leere wird versucht durch ein veräußerlichtes Leben – durch ein Funktionieren, ein Erfüllen von Vorgaben, ein sich anpassen – wett zu machen. (Längle 2009, 22f.)

Exkurs:

Viele von Essstörungen betroffene Frauen klagen über ein mangelndes weibliches Körpergefühl und weibliche Identitätsdiffusionen. Einige berichten auch davon, dass sie sich oft einsam und verlassen, innerlich hohl und leer fühlen. Über das Essen, Hungern und Erbrechen versuchen sie den Kontakt zu sich zu finden, sozusagen die Verbindung zu sich herzustellen, sich zu spüren. Über die Nahrung berühren sie sich selbst in ihrem Körperinneren. Sie unternehmen die Anstrengung von außen mit Essen, ihr Inneres zu beleben und zu spüren. Es geht also um die Sehnsucht nach Selbstberührung. (vgl. Schriftenreihe des Frankfurter Zentrums für Essstörungen Bd. Nr.1, 1991)

Existenzanalytisches suchtspezifisches Genesemodell

In der Existenzanalyse unterscheiden wir individuelle, stoffabhängige und gesellschaftlich-kulturelle Ursachengruppen für die Suchtentstehung, wobei psychotherapeutisch besonders die individuellen interessante Faktoren sind.

Jeder von uns trägt einen Suchtkeim in sich, wobei die Stärke von Person zu Person variiert. Der stärkste Suchtkeim ist das Lebensgrundgefühl zu kurz zu kommen, einen Mangel zu haben. Dieser entsteht durch anhaltende Unfreiheiten oder körperliche Einschränkungen etwa nach einem Unfall bzw. durch unfreiwillige Verzichte. Menschen, die solch einen Mangel in sich tragen, verfolgen das gefühlsmäßige Ziel des Erlebens der reinen Lebensfreude, sowie das der Entlastung von Problemen und Konflikten – als Ausgleich zu diesem Mangelgefühl. Von dieser Basis ausgehend wächst die passive Wunschhaltung dem überhöhten Wertersatz gegenüber und die aktive Vermeidungshaltung dem Leidvollen gegenüber, was nur weiter in die Entfremdung vom Leben führt. Ein gesundes Leben mit innerer Zustimmung würde jedoch bedeuten, sich auch den Problemen zu stellen, ohne Ersatz für das unangenehme Gefühl zu brauchen. Der Wille ist bei süchtigen Menschen nicht stark genug, also insofern unfrei, als er es nicht schafft, langfristige Ziele zu verfolgen, sondern sich vom inneren Drang heraus – etwa zu essen – verführen lässt. Existentiell gesehen ist die Sucht eine Störung des Willens, der krank ist. Diese Fähigkeit des Wollens, sich auf einen Wert auszurichten, ist in der Sucht gestört. Das Ich wird in seinem Verhalten unpersönlich, strebt primär Lustbefriedigung und Spannungsreduktion an. Zum Zeitpunkt des Fressanfalls will der willenskranke Patient auch gerade Unmengen in sich hineinstopfen – nach Beendigung des Anfalls stellt sich jedoch die Leere ein, verbunden mit dem Gefühl, bestenfalls Befriedigung eines Dranges erzielt zu haben. Die Erfüllung jedoch bleibt auf der Strecke. Umso schmerzhafter ist das Gefühl nach dem Suchtverhalten, wenn sich das mangelbehaftete Lebensgrundgefühl wieder einstellt, als Kontrastgefühl zu dem gerade zuvor kurz erlebten Glücksgefühl beim Essanfall. Das Schmerzhafteste ist aber vor allem das Empfinden, sich selbst fremd und einsam geworden zu sein. (Längle 2008, 146f.)

Logotherapeutisches suchtspezifisches Genesemodell

Elisabeth Lukas (2002) beschreibt bei Personen mit Suchtpotential bestimmte Persönlichkeitsfaktoren und klassifiziert folgende drei formale Gruppen von Abhängigkeitstypen: die Abhängigkeit von Außeneffekten, die Abhängigkeit von verinnerlichten Außeneffekten und die Abhängigkeit von Inneneffekten.

Mit der Abhängigkeit von Außeneffekten ist gemeint, dass Personen mit Suchtpotential von der Bewunderung anderer für ihre tolle Figur, für ihr Schlank-Sein, von positivem Feedback abhängig sind. Sie handeln nicht frei, sondern ihr Handeln ist davon bestimmt, ob es eine angenehme

oder unangenehme Konsequenz durch andere hat.

Beispiele für die Abhängigkeit von verinnerlichten Außeneffekten sind internalisierte öffentliche Moralvorgaben und internalisierte gesellschaftlich anerkannte Verhaltensweisen und Normvorgaben. Gut ist, was die Gesellschaft gut findet. Was etwa Schönheit und Frauenbild anlangt, so orientieren sich Personen mit höherem Suchtpotential primär an dem, was in unserer Kultur und Gesellschaft als wünschenswert propagiert wird und nicht an dem, wie es der Person, dem Individuum entspricht. Sie schwimmen mit der Masse und dies birgt die Gefahr fremdbestimmt zu sein.

Bei der Abhängigkeit von Inneneffekten ist gemeint, dass dasjenige gut ist, das ein gutes Gefühl erzeugt. Diese Personen sind süchtig nach einem bestimmten Gefühlszustand, dem guten Gefühl. Beim Erbrechen ist das gute Gefühl das der Spannungsreduktion. Nach dem Erbrechen ist das Gefühl ruhig und erleichtert zu sein, alles herausgekotzt zu haben, was einem im Magen gelegen hat. Bei der Anorexie gelangen die kranken Menschen durch Hungern in eine Art Rauschzustand, bei Menschen mit Adipositas hat Essen die Funktion, das innere schwarze Loch zu füllen bzw. in der Süße des Lebens das Schwere leichter zu ertragen. Die meisten Essgestörten berichten über Heißhunger vor allem nach Süßem, und auch selbst Magersüchtige zeigen diese Tendenz, indem sie sich hauptsächlich von Cola light "ernähren".

Bei all den erwähnten Abhängigkeiten von Innen- bzw. Außeneffekten ist zu betonen, dass von Essstörungen betroffene Personen außer zu essen, zu hungern bzw. zu erbrechen über keinen alternativen Weg verfügen, um einen positiven Gefühlszustand zu erreichen. Ist der Mensch nicht in der Lage sich selbst Gutes zu tun, ist die Gefahr des Süchtig-Werdens groß. Menschliches Handeln ist dann nicht frei entschieden, sondern die Reaktion auf eine Versklavung der inneren Gefühlszustände.

Frei und entschieden "sein Leben leben" kann jener Mensch, der weiß, wer er ist und welche Lebensweise ihm entspricht. Wer bin ich? Was macht mich einzigartig und im Besonderen meine Person aus? Wofür schätze ich mich? Wo liegen meine Stärken und wo meine Schwächen? Mag ich mich so wie ich bin? Kann ich zu mir stehen und mein Eigenes auch nach außen vertreten, oder habe ich das Gefühl mich verstecken zu müssen und eine Rolle zu spielen, um Anerkennung zu finden? (Lukas 2002, 22ff.)

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass Essstörungen auf dem Boden negativer zwischenmenschlicher Beziehungserfahrungen entstehen können, welche auch die neuronale Aktivität des menschlichen Gehirns beeinflussen und so zu seiner "sozialen Konstruktion" beitragen. (vgl. Bauer 2006, Längle 2008) Besonders die Belohnungszentren werden durch Nahrung stimuliert, und so kann auch durch seinen Missbrauch – wie es bei Essstörungen üblich ist – gezielt ein gutes Gefühl, ein angstfreier Erlebniszustand erzeugt werden, sozusagen als "Lebensersatzgefühl". Dieses dient zur Kompensation von vielen ungelebten, unangenehmen Gefühlen. (vgl. www.bzga-essstörungen.de)

Das ungelebte emotionale Leben von essgestörten Personen kommt dadurch zustande, dass sie in ihrem Fühlen und Spüren von persönlich Bedeutsamem und Wertvollem beeinträchtigt sind. So erleidet die gefühlsmäßige Beziehung zum Leben, zum Leib, und auch die gefühlte Beziehung zu sich selbst einen Mangel. Dies führt unweigerlich zu einem zweckerfüllten, einem entfremdeten und wenig erfüllten Leben. (vgl. Längle 2009) Diese Tatsache ist schmerzvoll und das Defizit an Hingabe zu gefühlten Werten strebt nach Spannungsreduktion. Das Empfinden von schneller Lustbefriedigung und Entspannung durch Essen, Hungern und Erbrechen dient als Ausgleich dazu und kann süchtig machen.

Da essgestörte Patienten sich selbst meist fremd sind, und sie sich nicht in ihrem Eigenwert als Person wahrnehmen und spüren können, sind sie auf die Bewunderung und Zuwendung anderer Personen angewiesen. Bekommen sie nun positive Rückmeldung zu ihrer schlanken Figur etwa, so ist das oft eine von den wenigen angenehmen zwischenmenschlichen Kontakten und trägt zur Chronifizierung der Störung bei. Die Orientierung an allgemeinen Schönheitsidealen, wie wir es bei essgestörten Patienten vorfinden – ohne sich dabei der eigenen Schönheit gewahr zu sein – erzeugt ebenso ein stellvertretend gutes, jedoch an äußere Bedingungen geknüpftes Lebens- und Sicherheitsgefühl. (vgl. Lukas 2002)

Um nun den Bogen von der Theorie zur Praxis zu spannen, wird exemplarisch ein Durchgang einer Gruppenarbeit für Frauen mit Essstörungen auf existenzanalytischer Basis beschrieben. Da die Behandlung von Essstörungen jedoch weiter reichender Interventionen bedarf, versteht sich die Gruppenarbeit als eine unterstützende Maßnahme mit dem Ziel Ressourcen zu wecken, eine tragende Grundlage für die Therapie beizusteuern und zur Symptomreduktion beizutragen.

EXISTENZANALYTISCHE GRUPPENARBEIT MIT ESSGESTÖRTEN FRAUEN

Der im Folgenden skizzierte Aufbau und Verlauf einer Gruppenarbeit mit essgestörten Frauen wurde in Kooperation mit der Kontaktstelle für Essstörungen der Caritas Vorarlberg im Jahr 2008 durchgeführt. Die geschlechtshomogene Gruppenzusammensetzung erwies sich als sinnvoll, auch wenn sich diese eher zufällig – mangels männlicher Patienten – ergeben hatte. Die Behandlung der ausgewählten Themen entspricht dem existenzanalytischen Störungsprofil des Krankheitsbildes Essstörungen.

Ziele der Persönlichkeitsentwicklung und Selbsthilfe

Wie bereits einleitend skizziert sind die existentiellen Ursachen von Essstörungen in Beeinträchtigungen der 2. und 3.GM gemäß dem Strukturmodell der Existenzanalyse zu finden. Ausgehend von der Tatsache, dass die meisten essgestörten PatientInnen tief greifende negative Beziehungserfahrungen gemacht haben, soll das Gruppenangebot einen neuen "Beziehungsraum" eröffnen, in dem gemäß der 2.GM

positiv besetzte Kontakte und neue Beziehungsmuster möglich werden. Durch einen wertschätzenden, respektvollen und vertrauenswürdigen Umgang miteinander und durch gemeinsam verbrachte Zeit, verbunden mit der Tatsache "im gleichen Boot zu sitzen", soll ein Nähe-Erleben induziert und das Gefühl dafür geschärft werden, welche Beziehungen gut tun und mit wem es wert ist Zeit zu verbringen bzw. welche Kontakte destruktiv sind. Die Fähigkeit zu fühlen soll während des gesamten Gruppenverlaufs geübt und intensiviert werden, um besser erkennen zu können, was persönlich lebensrelevant ist. Neben den Beziehungen zu anderen Menschen zählt dazu vor allem die Beziehung zum eigenen Körper. Ausgebaut wird diese Sensibilisierung für die Gefühle durch das Üben des Ausdrucks von Gefühlen und eines konstruktiven Umgangs mit ihnen, vor allem auch mit den negativen Gefühlen.

Der andere Schwerpunkt liegt entsprechend der 3.GM in der bewussten Auseinandersetzung mit der eigenen Person, mit den persönlichen Stärken und Schwächen, den individuellen Eigenheiten und Vorlieben, sowie den hervorstechenden Persönlichkeitseigenschaften. Sich selbst so besser kennen zu lernen verhilft zu einem integrierten Selbstbild. Nur wer weiss, wer er ist, was ihm entspricht und was ihn auszeichnet, kann die Verantwortlichkeit für sich selbst, sein Leben und sein Handeln erkennen, die eigene Wertigkeit fühlen und sein Eigenes, das Persönliche nach außen vertreten und dafür einstehen. Als Ergebnis dieses Prozesses wächst die Freiheit und die Möglichkeit, das Leben so zu gestalten, wie es einem selbst entspricht. Eine solche Lebensführung bringt eine Steigerung der Lebensqualität und ein positives Lebensgefühl mit sich.

Der Erfolg in der Umsetzung der Gruppenziele hängt nicht nur vom persönlichen Engagement der Gruppenteilnehmerinnen ab, sondern steht in enger Verbindung mit der therapeutischen Haltung, welche die dafür nötigen individuellen Entwicklungsschritte bei den essgestörten Frauen fördern soll.

Therapeutische Haltung

Die Gruppenleiterin nimmt eine uneingeschränkt annehmende Haltung zu den Teilnehmerinnen und ihren Problemen mit dem "Essen" ein. Mit persönlicher Festigkeit und innerer Ruhe wird an die Bearbeitung der Themen herangegangen, auch wenn sie schwierig wird. Dieses persönliche Vorbild vermittelt den Patientinnen, dass sie die Probleme tragen kann, und fördert das Gefühl bei den Gruppenteilnehmerinnen, von ihr "gehalten" zu werden (1.GM). So entsteht ein sicherer, vertrauensvoller Rahmen, der es erleichtert, sich auf den Prozess in der Gruppe einlassen zu können.

Die empathische Zuwendung zu den Gruppenteilnehmerinnen und ihren Lebenswelten erleichtert das Miteinander-in-Beziehung-Kommen (2.GM). Der respektvolle und wertschätzende Umgang der Gruppenleiterin mit den Teilnehmerinnen vermittelt ihnen, als Personen wahrgenommen, "gesehen" und angenommen zu werden. Die phänomenologische Haltung der Therapeutin eröffnet ein Feld, auf dem sich Wesentliches, Personales offen zeigen darf, ohne eine Erwartung oder Druck aufzubauen. Durch die Begegnung von außen und die zunehmende Stellungnahme zu sich selbst wird die Grundlage für den Selbstwert gebildet. Der fürsorgliche und verantwortungsbewusste Umgang der Leiterin mit den Gruppenteilnehmerinnen hat Vorbildfunktion und soll als Modell dienen, Selbst-Fürsorge und Selbst-Verantwortung zu übernehmen (3.GM).

Gruppenzusammensetzung

Die folgende Darstellung fokussiert eine Gruppe (2008), die sich aus acht Teilnehmerinnen zusammensetzte. Vier von ihnen kamen durch Zuweisung von einer psychotherapeutischen Ambulanz, wo sich einige der Klientinnen in Einzeltherapien befanden, die anderen vier wurden per Zeitungsinserate und Öffentlichkeitsarbeit auf die Gruppentherapie aufmerksam.

Die Störungsbilder sind in dieser Gruppe so verteilt, wie es sich in der Praxis fast immer ergibt. Es überwogen die bulimischen Patientinnen: Vier von ihnen sind bulimisch, wobei drei davon auch anorektische Phasen hatten; drei Frauen litten unter reiner Anorexie, eine Frau kämpfte mit Fettleibigkeit.

Die Altersverteilung lag zwischen sechzehn und vierundvierzig Jahren. Alle Teilnehmerinnen hatten bereits Psychotherapie-Erfahrung, drei davon hatten auch stationäre Aufenthalte in einer psychosomatischen Klinik hinter sich.

Eine Patientin war Hausfrau und Mutter in Karenz, zwei Frauen besuchten zur der Zeit ein Gymnasium, eine Teilnehmerin befand sich in Ausbildung zur Lehrerin an einer Pädagogischen Hochschule, eine war Kindergärtnerin, eine war ohne Berufsabschluss und arbeitslos, eine Teilnehmerin war Studentin an einer Fachhochschule, und eine weitere Teilnehmerin arbeitete als Bankangestellte.

Voraussetzungen zur Teilnahme

Zu den Voraussetzungen zur Teilnahme zählten die Eigenmotivation, an sich und an der Erkrankung arbeiten zu wollen, verbunden mit dem Wunsch nach Veränderung, sowie die Bereitschaft, sich vor anderen zur Essstörung zu bekennen und in der Gruppe (im geschützten Rahmen) von sich zu sprechen und sich einzubringen. Auch die Verbindlichkeit, sich auf den Gruppenprozess einzulassen und die regelmäßige Teilnahme an den Gruppentreffen zählten zu den Bedingungen zur Teilnahme.

Die Dauer der Krankheit war kein Kriterium für die Aufnahme - es wurden alle Frauen in die Gruppe aufgenommen, unabhängig davon, ob sie erst seit kurzem oder bereits über mehrere Jahre an Essstörungen litten.

Die Essstörung musste die Hauptdiagnose bilden und durfte nicht Nebendiagnose sein, wie dies häufig z.B. bei Borderlinestörungen bzw. stoffgebundenen Suchterkrankung der Fall ist. Die Gruppe sollte nicht als Ersatz für Einzelpsychotherapie dienen, sondern als Ergänzung. Insbesondere bei schweren Krankheitsverläufen und bei akuter Suizidalität war in jedem Fall Einzeltherapie gefordert. Das Gruppenangebot war nur als zusätzliche, unterstützende Maßnahme gedacht.

In einem Erstgespräch wurden obige Punkte, die als Voraussetzung zur Teilnahme an der Gruppe galten, geklärt und eine Einschätzung in Bezug auf Gruppentauglichkeit der Patientinnen vorgenommen.

Struktur des Vorgehens

Die Gruppenarbeit war existenzanalytisch ausgerichtet und wurde nach dem Struktur-Modell der Existenzanalyse aufgebaut.

Ablauf der Gruppeneinheiten

Um Sicherheit und Halt zu vermitteln (1.GM), waren die Gruppenabende immer nach dem gleichen Muster strukturiert:

Einander abwechselnd gestalteten die Gruppenmitglieder die Mitte des Sitzkreises mit bestimmten Materialien aus der Natur oder von zu Hause und erzählten zu Beginn des Gruppenabends, welche Bedeutung das Mitgebrachte für sie hatte, und warum sie sich entschieden hatten, damit unsere Gruppenmitte zu bilden. Dies hatte zum Ziel einerseits selbst aktiv zu werden und andererseits einen persönlichen Beitrag zur Gestaltung des jeweiligen Gruppenabends zu leisten. Nach Begrüßung der Teilnehmerinnen durch die Leiterin folgte eine Wahrnehmungsübung, welche die Frauen ins Fühlen und Spüren bringen und auch als Zeit zum Ankommen dienen sollte.

Im Anschluss daran folgte eine Eingangsrunde mit den Fragen: Wie bin ich heute da? Was bringe ich mit? Was möchte ich die anderen von mir wissen lassen? Dabei ging es um emotionale Selbstzuwendung und bewusst auf die eigene Befindlichkeit hinzuspüren. Waren Teilnehmerinnen in einer Krise, dann wurde die Wahrnehmungsübung ausgelassen und gleich mit der Eingangsrunde begonnen, weil die Person Vorrang vor der Methode haben sollte.

Danach folgte ein kurzer Input zum "Thema des Abends" von Seiten der Leiterin, eine vertiefte persönliche Auseinandersetzung mit der Thematik fand dann im Anschluß in Form von Einzel-/Gruppenübungen statt, wobei verschiedene Methoden zum Einsatz kamen.

Nach Übungsabschluss und nochmaligem Einfinden in der Großgruppe im Sitzkreis wurde das, was persönlich als wichtig empfunden wurde, von jeder einzelnen Person benannt. Dazu gehörte auch das, was schwierig war.

Erster Gruppenabend – Ankommen und Einfinden

Das erste gemeinsame Zusammentreffen in der Gruppe war mit Spannung besetzt, sowohl von Seiten der Leiterin als auch von Seiten der Teilnehmerinnen.

Die Spannung auf Seite der Leiterin resultierte zum einen aus der Unsicherheit, wie viele Frauen tatsächlich zum Gruppenstart kommen würden, und zum anderen aus der

Frage, wie gut die Teilnehmerinnen von den Störungsbildern und der Altersverteilung her zueinander passen würden.

Da die Leiterin als Therapeutin noch nicht viel Erfahrung besaß, hatte sie auch Bedenken in Hinblick auf die persönlichen Ziele der Teilnehmerinnen. Würden sie eine rasche Lösung ihres Essproblems anstreben und die vielen kleinen Schritte der Veränderung hinter den Erwartungen übersehen oder nicht gelten lassen?

Die essgestörten Frauen formulierten als größte Schwierigkeit, sich offen vor anderen zur Sucht bekennen zu sollen. Diese Hürde darf als zentrales Problem der Gruppentherapie für essgestörte Patientinnen angesehen werden. Dies zeigte sich bereits im Vorfeld, da einige Interessentinnen sich zwar telefonisch angemeldet hatten, aber bereits zur Vorbesprechung nicht erschienen bzw. trotz absolviertem Vorgespräch nicht zum Gruppenbeginn kamen. Die Anwesenden sprachen nun offen über ihre Ängste, die sich anfänglich besonders darauf bezogen, dass jemand in der Gruppe sie kennen könnte. Hier wird deutlich, wie sehr die Essstörung schambesetzt ist. Als weitere Befürchtungen tauchten bei Magersüchtigen vor allem die Angst auf, sich zu vergleichen und noch dünner, noch schlanker sein zu wollen, als die anderen, weil sie in Konkurrenz mit den Dünnsten der Gruppe treten könnten und sich zum Ziel machen könnten, noch weiter abzunehmen. Bulimikerinnen hingegen hatten vor allem Angst, von den anderen Frauen neue Methoden zu lernen, um effektiver zu erbrechen bzw. andere ungesunde Formen des Gewichtmanagements kennenzulernen, und diese dann selbst zu nutzen.

Diese Befürchtungen waren der Gruppenleiterin gut nachvollziehbar und sie ging auf sie ein. Die Bulimikerinnen konnte sie mit der Erklärung beruhigen, dass nicht die Methoden des Erbrechens Thema der Gruppensitzungen seien, sondern das Leid, das dahinter steht und zum Erbrechen führt. Die Gruppe einigte sich darauf, mögliche "Anleitungen", wie das Erbrechen herbeigeführt werden kann, nicht zu besprechen und sich dem Verständnis für die dahinterliegenden Motive zu widmen.

Für die Anorektikerinnen wurde vereinbart, nicht über das Körpergewicht der einzelnen Teilnehmerinnen zu sprechen, um etwaiges Konkurrenzverhalten hintan zu halten.

Vollends beruhigt waren die Ängste bei der etwas provozierenden Frage der Leiterin, warum sie denn zur Gruppe gekommen wären – um ihre Krankheit und Symptomatik weiter auf die Spitze zu treiben, oder um ein Stück "heiler" zu werden? Alle bekundeten das zweite. Es wurde dann explizit auf die Eigenverantwortung verwiesen: sollte sich die Haltung zum Gruppenangebot verändern, wäre dies in der Gruppe anzusprechen. Auch wurde ein Bild einer Gruppe entworfen, in der es keine Leistungsansprüche gibt, kein Ziel, das erreicht werden muss. Aus dieser Entlastung des Nichts-leisten-Müssens heraus entsteht erst jener Freiraum, in dem Veränderung gut möglich wird.

Nach diesen orientierenden und entlastenden Gedanken wurden die Teilnehmerinnen eingeladen, erstmals etwas mehr von sich zu erzählen und zu beschreiben, wo sie gerade im Leben stehen und womit sie derzeit beschäftigt sind.

Um gut miteinander arbeiten und in Beziehung kommen

zu können, wurden Kommunikationsregeln für die gemeinsame Zeit erarbeitet:

- Jede Teilnehmerin verpflichtet sich zu absoluter Verschwiegenheit
- Jede Teilnehmerin ist für sich selbst verantwortlich
- Sprechen in der Ich-Form
- Persönliche Aussagen machen statt nur in Fragen bleiben
- Über persönliches Empfinden sprechen statt andere zu interpretieren
- Störungen haben Vorrang
- Körpersignale in der Gruppe beachten

Diese Empfehlungen aus der Ess-Störungs-Arbeit mit Selbsthilfegruppen (Ausgabe 1.4.9.00) entsprechen weitgehend den Selbsterfahrungsregeln in den existenzanalytischen Gruppen.

Danach wurde die Themenwünsche für die Gruppenabende gesammelt und auf dem Flip-Chart festgehalten. Die Frauen beteiligten sich rege. Es war interessant feststellen zu können, dass sich die Themenwünsche recht genau mit den Inhalten der 2. und 3.GM deckten, was als Bestätigung der existenzanalytischen Theorie angesehen werden kann. Die Leiterin brachte die Themen in eine Reihenfolge, sodass sich ein roter Faden für den Aufbau und den Verlauf der Abende ergab.

Zum Abschluss des ersten Abends wurde ein freies sich Bewegen im Raum zu Musik vorgeschlagen, um das Körpergefühl zu verstärken und um das, was die Musik innerlich auslöst, zum Ausdruck zu bringen.

Zweiter Gruppenabend: Beziehungen (2.GM)

Der zweite Gruppenabend stand unter dem Motto "Beziehungen", einem intensiven Thema für die Gruppe, wenn man die vielen negativen Beziehungserfahrungen als eine existentielle Ursache von Essstörungen bedenkt.

Wegen der zu erwartenden Belastung wurde die Einheit mit der Festigung von Halt (1.GM) begonnen. Dazu wurde die "Sesselübung" als eine phänomenologisch geführte Wahrnehmungsübung eingesetzt. Im Anschluss daran gab es die übliche Eingangsrunde mit der Frage nach der aktuellen Befindlichkeit.

Nun wurde eine Visualisierung des Beziehungsnetzes anhand einer Aufstellungsarbeit vorgestellt: Mit Holzfiguren in unterschiedlicher Größe stellte jede Teilnehmerin ihr gegenwärtiges Beziehungsnetz auf. Im Zentrum des Brettes steht die eigene Person. Zu jeder aktuell wichtigen Person ihres Lebens wird ein Eigenschaftswort bzw. ein Gefühl auf eine Karte geschrieben, das sie mit der entsprechenden Person verbindet. Menschen, die emotional in angenehmer oder unangenehmer Weise nahe stehen, werden auch nahe zur eigenen Person aufgestellt, während jene, die emotional als nicht so nahe empfunden werden, in einer entsprechenden Entfernung von der eigenen Person ihren Platz finden.

Jede Teilnehmerin sollte, nachdem sie ihre Beziehungslandschaft sichtbar gemacht hat, das Bild auf sich wirken lassen, bevor sie sich mit folgenden Fragen auseinandersetzte:

Wenn ich so auf meine Beziehungen blicke, welche davon stimmen für mich so wie sie sind? Bei welchen finde

- ich, dass ihr aktueller Platz nicht passt?
- Welcher Platz würde für mich bei den aktuell unstimmigen Beziehungen passen?
- Gibt es Menschen, die ich gerne näher hätte? Wenn ja, was kann ich tun, damit ich ihnen näher komme?
- Gibt es Beziehungen, in denen noch Dinge offen sind, eine Aussprache ansteht, eine Entschuldigung fällig ist?

Danach tauschten sich die Teilnehmerinnen zu zweit aus und brachten ihre Erfahrungen in die Gesamtgruppe ein.

Auffallend war, dass alle Frauen Beziehungsbrüche in ihrer Biographie aufwiesen (verlassen werden, Kontaktabbrüche, Ablehnung), am häufigsten mit den Eltern, vorwiegend mit der Mutter. Dieses Phänomen deckt sich mit verschiedenen Untersuchungsergebnissen wie etwa von Novieku (1992), die feststellt, dass es in der Biographie jeder essgestörten Frau negative Beziehungserfahrungen gibt: die des Ungeschützt-Seins, des Übersehen-Werdens oder traumatisch Verletzt-Seins. Das Symptom hat in der Regel eine lange Geschichte (ebd. 4).

Den Abschluss des zweiten Gruppenabends bildete eine angeleitete Phantasiereise zum Entspannen und um die Aufmerksamkeit wieder auf das Fühlen von sich selbst zu richten.

Dritter Gruppenabend: Halt (1.GM)

Der dritte Gruppenabend startete mit einer Wahrnehmungsübung. Es ging darum, Gegenstände mit unterschiedlicher Form und Oberfläche mit geschlossenen Augen zu ertasten. Das sollte dazu anregen, mehr Aufmerksamkeit für das Fühlen und Spüren zu entwickeln. Wie üblich gab es danach die Befindlichkeitsrunde und das Gespräch darüber, was vom letzten Treffen wie nachgewirkt hat. Danach wurde das Hauptthema des Abends - Halt finden - mit der Frage angesprochen: "Was hält und trägt mich im Leben?"

Jede Gruppenteilnehmerin setzte sich mit folgenden Fragen auseinander und schrieb das persönlich Haltgebende auf Karten. Das, was äußeren Halt gibt auf rotes Papier, das was inneren Halt gibt auf grünes.

Fragen zum äußeren Halt:

- Wer bzw. was gibt mir im Alltag Struktur und somit Sicherheit? (Aufgaben, Ziele, Arbeit, Menschen, Orte,...)
- Worauf kann ich in meinem Leben (wie blind) vertrauen? (Freunde, Partner, Natur,..)

Fragen zum inneren Halt:

- Was funktioniert bei mir unter allen Umständen? (Schlaf, Verdauung,...)
- Auf welche Verhaltensweisen und Persönlichkeitseigenschaften kann ich mich bei mir unter allen Umständen verlassen? (Verlässlichkeit, auf Körperhygiene achten....)

Die Karten wurden auf einem großen Karton geklebt, und zwar so, dass mit den roten Karten die Umrisse eines Hauses gebaut wurden - die Umrisse "meines Hauses". Ziegel für Ziegel gewann dieses Haus an Halt und Stabilität. Das Haus wurde mit den grünen Karten "eingerichtet" und zusätzlich noch von innen her gestützt.

Dann wandten sich die Teilnehmerinnen den Fragen zu:

- Was ist das für ein Haus ist das mein persönliches Haus? Ist dieses Haus ein Massivhaus, oder eher ein Kartenhaus?
- Was stört meinen Halt?
- Was kann ich tun, um meinen Halt wieder zu finden und zu stärken?

Diese Übung hat zum Ziel, den inneren und äußeren Halt sichtbar zu machen, zu stärken und die personalen Ressourcen zu bergen.

Einen interessanten Aspekt nahm in diesem Zusammenhang das Essen ein. Es zeigte sich, dass das Essen, auch das übermäßige, aber auch das Fasten und Erbrechen nach einem Fressanfall bzw. der Fressanfall selbst, das Gefühl von Struktur und Halt im Leben gab - zwar auf eine unangenehme Art und Weise, aber dafür sehr verlässlich. Eine Gruppenteilnehmerin formulierte diese Ambivalenz mit den treffenden Worten: "Das Essen ist mein größter Feind, aber gleichzeitig mein treuester Freund, auch wenn es ein Verführer ist." So wurde es den Gruppenteilnehmerinnen verständlicher, warum es so schwer fällt, von der Essstörung loszukommen, da viel Halt fehlt, der durch das Essen kompensiert wird.

Gestärkt von dem Gefühl, vom Leben selbst gehalten und getragen zu sein – neben all dem Schweren und Schwierigen - und mit einer neuen Dankbarkeit für das Alltägliche, für das geradezu Selbstverständliche, wurde der Abend ohne Abschlussübung im guten Nachklang beendet.

Vierter Gruppenabend: Mein Körper und Ich – Teil I (3.GM)

Der vierte Gruppenabend startete mit einer Imaginationsübung zum Thema: "Der sichere innere Ort". Dabei wurde an das Tragende und Haltgebende der letzten Sitzung angeknüpft und versucht, diese Erfahrung auch innerlich zu lokalisieren.

Danach stand der Abend unter dem Motto: "Mein Körper und ich". Zu diesem Zweck malten die Gruppenteilnehmerinnen in Zweier-Gruppen die Körperumrisse der jeweils anderen Frau zwei Mal. Eine Version wurde aufgehängt und jede Frau sollte zunächst ihr Abbild auf sich wirken lassen, bevor sich jede für sich mit folgenden Fragen auseinandersetzte:

- Wenn ich so auf mein Abbild schaue, bin ich überrascht, was ich da sehe, oder ist es mir vertraut?
- Kann ich mich annehmen, so wie ich bin bzw. welche Zonen meines Körpers kann ich annehmen?
- Was ist bezeichnend für mich und meinen Körper, was macht mich einzigartig?
- Welche Bereiche mag ich an meinem Körper?

Nun machten die Frauen jene Bereiche ihres Körpers mit ihrer Lieblingsfarbe sichtbar, die sie annehmen können bzw. mögen. Jene Teile hingegen, die sie ablehnten, wurden mit einer anderen Farbe angemalt. Der Austausch über das Verhältnis der angenommenen und abgelehnten Körperteile zeigte in der Gruppe deutlich, dass alle Frauen mit ihrem

Leib auf Kriegsfuß standen und es eine Herausforderung für sie war, sich selbst etwas Positives abzugewinnen. Manchen war es möglich, ihren Mund oder ihre Augen ganz in Ordnung zu finden bzw. die Beine oder Hände zu mögen, keine einzige Frau jedoch begegnete ihren Hüften, ihrem Hintern oder ihrem Bauch – Insignien der Weiblichkeit und des Frau-Seins – freundschaftlich.

Der Abend klang mit freiem Bewegen zu unterschiedlichen Rhythmen aus, um sich selbst und den Körper nochmals bewusst zu erleben.

Fünfter Gruppenabend: Mein Körper und Ich – Teil II (3.GM)

Der fünfte Gruppenabend wurde mit einer Sinnlichkeitsübung eröffnet: der Wahrnehmung unterschiedlicher Gerüche, angefangen von diversen Gewürzen bis zu unterschiedlichen Kräutern und Blumen.

Nach der anschließenden Ankommensrunde wurde inhaltlich am vierten Gruppenabend angeschlossen, mit dem Ziel, positive Erfahrungen und Bilder in Bezug auf den eigenen Körper zu bestärken und den Zugang zum Körper zu erweitern. Die Frauen beschäftigten sich mit folgenden Fragen:

- Was tut meinem Körper wohl und was kann ich ihm Gutes tun?
- Was ist mir persönlich wichtig an meinem Körper, was gestalte ich, was gefällt mir an mir? (Haare, Schmuck, modische Kleidung, Lippenstift,...)

Das, was wichtig war, wurde nun am zweiten bisher noch unbemalten Blatt mit den Körperumrissen eingezeichnet. Dann hängten die Gruppenteilnehmerinnen die beiden Umrisse nebeneinander und versuchten gemeinsam mit Hilfe der Leiterin die beiden Seiten zu integrieren.

Insgesamt lässt sich sagen, dass die Erkenntnis, dass es jeder Mensch weitgehend selbst in der Hand hat, was er aus sich und seinem Körper macht, eine befreiende Wirkung zeigte und manche Ohnmachtsgefühle von der Art: "mit so einem Körper kann man nur verzweifeln" reduzierte.

Den Abschluss dieses Abends bildete eine angeleitete Körperreise, um den Kontakt mit dem eigenen Körper nochmals zu bekräftigen.

Sechster Gruppenabend: Ich als Person (3.GM)

Der sechste Gruppenabend begann wieder mit einer sinnlichen Wahrnehmungsübung, diesmal auf den Geschmack bezogen. Die Patientinnen verkosteten unterschiedliche exotische Früchte und ließen deren Geschmack auf der Zunge zergehen. Dann versuchten die Frauen das Geschmeckte auf der Skala zwischen bitter-herb bis süss-zartschmelzend zu benennen. Dann entschied sich jede der Gruppenteilnehmerinnen für eine Lieblingsfrucht, die sie dann auch aufessen durfte.

Nach diesem köstlichen Einstieg und der obligatorischen Befindlichkeitsrunde setzte die Arbeit an den Körperbildern der letzten beiden Abende an und wurde nun auf das eigene Wesen, das Person-Sein, bezogen. Es ging um folgende

Fragen:

- Welche Gefühle, Eigenschaften und Verhaltensweisen kenne ich von mir?
- Was zeige ich davon gerne nach außen, was behalte ich lieber für mich, sodass es niemand sehen kann?
- Wie bin ich, wie wäre ich gerne?

Zu diesem Zweck schrieben die Gruppenteilnehmerinnen all das, was sie von sich nach außen sichtbar machen, auf grüne Zettel, all das, was sie nicht so gerne von sich zeigten, auf rote Zettel. Die grünen Zettel klebten sie dann rund um ihre Körperschemata, die roten Karten befestigten sie zum Teil verkehrt, so dass sie niemand lesen konnte, innerhalb ihrer gemalten Körper. Mit einer dritten Kartenfarbe benannten die Frauen noch weitere Eigenschaften, die sie idealerweise gerne hätten.

In Zweiergruppen folgte dann ein Austausch darüber, wie das Verhältnis von dem, was die Frauen gerne von sich zeigen, und dem, was sie lieber für sich behalten, aussieht. Vertieft setzten sie sich noch damit auseinander, welche Botschaft sie mit dem, was sie nach außen zeigen, transportieren bzw. warum es besser ist bzw. was es schwierig macht, das, was auf den roten Karten stand, auch sichtbar zu machen. Im Anschluss daran diskutierten sie noch in der Gesamtgruppe über die wünschenswerten Eigenschaften und was an ihnen so erstrebenswert ist.

Zusammengefasst berichtete die Mehrheit der Frauen darüber, nach außen hin möglichst cool, unantastbar, unkompliziert, flexibel und leistungsfähig erscheinen zu wollen, um von dem Schmerz, den Ängsten und den Turbulenzen rund ums Essen und dem, wie es in ihnen aussieht, abzulenken. Sie schämten sich dafür, wie "schwach" sie sich eigentlich fühlten. Eine Teilnehmerin beschrieb diese Dynamik mit folgenden Worten: "Je stärker meine Minderwertigkeitsgefühle gerade sind, desto mehr esse ich und desto dicker trage ich nach außen hin auf. Dann leg ich mich erst so richtig ins Zeug, damit niemand auch nur auf die Idee kommen könnte, wie krank ich eigentlich bin. Ich schäme mich für das, was ich tu, wenn mich niemand sieht, und deshalb behalte ich das lieber für mich allein. Oft ist es anstrengend, nach außen hin so eine Show zu liefern, so lässig und gut drauf zu sein, weil es gar nichts mit dem zu tun hat, wie es mir wirklich geht. Dann ziehe ich mich manchmal ganz in mein Schneckenhaus zurück, nehme nicht einmal mehr das Telefon ab, weil ich einfach keine Kraft mehr habe, dieses Theater zu spielen – und weil ich Angst davor habe, dass jemand entdeckt, wie ich wirklich bin." Eine andere Frau sagte, dass ihr nun klar wurde, dass sie gar nicht genau wisse, was das Echte von ihr ist und was Fassade - wer sie wirklich ist.

Zum Abschluss dieses turbulenten und bewegenden Abends folgte nochmals die angeleitete Phantasiereise zum "Sicheren Inneren Ort", um den inneren Halt zu bekräftigen.

Siebenter Gruppenabend: Persönlicher Umgang mit Heimlichkeiten (3.GM)

Der siebente Gruppenabend schloss inhaltlich auch wie-

der an den vorangegangenen an. Nach einem freien Bewegen und Tanzen zu unterschiedlichen Rhythmen und der üblichen Befindlichkeitsrunde wurde das Thema in den Raum gegeben: Mein Umgang mit Heimlichkeiten - meine persönlichen Notlügen.

Die Gruppenteilnehmerinnen setzen sich mit folgenden Fragen auseinander:

- Welche Umgangsformen mit Heimlichkeiten kenne ich?
- Welche typischen Notlügen benutze ich? Was sagen diese über mich aus?
- Wie kommen sie zustande, wohin führen sie mich?
- Was ist das Schwierige daran, meine Wahrheit zu sagen?

Nach einem ersten Austausch darüber in der Gruppe machten die Teilnehmerinnen Rollenspiele mit typischen Situationen, in denen sie üblicherweise zu einer Notlüge griffen. Nach der Darstellung dessen, wie sie gewöhnlich mit diesen Situationen umgehen, gaben die Mitspieler Rückmeldung darüber, wie es ihnen als Mitbetroffene in diesen Situationen ergangen war und welche Gefühle sie bei den jeweiligen Szenen hatten. Im Anschluss daran wurden dieselben Situationen nochmals dargestellt, diesmal mit dem Ziel, neue authentische Verhaltensweisen zu finden. Es wurde dann wiederum die Rückmeldung der anderen dazu eingeholt.

Die Frauen berichteten in der Schlussrunde, wie schwierig es oft war, das Wahre auszusprechen und von sich zu zeigen. Das spiegelte sich auch im Rollenspiel wider, bei dem es darum ging, eigene Bedürfnisse zu formulieren, Ängste einzugestehen, ein Nein auszusprechen. Dies war für sie nicht nur ungewohnt, sondern stellte eine riesige Herausforderung dar. Durch Einholen der Rückmeldungen von "den Mitspielern" der jeweiligen Szenen wurden die "Hauptdarsteller" jedoch ermutigt, authentisch zu sein. Die Authentizität und die Wahrheit, richtig verpackt – so dass die eigene Schamgrenze gewahrt blieb und dass gleichzeitig der andere die Wahrheit auch nehmen konnte – kamen bei den "Mitspielern" viel glaubhafter an als die besten Notlügen. Sie wirkten echt. Die Frauen waren verblüfft darüber, wie einfach das Leben in der Wahrheit sein kann. Nun spürten sie, wie viel Kraft es braucht, die anderen zu täuschen. Die Frauen bekräftigten sich gegenseitig, auf Grund dieser Erfahrung von nun an mutiger zu sein und Schritt für Schritt auch in der Öffentlichkeit für sich einzustehen.

Aus Zeitmangel musste auf die Abschlussübung verzichtet werden.

Achter Gruppenabend: Gefühle (2.GM)

Der achte und letzte Gruppenabend wurde auf Wunsch der Teilnehmerinnen mit einem Themeninput von der Leiterin gestaltet. Die zweite Hälfte war für ein Resümee über die gemeinsame Zeit reserviert. Aus Zeitgründen wurde auf die Wahrnehmungsübung zu Beginn verzichtet und die Eingangsrunde zur Befindlichkeit knapp gehalten.

Das Thema, um das es zum Abschluss noch einmal gehen sollte, war das neben dem Selbstwert (3.GM) so zentrale Thema Gefühle (2.GM).

Zu diesem Zweck wurden den Gruppenteilnehmerinnen verschiedene Stimmungsbilder auf dem Boden verteilt angeboten, aus denen sich jede von ihnen spontan drei Bilder aussuchen sollte. Die Gruppenteilnehmerinnen setzten sich dann mit folgenden Fragen auseinander:

- Weshalb habe ich mich für jeweils diese Bilder entschieden und welche Gefühle drücken sie jeweils für mich aus?
- Kenne ich diese Gefühle selbst gut aus meinem Leben?
- Was ist mein Lebensgrundgefühl, meine Lebensgrundstimmung?
- Zeige ich Gefühle gerne, oder verberge ich sie lieber?

Im Anschluss wurden diese Fragen in der Gruppe diskutiert. Es zeigte sich die Tendenz, dass die Frauen das Thema Gefühle eher als etwas Bedrohliches erlebten und nicht als etwas Wertvolles. Das kam daher, dass die meisten Teilnehmerinnen Erfahrungen gemacht hatten, in denen ihre Gefühle missbraucht wurden – vor allem in nahen Beziehungen. Gefühle, vor allem die negativen, können so stark werden, "dass ich Angst habe, die Kontrolle über mich zu verlieren – ich bin dann wie ferngesteuert und weiss nicht mehr, was ich tu", so die Schilderung einer sexuell missbrauchten Frau. "So ist es einfacher, sich vor Gefühlen zu schützen und sie gar nicht erst zu spüren", erklärte sie im Anschluss. Auf der Suche nach positiven Gefühlen fielen den Frauen durchwegs weniger ein als negative.

Um einen Zugang zu positiven Gefühlen aufzutun und die Gruppenarbeit einem Abschluss zuzuführen, wurden die Erlebnisse der gemeinsam verbrachten Zeit angefragt, und die Teilnehmerinnen versuchten nun, mit ihnen eine Gefühlscollage zu erstellen. Schließlich konnten einige doch positive Gefühle gefunden, geborgen und benannt werden, wie das Gefühl der Entspannung, des Raum-Habens, der Zugehörigkeit, der Akzeptanz, der Freude über mögliche Veränderungen, aber auch das Gefühl der Traurigkeit über den bevorstehenden Abschied.

Die Rückmeldungen zur gemeinsamen Zeit waren durchwegs positiv, ein paar davon seien an dieser Stelle angeführt:

- Ich hätte nie für möglich gehalten, was da alles in Zusammenhang mit meinen Essproblemen steht. Da liegt noch ein langer Weg vor mir."
- "Das, was für mich die größte Erkenntnis dieses Gruppenangebotes war, ist die Tatsache, dass ich für mein Glück selbst verantwortlich bin und weder Medikamente, noch Ärzte oder Therapeuten mich heilen können. Ich muss selbst an mir arbeiten und für mich eintreten."
- "Für mich war das Wertvollste, dass ich endlich mit anderen, die im selben Boot sitzen, über meine Probleme reden konnte."
- "Es hat gut getan zu sehen, mit seiner Essstörung nicht allein zu sein."
- "Es hat gut getan zu erleben, dass es einen Ort gibt wo Menschen sind, die mich und meine Probleme ernst nehmen."

Für mich als Gruppenleiterin und Therapeutin war es

eine große Freude, die Frauen ein Stück auf ihrem Weg zur Gesundung zu begleiten und ihnen dabei den einen oder anderen Input mit auf den Weg geben zu können.

Literatur

Bauer J (2006) Das Gedächtnis des Körpers. München: Piper

Ess-Störungen – Arbeit mit Selbsthilfegruppen. Ein Praxishandbuch für Gruppenmoderatorinnen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Ausgabe 1.4.9.00

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

Längle A (2009) Das eingefleischte Selbst. Existenz und Psychosomatik. In: Existenzanalyse 26, 2, 13-34

Lukas E (2002) Freiheit und Identität – Logotherapie bei Suchtproblemen. München/Wien: Profil-Verlag

Novieku U (1992) Die unsichtbaren Dicken. Berlin: Vortragsschrift des DGVT-Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie.

Schriftenreihe des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen, Band 1, 1991 Schriftenreihe des Frankfurter Zentrums für Ess-Störungen, Band 4, 1999 Internetquellen:www.bzga-essstörungen.de

Anschrift der Verfasserin:

MAG. SABINE FLEISCH
A-6833 Klaus
Tschütsch 48
sabine.fleisch@gmx.net

WAS IST "BORDERLINE"?

Lucio Demetrio Regazzo, Alfried Längle

Die nosologische Bestimmung des Borderline-Syndroms ist auf Grund der jeweiligen klassifikatorischen Perspektive in mehrfacher Hinsicht problematisch. Es werden die wichtigsten Beschreibungsformen genannt, die strukturellen, kategorialen, dimensionalen und ätiopathogenetischen, und ihre Gesichtspunkte werden kritisch beleuchtet. Weiters werden Grundzüge der psychoanalytischen, kognitiv-verhaltenstherapeutischen und existenzanalytischen Theorien beschrieben. Abschließend werden Selbstschilderungen von Borderline Patienten bzw. ihrer Partner wiedergegeben.

SCHLÜSSELWÖRTER: Pathologie, Borderline-Störung, Klassifikation, Psychopathogenese, Existenzanalyse

WHAT IS "BORDERI INF"?

The nosologic definition of the borderline syndrome is in many ways problematic due to the respective classificatory perspective. The most relevant forms of description are summoned (the structural, the categorical, the dimensional and the aetiopathogenetical), and their points of views are critically examined. Further, main concepts of Psychoanalysis, Cognitive behavioral therapy, and Existential Analysis are delineated. In conclusion, subjective accounts of borderline patients respectively their partners are presented.

KEYWORDS: pathology, borderline disorder, classification, psychopathogenesis, Existential Analysis

DIE BORDERLINE-BEFINDLICHKEIT: NOSOLO-GISCHE HERANGEHENSWEISEN UND THEORE-TISCHE MODELLE IM VERGLEICH

Versucht man, den Begriff "Borderline" zu fassen, kann man sich des Eindrucks nicht verwehren, in ein tückisches und schwer zugängliches Gebiet vorgestoßen zu sein. Denn schon auf den ersten Blick fällt auf, dass Schlüsselbegriffe oft unterschiedlich verwendet werden, was erheblich zur Verwirrung beiträgt.

Es wird in den Debatten ganz offensichtlich, dass wichtige Fragen dieser Störung, die immer häufiger auftritt und die trotz ihrer vielfältigen Facetten doch einen gemeinsamen Nenner zu haben scheint, noch immer offen sind. Ein relevanter Diskussionspunkt besteht in der Frage, ob eine nosologische Beschreibung eines pathologischen Borderline-Zustandes überhaupt möglich ist, oder ob dieser Terminus gewissermaßen nur eine Notlösung für alle jene Fälle darstellt, die man nicht besser diagnostizieren kann. Auf Grund dieser Kritik soll hier eine Auseinandersetzung mit der Problematik versucht werden. Dabei erweist es sich, dass es vier Beschreibungsformen für den nosologische Begriff "Borderline" gibt. Diese sind die strukturelle, die kategoriale, die dimensionale und die ätiopathogenetische Herangehensweise. Jede zeigt spezifische Stärken und kritische Schwächen auf, die im Folgenden überblicksartig dargestellt werden, um der Problematik des Borderline-Begriffs näher zu kommen.

Das strukturelle Verständnis

Die Hauptstütze hat die heutige strukturelle Nosologie in der Theorie von Kernberg (1981; 1984), der die "Borderline Organisation" als eine mögliche Persönlichkeitsstruktur von der neurotischen oder psychotischen Persönlichkeitsstruktur abgrenzt. Der Grund dafür besteht in seinem Verständnis einerseits in einem von den anderen Störungen abweichenden Entwicklungsprozess und andererseits in Unterschieden in den intrapsychischen Dynamiken, die insbesondere den Integrationsgrad von Identität, von den Arten der Abwehr und der Realitätsprüfung betreffen. Die strukturelle Diagnose beruht auf Schlussfolgerungen aus dem klinischen Gespräch, in welchem spezifische Aspekte des psychischen Funktionsniveaus von unspezifischen differenziert werden konnten

Die strukturelle Klassifikation erweist sich zwar durchaus als klar und konsequent, doch könnte ein Hauptproblem dieser Diagnose genau darin bestehen, dass es sich um eine Gruppe von Störungen handelt, deren Grenzen zu weit gesteckt worden sind, so daß zu heterogene psychopathologische Bilder erfasst wurden. Tatsächlich hätten nämlich jene Persönlichkeitsstörungen, die der strukturellen Betrachtungsweise zufolge im DSM-IV-TR derzeit als Persönlichkeitsstörungen sowohl vom Typ A als auch vom Typ B klassifiziert sind, eine gemeinsame, darunter liegende organisatorische Struktur, die der Bezeichnung "Borderline" entspricht. Vielleicht hat gerade dieser Aspekt mit der Zeit zu einer exzessiven und inadäguaten Verwendung des nosologischen Begriffs "Borderline" geführt, weil man einer gewissen diagnostischen Verwirrung vorbeugen wollte.

Die kategoriale Klassifikation

Dagegen stellt die Klassifikation im DSM-IV-TR (APA 2001, bei der die Persönlichkeitsstörung "Borderline" der Gruppe B in der Achse II zugesprochen wird, eine kategoriale Herangehensweise dar. Fünf der neun diagnostischen Kriterien sind ausreichend, um einen Patienten¹ in diese Kategorie einstufen zu können:

1. ein verzweifeltes Bemühen, ein reales oder imaginäres Alleinsein zu verhindern;

¹ Das generische Maskulinum umfaßt Frauen und Männer in gleicher Weise.

- ein Muster von instabilen und intensiven zwischenmenschlichen Beziehungen, das sich durch einen Wechsel zwischen extremer Idealisierung und Abwertung auszeichnet; Identitätsstörungen;
- 3. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (z.B. Geldausgeben, Sex, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle);
- 4. Wiederkehrende Suiziddrohungen, -andeutungen oder -versuche oder selbstschädigendes Verhalten;
- 5. affektive Instabilität;
- 6. chronisches Gefühl der Leere;
- 7. Schwierigkeiten, Wut oder Ärger zu kontrollieren;
- 8. vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen;
- 9. schwere dissoziative Symptome.

Die nicht theoriegeleitete, sondern bewusst rein deskriptiv gehaltene Vorgangsweise im DSM bietet Möglichkeiten eines umfangreichen Wissensaustausches unter Forschern, selbst bei unterschiedlicher theoretischer Orientierung. Die einfache dichotomische Struktur erlaubt es, klare und auf einander abstimmbare Zuordnungen zu treffen. Trotzdem zeigt auch die kategoriale nosologische Herangehensweise verschiedene Schwächen. Die festgestellten Kriterien sind nämlich immer als provisorisch zu betrachten, sind sie doch das Ergebnis einer stetigen möglichen Veränderung in den Forschungsergebnissen. Es gibt außerdem einen hohen Prozentsatz an Co-Diagnosen, insbesondere bei der Persönlichkeitsstörung Borderline. Borderline wird oft in Komorbidität mit anderen Störungen der Achse I oder II diagnostiziert, wie Stimmungsstörungen, Störungen durch Substanzmissbrauch, Essstörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen und Aufmerksamkeitsstörungen/Hyperaktivität. Dies wirft die Frage auf, ob "Borderline" mit diesen klinischen Kriterien überhaupt eine eigene Kategorie bilden kann. Dazu kommt, dass sich die Patienten, die man als Borderline bezeichnen würde, in einem polyätiologischen System manchmal als so heterogen herausstellen, dass man sich die Frage stellt, ob es nicht zu artifiziell ist, sie alle einem einheitlichen Begriff unterzuordnen.

Die dimensionale Herangehensweise

Die dimensionale Herangehensweise an die Diagnose bietet einen gewissen Ausgleich zu den Schwächen der kategorialen Klassifizierung. Sie beschreibt einen quantitativen statt eines qualitativen Unterschieds zwischen Gesundheit und Krankheit, der anhand von Grenzwerten festgestellt wird. Diese können als Verweis auf die psychische Dysfunktionalität verstanden werden, die entlang eines Kontinuums gemessen wird.

Die vorher beschriebene nosologisch-kategoriale Be-

schreibung basiert auf einem anderen, einem monokausalen Prinzip. Demzufolge werden verschiedene Individuen unter derselben diagnostischen Kategorie erfasst, wenn sie nur eine einzige Bedingung erfüllen: sie müssen dem Kriterienkatalog entsprechen. Im Unterschied dazu maximiert die auf dem idiographischen Prinzip basierende dimensionale Auffassung die interpersonellen Unterschiede. Jedem Individuum wird ein genauer Punkt in einer Dimension zugeschrieben, wodurch es sich von allen anderen Individuen unterscheidet.

Unterschiedliche Forschungen mit entsprechenden Testinstrumenten zeigen, dass bei Borderline-Patienten höhere Werte in einigen dimensionalen Aspekten vorliegen können, wie etwa im Suchen nach Neuheit, in der emotionalen Instabilität und Impulsivität. Trotz der ermutigenden Forschungsergebnisse steht heute noch kein dimensionales nosologisches System zur Verfügung, das empirisch validiert wäre und den Bedürfnissen der klinischen Praxis entspricht. Dazu tragen die Vielschichtigkeit der Verfahren, die Schwierigkeiten aufgrund der Heterogenität der theoretischen Modelle (die manchmal die gleiche Bezeichnung für nicht überlappende konzeptionelle Definitionen benutzen) und das sehr junge Alter der Disziplin bei. Außerdem beziehen sich die dimensionalen Modelle generell auf die Typenlehre, während man in jüngerer Zeit Persönlichkeitstheorien entwickelt hat, die mehr auf prozessualen als auf dimensionalen Aspekten basieren (Prozess, Verlauf, Entwicklung), was die Untersuchung der zu erforschenden Variablen, die Testverfahren und die Techniken für die Datenanalyse als extrem problematisch erscheinen lässt.

Die ätiopathogenetische Herangehensweise

Bei der ätiopathogenetischen Herangehensweise haben verschiedene theoretische Modelle einen Bestimmungsversuch unternommen, um die "Kernstörung", also das, was als Grund des Borderline-states angesehen werden kann, zu bestimmen. Man sucht darin Unterscheidungsmerkmale nach nosologischen Gesichtspunkten, wodurch sich die Störung von anderen Psychopathologien unterscheidet. Beispielsweise würde in der spezifischen Betrachtung von Marsha M. Linehan (2001) der pathognomonische Kern der Störung in der Dysfunktionalität des emotionsregulierenden Systems liegen. Die emotionale Verletzbarkeit des Patienten (seine ausgeprägte Empfindlichkeit gegenüber Umweltreizen, die hohe Intensität der Emotionen und das verzögerte Abklingen zur emotionalen Ausgangslage) sei biologischen Ursprungs. Sie stünden in einer Feedback-Schleife mit einer invalidisierenden Umgebung, d.h. mit einer Umgebung, in der der Ausdruck inniger Gefühlzustände nicht nur ignoriert und als falsch zurückgewiesen werde, sondern auch oft missachtet und sogar bestraft werde. Das wiederum wirke sich stark störend auf die Fähigkeit aus, die eigene emotionale Welt anzuerkennen und zu regulieren. Ausgehend von einer verhaltenskognitiven theoretischen Einstellung, basierend auf den Hauptpostulaten der dialektischen Philosophie, deutet Linehan das Ausdrucksverhalten der Borderline Störung als Scheitern der individuellen Fähigkeit, die paradoxen und gegensätzlichen Aspekte der Realität zu synthetisieren. Demgemäß sieht sie als Aufgabe der Therapie, zum Aufbau neuer Bedeutungen beizutragen, um die psychischen Fixierungen zu lösen und den psychologischen Entwicklungsprozess des Menschen anzuregen.

Im weiteren verhaltenstherapeutischen und kognitiven Umfeld stellen Beck et al. (1990; 1996) als Hauptkern der Pathologie drei geistige Postulate fest: Die Vorstellung von einer Welt, die feindlich und gefährlich ist; die Überzeugung, besonders zerbrechlich und verwundbar zu sein; und schließlich der Gedanke, unannehmbar und deswegen zum Verlassenwerden verdammt zu sein.

Wie schon erwähnt, beschreibt Kernberg einen Konflikt als Kernstörung, der die Abwehrspaltung der Selbstrepräsentanz und der Objektrepräsentanz so zum Einsatz bringt, dass gegensätzliche Paare entstehen. Andere Autoren haben jedoch im Rahmen der in der Psychoanalyse entwickelten Theoriemodelle spezifische Defizite als Ursprung des Borderline-Zustandes betont: z.B. Defizite in der narzisstischen Entwicklung (Kohut 1971); Fehlen einer inneren Objektvorstellung mit Holding-Funktion (Adler, Buie 1979); Defizite in der Entwicklung der metakognitiven Funktionen (Fonagy et al. 2002); Defizit der mütterlichen Aufnahmefähigkeit (in ihrer Rolle als "sicherer Hafen") als Auslöser des Konfliktes zwischen Unabhängigkeits- und Schutzbedürfnissen (Masterson, Rinsley 1975).

Aufs erste scheint die ätiopathogenetische Herangehensweise die Borderline Störung ganz unterschiedlich und mit anderen Modellen unvereinbar darzustellen. Auf diesen unbefriedigenden Sachverhalt Bezug nehmend brachte G. Liotti (1994; 2001) einen interessanten Ergänzungsvorschlag ein, der trotz der unterschiedlichen Kernstörungen ein gemeinsames Entwicklungselement enthält. Er sieht dieses in der "desorganisierten Bindungsweise" mit entsprechenden daraus resultierenden "inneren Arbeitsmodellen". Im Unterschied zu anderen möglichen Bindungstypen (sichere, unsicher vermeidende, unsicher ambivalente Bindung) ist diese Bindungsart von einer besonderen Inkohärenz des inneren Erlebens und der Verhaltensweise des Kindes gegenüber der Bezugsperson gekennzeichnet, die man als "strange situation" (Ainsworth 1978) bezeichnen kann.

Einige Studien weisen auf eine Korrelation zwischen der desorganisierten Bindungsweise und nicht verarbeiteter Trauer und Traumata in einem Elternteil hin, die diesen unvorhersehbar, gewalttätig bzw. lediglich unsicher und ängstlich machen. "Frightened/frightening" Eltern, d.h. "selbstunsicher oder Angst auslösend" (nach der Definition von Main und Hesse 1990; 1992) können einen unversöhnlichen Konflikt innerhalb des Kindes auslösen, das zwischen dem Bedürfnis nach schützender Nähe und dem Bedürfnis nach Abwendung vom gefährlichen und bedrohlichen Elternteil schwankt. Die "inneren Arbeitsmodelle" ("Internal Working Models", Bowlby 1976) sind Strukturen der impliziten Erinnerung, in denen die Beziehung zwischen Selbst und dem Elternteil enthalten sind. Sie prägen den spezifischen Bindungstyp. In der desorganisierten Bindungsweise pendeln sie in inkohärenter Weise zwischen gegensätzlichen Paaren, bestehend aus "Retter" und "Opfer" bzw. "Verfolger" und "Opfer". Die Vereinbarkeit des von Kernberg vorgeschlagenen Konzepts der Spaltung der Objektrepräsentanzen und dem gegensätzlichen und widersprüchlichen Stil der inneren Arbeitsmodelle, die die desorganisierte Bindungsweise kennzeichnen, scheint evident zu sein. Darüber hinaus haben einige Forschungen bei Kindern im Schulalter, die eine solchen Elternbindung aufwiesen, einen deutlichen Zusammenhang mit geringen bzw. dysfunktionalen metakognitiven Fähigkeiten festgestellt. Dies sind Fähigkeiten, die auch eine Voraussetzung sind, um Emotionen regulieren zu können.

Zusammenfassend erscheint ein Modell, das den ätiopathogenetischen Kern des Borderline-Verarbeitungsmodus in der desorganisierten Bindungsweise sieht, mit den psychoanalytischen als auch verhaltenstherapeutisch-kognitiven Theorien vereinbar.

Obwohl als Kernstörung der Borderline Pathologie angesehen, ist die desorganisierte Bindungsweise jedoch nicht der einzig denkbare Risikofaktor. Einige Studien geben nämlich insgesamt fünf mögliche ätiopathogenetische Faktoren an: Hirnschäden, hauptsächlich im orbito-frontalen limbischen Bereich; Merkmale genetischer Veranlagungen; dysfunktionale Verhaltensweisen, die sich in einem problembesetzten familiären Milieu entwickeln; exogene bzw. endogene Faktoren, die jene kognitiven Funktionen stören, die für die Entwicklung der Persönlichkeitsstruktur erforderlich sind; Sozialfaktoren, wie der Zerfall der traditionellen Werte, ein Merkmal der heutigen westlichen Gesellschaft. Ätiopathologisch erscheint es schließlich wichtig, sich nicht auf eine zu einfache lineare Kausalität zu beziehen, sondern auf eine multifaktorielle, kreisförmige Wechselwirkung biopsycho-sozialer Faktoren (Paris 1995).

DAS EXISTENZANALYTISCHE VERSTÄNDNIS

In diese Sichtweise fügt sich auch das Theoriemodell der Existenzanalyse (EA) ein, das wichtige Konzepte und Auseinandersetzungsmöglichkeiten mit den bisher erwähnten Theorien bietet. Der Existenzanalyse (Längle 2008) zufolge ist die Borderline Persönlichkeitsstörung eine klare, von anderen abgrenzbare diagnostische Einheit. Die Störung liegt primär auf der Ebene des Selbst-Seins. Während der gesunde Mensch über eine Authentizität und eine mehr oder weniger klare Identität verfügt, fehlt den Borderline Patienten beides. Der Borderline Patient versucht, diesen Mangel in der Ebene des Selbstseins durch Beziehung zu anderen Menschen bzw. Stimulierung der Beziehung zu sich selbst über das Fühlen bzw. Stimulieren von Affekten zu überwinden. Das Leiden der Borderline Psychopathologie besteht in einem unerträglichen Schmerz ob dieses Verlustes bzw. Nicht-Fühlens seiner selbst und der Erlebnisse, die dazu führten.

Der Schmerz verursacht eine Spannung, die als selbstzerstörerisch erlebt wird, da sie die ICH-Identität durch die Unerträglichkeit des Schmerzes auflöst. Die existentielle Leere (als Folge des dissoziierten Leidens und Schmerzes, mit der eine innere Taubheit einhergeht) ist ein Symptom für das Fehlen eines intimen Verhältnisses zu sich selbst. Ist der Patient alleine, geht ihm das Gefühl für sich verloren. Aus sicher heraus kommt er nicht in Beziehung zu sich, er schafft keinen "autogenen" Selbstbezug. Er braucht intensive Beziehungen zu anderen Menschen, die ob der fehlenden inneren Verankerung instabil sind, oder er benutzt manipulative, am eigenen Körper, am Eigentum, an sozialen Beziehungen usw. ansetzende "Machen"schaften (z. B. sich Schneiden, sich Betrinken, Erbrechen, Ausgeben großer Summen, Orgien).

Im Unterschied zu hysterischen, narzisstischen oder paranoiden Patienten ist der Borderline-Patient nicht an aufsehenerregenden Aktivitäten interessiert, noch kämpft er für Wertschätzung oder will er sich vor Nachstellungen in interpersonellen Beziehungen schützen. Er interessiert sich einzig dafür, wie er zu einem Sich-selbst-spüren-Können kommen kann. Er ist bemüht, sich durch die *Beziehung* zu seinem Körper, zur eigenen Psyche oder zu anderen Menschen ein "*Selbst*" aufzubauen. Wegen der fehlenden inneren Stabilität haben die Aktionen aber impulsiven Charakter. Dem existenzanalytischen Strukturmodell zufolge handelt es sich beim Borderline-Leiden um eine Störung des Personseins. Es gelingt dem Ich nicht, eine Authentizität zu generieren (dritte Grundmotivation: fehlendes Gefühl für ein "Sosein-Dürfen" – cf. z.B. Längle 2002a, b; 2008).

Das Spezifische an der Borderline-Ausgestaltung dieses Leidens besteht nun darin, dass es im Zusammenhang mit Störungen in Beziehungen und im Gefühlsleben zu tun hat. Folglich wird genau über diesen Weg versucht, ein Selbst zu generieren. Die Aktivitäten richten sich daher auf Beziehungs- und Gefühls-Thematiken (entsprechend der zweiten Grundmotivation des Strukturmodells, wo es um das "Leben-Mögen" geht, somit um die Beziehungsfrage zum Leben – vgl. ebd.). Der Borderline-Patient würde gerne sein Leben fühlen, aber er hat kein Gefühl dazu. Stattdessen empfindet er, kein Recht dazu zu haben für eigenes Erleben. Da dies für ihn nicht selbstverständlich ist, bedarf des Kampfes, der Leistung. Er fühlt sich zutiefst nicht erwünscht und nicht geliebt. Da diese Gefühle in seinem "Kern" sitzen, resultiert daraus der Verlust des eigenen Selbst. Darin wird existenzanalytisch die tiefe Ursache der Spaltung gesehen: Dazusein, ein Leben zu haben, aber sich nicht lebendig zu fühlen. Die Spaltung betrifft nicht nur das ICH in Bezug auf sich selbst, sondern auch das ICH in Bezug zur Welt. Der Borderline-Patient lebt in einer widersprüchlichen und gegensätzlichen Welt – zumeist begann das mit den Eltern, die z.B. gegensätzliche Pläne und Erziehungsweisen ihm gegenüber hatten. In dieser gespaltenen und unberechenbaren Welt ist sein eigenes ICH genauso gespalten und haltlos-impulsiv herangewachsen. An Stelle von entschiedenem Handeln dominiert das impulsive, heftige, vom Schmerz stimulierte und ihn überwinden wollende Reagieren.

Im Unterschied zur Psychoanalyse wird hier die Spaltung nicht als Ursache der Entwicklung einer Borderline-Struktur, sondern als Folge einer Grunderfahrung (Primärerfahrung) von Spaltung von sich selbst und der erlebten Realität, von autochthonem und sozialem Selbst angesehen. D.h. dass in diesem phänomenologischen Modell die Borderline-Störung nicht durch den Einsatz und die Persistenz unreifer Abwehrmechanismen entsteht (wie Kernberg meint), sondern mit realen Erfahrungsmomenten anfängt. Der Patient erlebt eine Urform des Gespaltenseins in der genuin-phänomenologischen Wahrnehmung, die ihm als Essenz durch all die

widersprüchlichen Erlebnisse hindurch entgegenkommt: "Sei! (funktioniere bzw. ich brauch dich für mich) - aber *du darfst nicht leben*!"

Ist diese äußere Wahrnehmung schon in sich gespalten und das eigene Leben unterdrückend, so kommt neben diese soziale Selbstwahrnehmung die autochthone, ursprüngliche, die das Leiden des Gespaltenseins erst recht zuspitzt: nämlich das eigene Gefühl "ich möchte leben – ich möchte ich sein!". Dieses Aufbäumen von eigenem Lebensanspruch, der der anhaltenden Unterdrückung immer wieder erliegt, stellt eine *Grundlage der Impulsivität* in diesem Leiden dar. Das ICH und seine Welt sind also von vornherein geteilt – nicht erst durch die Schutzreaktionen. Diese verstärken das Geteiltsein jedoch.

Insbesondere spielt hier der Aktivismus des Schaffens von Bildern von der Wirklichkeit eine Rolle. Durch Idealisierungen der Wirklichkeit werden störende, unliebsame Bereiche der Wirklichkeit ausgeblendet. Das Gespaltensein des Selbst setzt sich in der Schaffung solcher Bild von der Wirklichkeit fort. Das gespaltene Selbst hat nämlich nicht die Fähigkeit, die Wirklichkeit auch mit den leidvollen, "negativen" Seiten anzunehmen (Kernberg spricht von fehlender Verdrängungskapazität). Diese Bilder stehen für die Wirklichkeit. Wenn die Realität nun eine solche Vorstellung der Wirklichkeit bedroht, gerät das "Selbst" in Gefahr. Um sich zu schützen, wird wieder die Spaltung eingesetzt: Es wird das bedrohte Bild ausgetauscht gegen ein anderes Bild, das möglichst weit weg von einer neuerlichen Korrektur durch die Realität angesiedelt ist: nämlich am gegenteiligen Pol. So kommt es zu dem bekannten Kippen der Bilder ins Gegenteil und zu der wohlbekannten Beziehungsinstabilität.

Neben dem fehlenden bzw. uneinheitlichen Gegenüber (entsprechend dem Defizit in der 3. GM) und psychotraumatischen Erfahrungen in Beziehungen zu wichtigen anderen Menschen (entsprechend dem Defizit in der 2. GM) werden auch in der Existenzanalyse weitere Faktoren als Mit-Ursachen angegeben, die zumindest teilweise vorhanden sein müssen, damit sich die Störung entwickeln kann: Vererbungsfaktoren und Disposition; Substratstörungen des Gehirns, auch in der Folge von Sucht; Lernprozesse; manipulatives Elternverhalten; früher Verlust von Hauptbezugspersonen, des Dialogs und weiterer gravierender Deprivationserfahrungen in der Entwicklungsphase etc.

ERZÄHLUNGEN VON BORDERLINE PATIENTEN²

Ich erschaffe Träume, ihr bringt sie um. Ich würde gerne betrunken sterben, um vor das Tor der Hölle zu erbrechen. (Ein Betroffener)

Ich bin Borderliner

"Ich werde versuchen, in einer einfachen Art zu erklären, was es heißt, Borderliner zu sein. Borderliner zu sein ist wie auf einem dünnen Draht zu gehen … man ist in der Schwebe und man riskiert immer zu fallen. Es bedeutet Selbstverletzung, Stimmungsschwankungen, Essstörungen,

² Alle hier wiedergegebenen Erzählungen der Borderline Personen sind echt und nur insoweit verändert, dass keine Erkenntlichkeit gegeben ist und die Flüssigkeit des Textes gewahrt wird. Die Originalkopien der einzelnen Schilderungen liegen vor.

ambivalente Gedanken, Verlassens-Angst, Zornausbrüche und unterdrückte Wut, Verlangen nach ständigen Bestätigungen, Verlangen nach Aufmerksamkeit und Liebe. Es ist ein großes Chaos im Kopf. Zuerst denkst du so, zwei Minuten später anders. Und dein Glück ist von den anderen abhängig. Boderline ist, eine innere Leere zu haben, die keinem Menschen und nichts jemals gelingen wird, zu füllen. Es ist der Versuch, dem Leben um jeden Preis einen Sinn zu geben, aber es nicht zu schaffen, diesen zu finden. Es ist Laufen ohne ein Ziel, und es nicht zu schaffen, irgendwo anzukommen. Und die wenigen Male, die es dir gelingt, merkst du, dass es dir nicht reicht und so läufst du weiter."

Wut, Schwankungen, Einsamkeit

"Ich erschaffe Träume, ihr bringt sie um. Ich würde gerne betrunken sterben, um vor das Tor der Hölle zu erbrechen."

"Mein Freund *explodiert* üblicherweise gegenüber demjenigen, den er liebt. Zu bestimmten Zeiten seines Lebens behandelte er mich und seine Verwandten sehr schlecht, aber zur selben Zeit war er fähig, zu Bekannten sehr lieb zu sein."

"Allein zu bleiben ist unsere Zukunft. Was mich betrifft, fange ich schon an, mich an den Gedanken zu gewöhnen. Ich entschuldige mein Verhalten nicht, aber seien wir offen, es ist klar, dass wir wegen unserer Probleme (vor allem wegen der absurden Stimmungsschwankungen) nie eine stabile Beziehung haben werden (egal ob Liebe oder Freundschaft). Wer wäre bereit, sich die Mühe zu machen, hinter uns und unseren schlechten Launen daherzugehen? Niemand, weil wir auch die geduldigsten Menschen dieser Welt verrückt machen."

"Sogar die Psychologin hat mir zu verstehen gegeben, dass es wirklich schwierig war, mit mir zu tun zu haben. Also, was habe ich dann, Dummkopf wie ich bin (um nichts anderes zu sagen), gemacht? Anstatt darüber nachzudenken und zu versuchen, mich zu ändern, bin ich weggegangen, bin weggeblieben von der Therapie, mit großem Bedauern, sogar mit Verzweiflung würde ich sagen. Man braucht nicht zu erwähnen, dass ich mich auch in den Beziehungen außerhalb der Therapie schlecht verhalten habe, indem ich manche Leute verletzt habe. Um nicht die vielen Katastrophen in der Arbeit aufzuzählen, wo ich oft impulsive Entscheidungen traf, die ich jetzt nicht weiter erzählen möchte und die nicht wieder gut zu machen sind. Manchmal denke ich, dass Leute wie wir ein großes Trauma bräuchten, um mit den Füßen auf den Boden zu kommen. Vielleicht lernten wir dann, die anderen und auch uns selbst zu respektieren."

Manipulation und Antisozialität

"Nein! Manipulation, wie ihr das nennt, ist eine Notwendigkeit. Ein Bedürfnis nach Liebe. Ich tue alles, um zu gefallen, weil ich die Leere, die ich in meinem Herz spüre, ausfüllen muss. Die Leere, die man fühlt, ist nichts anderes als ein Mangel, den man, wie auch immer, zu füllen versucht, um jeden Preis. Einmal schrieb ich in einem Brief "... wenn Ihr mit einem Blinden redetet, würdet Ihr euch nie über ihn aufregen, weil er nicht verstehen könnte, wenn Ihr versuchtet, ihm die Sonne zu beschreiben. Es ist physiologisch, nicht verstehen zu können, zumindest bis zum Äußersten, manche Situation, für den, der sie nie durchlebt hat…"

"Das schreckliche Bedürfnis nach Liebe, das man in sich trägt, bringt einen zu extremen Taten. Ich glaube, es ist nicht Manipulation. Ich manipuliere niemanden. Ich habe ganz einfach ein Verhalten, das den anderen dazu bringt, mir nachzukommen. Ich weiß nicht, warum. Ein gewöhnliches Gegenüber alleine reicht nicht aus, weil man dann zum Schluss immer noch nicht weiß, wohin man will. Es scheint so, als ob man dann stehen bleibt. Und deshalb braucht der Bordeliner Verwicklung. Wenn das fehlt, dann fehlt alles. Man braucht immer Input, Anreize. Im allgemeinen äußern Menschen ihre Gefühle. Ich stecke meinen Weg entsprechend ab."

"Der Borderliner braucht /wünscht sich / hat Lust, sich von den anderen zu unterscheiden. Er will sich nicht wie eine Nummer fühlen. Er braucht dauernd Gewissheit, deshalb prüft er manchmal die anderen, manipuliert (bewusst oder unbewusst). Für die, die uns nahe stehen, ist es hart, ich weiß."

"Ich hatte einen Borderliner als Freund, der nichts anders tat, als mir online seine Räusche sowie sein Sich-selbst-Schneiden zu beschreiben. An einem Tag ging er so weit, mir zu sagen: *jetzt schneide ich mir in die Venen*. Da platzte mir der Kragen, und ich sagte ihm, es sei genug. Ich wollte nicht mehr Zeugin dieser Momente und auch nicht seine Komplizin sein, schließlich nutzte es wenig, was immer ich auch sagte, um ihm zu helfen. Er musste verstehen, was er mir antat, indem er mich aus der Ferne machtlos teilnehmen ließ, in der Beobachtung seiner selbstschädigenden Momente. Ich weiß, ich war vielleicht sehr extrem, aber ich war wirklich an der Grenze meiner Fähigkeit ertragen zu können. Ich glaube, es muss sicher sehr schwer sein, Therapeut solcher Patienten zu sein."

"Es spielt keine Rolle, ob Prof. C. eine Ähnlichkeit zwischen dem Kriminellen und einem Borderliner behauptet, wenn er über Antisozialität redet. Für mich ist sie nur blühende Phantasie. Das Hauptmerkmal, das den antisozialen Patienten vom Borderliner unterscheidet, ist die mangelnde Reue, das Fehlen des schlechten Gewissens. Ein Patient, oft kalt in der Erzählung der Details, auch von Gewaltakten, wenn nicht sogar von einzelnen oder Serienmorden. Sie zeigen ein reizbares und aggressives Verhalten gegenüber anderen und sind zynisch und verachtend gegenüber Empfindungen und dem Leiden anderer Menschen. Das passiert einem Borderliner sicher nicht. So, und jetzt erklärt mir, was das mit Antisozialität zu tun hat. Vorher im Autobus habe gerade gedacht, dass wir ja Kriminelle sind, aber nur gegenüber uns selbst. Wir tun nur uns selber weh. Glaube ich."

"Die einzigen gleichen Merkmale sind vielleicht die Impulsivität und die Unverantwortlichkeit. Aber Du darfst mir nicht einen Borderliner mit einem Kriminellen vergleichen. Ok, aber nicht alle! Jeder ist eine Welt für sich, *manche* tun es und manche nicht. Ich persönlich halte mich nicht für eine Kriminelle … noch nicht."

"Du kannst mir auch den Papst schicken. Krimineller oder nicht, das ist nicht der Punkt! Dahinter, glaub mir, verbirgt sich viel mehr. Aber, wenn man nur festmachen will, ob Krimineller oder nicht, lässt man den Rest – was viel wichtiger wäre – aus."

"Ich hatte eine Beziehung mit einem Borderline-Jungen. Am Anfang: Liebe, Bemühungen, dauernde Aufmerk-

samkeiten. Er war's immer, der angerufen hat und der das Fortgehen entschied. Das erste Mal, dass ich ihm Ausgehen vorgeschlagen habe, hat er es mit Mühe akzeptiert und während des ganzen Abends ständige Stimmungsschwankungen gezeigt. Am Ende des Abends sagte er mir, dass er nichts Ernstes mit mir wolle. Nach einer Weile hat er mich wieder angerufen, und wir haben uns versöhnt. Von da an waren seine Schwankungen alltäglich und tief verletzend. Die Vielfalt seiner Reaktionen war groß: Es ist deine Schuld (nicht wiederzugebende Beschimpfungen), du sollst sterben. Er machte so weiter, bis er eines Abends bei mir zu Hause hereinkam und begann, sich Beine, Rücken und Brust zu ritzen. Nach einem Psychiatrieaufenthalt näherte er sich mir wieder, aber er setzte die üblichen Schimpftiraden fort und fuhr fort, mich zu kränken. Ich höre nun auf, zu schreiben, weil ich erschöpft bin. Ich weiß, meine Frage ist doof, aber was soll ich tun? "

"Ich habe eine 34jährige Frau mit dieser Störung kennengelernt, und ich habe mich zu einer Beziehung hinreißen lassen. In den ersten Monaten gingen die Dinge trotz mancher Schwierigkeiten und mit viel Geduld gut voran, und selbst ihr Psychiater hatte eine Verbesserung bemerkt, die mit der Beziehung zusammenhing. Dann, vor einem Monat verließ sie mich plötzlich und entwickelte immer mehr Symptome einer Depersonalisation, Depression und tägliche Fressattacken. Ich versuchte, mich ihr wieder zu nähern, aber ihre Antwort drauf war, dass meine Person sie hindern würde, zu sich selbst zu finden und sich selbst zu lieben. Mein Selbsterhaltungstrieb sagt mir, ich soll es sein lassen, aber ich weiß, ich würde dann ein Leben mit Schuldgefühlen und Gewissensbissen haben. Was ich nicht verstehe, ist, aus welchem Grund sie die Beziehung beendet hat, gerade weil sie eine Verbesserung bewirkt hat. Ich denke, ein möglicher Grund könnte in der Konfrontation mit einer Person liegen, die sie nicht beherrschen konnte und die aber gleichzeitig sie nicht beherrschte. Ich stelle mir weiter tausend Fragen, aber ich finde keine Antworten."

"Ich bin seit vielen Jahren mit einem Mann befreundet, der eine Borderline Diagnose hat. Wir teilen etwas gemeinsam: die Homosexualität. Er äußert sich immer mit Hammer-Sätzen mir gegenüber, um mich zu demütigen. Viele Male hat er *natürlich unabsichtlich* Sätze losgelassen, die mich zutiefst gedemütigt haben. Ich hätte ihn geohrfeigt, hätte ich nicht von seiner psychischen Lage gewusst. Die letzte Episode: wir hatten uns vor seiner Arbeitsstelle verabredet, und als er kam, sagte er mir *liebevoll*, es wäre besser, wir würden uns woanders treffen, weil seine Vorgesetzten nicht wollten, dass er sich mit fremden Leuten zeigt. Die ganzen Skrupel hindern ihn aber nicht, Anzeigen mit Fotos auf Hard-Core-Seiten zu setzen oder detaillierte Erzählungen seiner Sexbekanntschaften im Netz zu machen. Ich weiß nicht mehr, wie ich mich verhalten soll!"

DER BORDERLINER UND DIE PSYCHOLOGEN

"Die Psychologen lassen sich fast nichts anmerken. Und das macht wütend. Lasst locker! Man hat große Angst, zu erfahren, was ihr wirklich fühlt, was wir in Euch auslösen. Ein bisschen aus Narzissmus, ein bisschen um zu wissen, wie man weiter handeln soll. Leute, was für eine Katastrophe! Gerade schreibe ich über vieles, aber wer weiß, ob es für alle so ist. Bei einem Borderliner sollte man, kurz gesagt, die Setting Regeln ganz abschaffen. Siehst Du, genau ... ich habe übertrieben, nicht abschaffen sollte man Sie, aber wenigstens locker machen".

"Ein Gefahr für den Psychotherapeuten, wenn er eine Person mit dieser Art von Störung behandelt, könnte, glaube ich, das Risiko sein, öfter aus den Rahmen zu fallen und manchmal, ohne dass er es merkt, auch Regeln zu verletzen. Nun schreibe ich einfach los, ohne nachzudenken. Aber, wie L. würde ich auch gerne die Meinungen anderer Menschen mit einer Borderline Diagnose lesen. L. hat einmal sich selbst und mich gefragt: wie können wir Euch helfen? Ihr müsst uns entgegenkommen. Ich erkläre es Euch. Aber ich rede für mich, denn ich weiß nicht, ob dies die Gedanken von allen sind. Es reicht eine normale Therapie nicht. Meiner Meinung nach hilft es gar nicht bei Borderlinern. Man will alles und sofort, und eine normale Therapie braucht viel Zeit, geradezu Jahre. Für das, was mich betrifft, wenn ich nicht ab sofort eine Verbesserung sehe, dann denke ich, es ist nicht zu gebrauchen. Also hört man auf, weil man es satt hat. Dann kommt die Inkonsequenz dazu. Einmal geht man hin, einmal wieder nicht. Wie halt der Wind weht. Deshalb bringt man wenig zustande. Dann gibt es noch die Gewissheiten. Man wartet ununterbrochen auf Zeichen Eurer Zuneigung. Man muss das Gefühl haben, Ihr macht es, weil Ihr an die Sache glaubt und nicht wegen des Geldes. Man bildet sich ein, einmalig sein zu wollen, deshalb macht man alles, um unvergesslich zu bleiben, und unvermeidlich schafft man es auch. Ich weiß nicht wie, aber es gelingt immer. Weil man übertreibt, und auch weil man im Grunde wirklich besonders ist. Schwierig aber zärtlich. Auch in der Aggressivität. Ich weiß nicht genau, was es ist, das anzieht... aber man gewinnt uns immer lieb. Eine normale Therapie mit diesem Typ vom Patienten kann gar nicht funktionieren. Ich habe nunmehr die Gewissheit. Weil man sich immer als besonders fühlen will, anders als alle andere Patienten, aber vor allem hundertprozentig geliebt. Also warum nicht eine Ausnahme von der Regel machen? Was weiß ich, z.B. gemeinsam Pizza essen gehen. Weißt Du, was für ein Spaß das wäre? Und währenddessen kann man plaudern, ohne dass es einem wie ein Verhör vorkommt. Es wäre sanfter, nicht so schwer wie die Sitzungen. Außerdem, warum redet Ihr nicht über Eure Gefühle, und über alles, was Euch im Kopf vorgeht? Lasst Euch gehen ... im schlechtesten Fall wird es verletzend. Manchmal macht die Ehrlichkeit verzagt, aber sie tut auch gut, weil sie die Auge öffnet. Ich hab's, man braucht jemand, der uns die Augen öffnet, aber schnell, sonst verlieren wir die Lust daran. Man braucht eine besondere Beziehung, keine eintönige. Aber wenn man so vorgeht, würde man gegen die Setting-Regeln verstoßen, daher zum Teufel! Ich weiß es nicht, es ist wirklich eine Katastrophe. Es bleiben einem die Medikamente, aber es gibt Leute, die sie nicht nehmen wollen, auch wenn sie es dringend bräuchten. Es ist schwierig, ich verstehe es, weil man nicht wenige Probleme zu bewältigen hat: Essensprobleme, Selbstverletzungen, Wut, Überempfindlichkeit, Identitätsprobleme, Unbeständigkeit, Stimmungsschwankungen usw. Man verliert sich. Zusammen, leider. Man müsste zuerst wissen, wo man anfängt und wo man hin will. Aber es ist auch nicht auszuschließen, dass man einen Teil ordnet, und dass, während man sich dann einer anderen Sache widmet, der geordnete Teil wieder ins Schwanken gerät." Mother in the Genesis and Psychic Structure of the Borderline Personality. International Journal of Psycho-Analysis, Vol. 56, pp. 163-177

Paris J (Hg) (1995) Il disturbo borderline di personalità. Mailand: Raffaello Cortina Editore

Literatur

- Adler G, Buie DH (1979) Aloneness and borderline psychopathology: the possible relevance of child developmental issues. Int J Psychoanal 60(1):83-96
- Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S (1978) Patterns of Attachment. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- APA (2001) American Psychiatric Association: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali Text Revision (DSM-IV-TR). Mailand: Masson
- Bateman A, Fonagy P (2006) Il trattamento basato sulla mentalizzazione. Mailand: Raffaello Cortina Editore
- Beck AT, Freeman A (1990) Cognitive Therapy of Personality Disorders and Associates. New York: Guilford Press
- Beck et al (1996) Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II).

 San Antonio: The Psychological Corporation Bowlby J (1976)

 Attaccamento e perdita, Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Torino: Boringhieri
- Cancrini L (2006) L'oceano borderline. Mailand: Raffaello Cortina Editore
- Caviglia G, Iuliano C, Perrella R (2005) Il disturbo borderline di personalità. Rom: Ed Carocci
- Fonagy P, Gergely G, Jurist EL, Target M (2002) Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York; Other Press
- Gabbard G O(2007) Psichiatria psicodinamica. Milano: Raffaello Cortina
- Gabrieli F (2010) Disturbi di Personalità e sindromi ansiose. In: Regazzo L D (Hg) Ansia che fare? Prevenzione, farmacoterapia, psicoterapia. Padova: Cleup, pp 55-57 http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/liotti-1.htm
- Kernberg OF (1981) Structural interviewing. Psychiatric Clinics of North America 4, 1, 169-195
- Kernberg OF (1984) Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT: Yale Univ. Press
- Kohut H (1971) Narcisismo e analisi del Sé. Torino: Boringhieri
- Längle A. (2002a) Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. In: Längle A. (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas, 127-156.
- Längle A. (2002b) Das Selbst als Prädilektionsstelle von Dissoziation und Spaltung. In: Längle A. (Hg) Hysterie. Wien: Facultas, 157-176
- Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29-180
- Linehan M M (2001) Trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo borderline. Mailand: Raffaello Cortina Editore
- Liotti G (1994) La dimensione interpersonale della coscienza. NIS, Roma: J. Bing-Hall
- Liotti G (2001) Le opere della coscienza. Psicopatologia e psicoterapia nella prospettiva cognitivo-evoluzionistica. Mailand: Raffaello Cortina Editore
- Maffei, C., Borderline, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2008.
- Main M, Hesse E (1990) Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (Hg) Attachment in the preschool years. Chicago: Univ. Chicago Press, 161 - 182
- Main M, Hesse E (1992) Attaccamento disorganizzato/disorientato nell'infanzia e stati mentali dissociati dei genitori. In: Ammaniti M, Stern DN (Hg) Attaccamento e psicoanalisi. Roma-Bari: Laterza, 86-140
- Masterson J, Rinsley D 1975) The Borderline Syndrome: The Role of the

Anschrift der Verfasser:

Dott. Lucio Demetrio Regazzo
Psicologo Psicoterapeuta
Direttore Associazione IAR Esistenziale
Via Sant'Agnese 38
I - 35030 Caselle di Selvazzano
www.iaresistenziale.com
www.regazzo.org

PD Dr.med.Dr.phil. Alfried Långle Ed. Sueß-Gasse 10 A-1150 Wien alfried.laengle@existenzanalyse.org

WEGE ZUM

WESENTLICHEN

Adjuvante Methoden

in Existenzanalyse und Logotherapie

Herbstsymposium der GLE-Ö

27.-28. September 2013 Salzburg, Schloss Goldegg www.existenzanalyse.at

STÖRUNGEN DES SELBST BEI KINDERN IM VORSCHULALTER

VITA CHOLMOGOROWA

Dieser Artikel befasst sich mit Ursachen der Konfliktaffinität bei Vorschulkindern und liefert zunächst eine phänomenologische Beschreibung von konfliktbelasteten interpersonellen Beziehungen von Vorschulkindern (Aggressivität, Empfindlichkeit, Schüchternheit, demonstratives Verhalten). In der Folge wird ein Zusammenhang zwischen den Erziehungsmethoden der Eltern (Werte in der Erziehung, Erziehungsstil) und den einzelnen Formen von konfliktbelasteten Beziehungen hergestellt.

SCHÜSSELWÖRTER: Beziehung, Dialog, empir. Forschung, Person, Störungen des Selbst

DISORDERS OF THE SELF OF CHILDREN AT PRE-SCHOOL AGE

This article deals with the causes of the affinity of conflicts of pre-school children and firstly provides a phenomenological description of conflict-laden interpersonal relationships between pre-school children (aggressiveness, sensitivity, shyness, demonstrative behavior). Subsequently, a connection is established between the educational methods of the parents (values in the education, style of upbringing) and the different forms of conflict-laden relationships.

KEYWORDS: relationship, dialogue, empirical research, person, disorder of self

EINLEITUNG: PERSONALE UND FUNKTIONALE HALTUNGEN ALS GRUNDLAGE VON INTERPERSONELLEN BEZIEHUNGEN

Das Kind ist von Natur aus personal. Durch die Wechselwirkung mit der Welt entwickelt das Kind altersgemäße Ich-Strukturen. Dazu schreibt Längle (2006, 46-47): "Sich selbst sein kann man nur, wenn man sich zuerst selbst zu Gesicht bekommt und ein *Bild* von sich gewinnt. Das geht über eine gewisse innere wie äußere Distanz zum eigenen Handeln, Fühlen und Entscheiden. Um diese *Distanz* zu sich selbst zu schaffen, bedarf es der Begegnung mit anderen Menschen ... Ohne sich betreffen, antreffen, wecken zu lassen findet das Ich nicht wirklich statt."

Der Mensch hat ein Bedürfnis im anderen widergespiegelt zu werden, er braucht eine Bestätigung seines eigenen "Ich", er ist bestrebt gesehen und gehört zu werden. Beziehung und Verstehen werden dadurch möglich, dass der andere mir ähnlich ist: er ist – wie ich – eine eigene Person. Durch die Begegnung mit der Person des anderen, durch die emotionale Identifizierung mit ihr, wird es mir möglich über die Grenzen meiner eigenen Erfahrung zu blicken (Selbst-Transzendenz). Das verleiht mir ein Gefühl der Einheit mit dem anderen und führt zu Phänomenen des Mitempfindens wie Mitgefühl, Mitfreude, Mitleid.

Wenn aber die natürliche Offenheit der Person von anderen Menschen abgelehnt wird, wenn sie missbraucht und ausgenützt werden, dann wird der Mensch der Möglichkeit beraubt, sich selbst als Person zu erleben. Das kommt im Gefühl des Ich-Verlustes zum Ausdruck.

Wenn der Mensch sich davor schützen will, missbraucht, ausgenützt oder durch eine ignorierende, entwertende oder ungerechte Bewertung verletzt zu werden, kann er dabei in ein unfreies Abwehrverhalten geraten. Im Gegensatz zum personalen Verhalten etabliert er dann eine so genannte funktionale Beziehung zu seinen Mitmenschen. Diese Beziehung beruht auf der Verteidigung der Interessen des eigenen Ich. Sie beruht darauf, sich selbst Vorteile zu verschaffen, ohne sich an der Person des anderen, an seinen Bedürfnissen und Gefühlen zu orientieren.

Das Werden des Ich, des Selbst und das Entstehen von Selbstwert befinden sich in ständiger Bewegung. Der Mensch ist in jedem Alter in Bezug auf seinen Selbstwert empfindlich und verletzbar. Ein Selbstwert, der das Ich stärkt, ist eine Voraussetzung für einen Zugang zur eigenen Person und in der Folge auch zur Person des anderen.

Reale zwischenmenschliche Beziehung sind nie ausschließlich personal oder ausschließlich funktional. Beide Zugänge zum anderen gehen ständig ineinander über. Denn offensichtlich kann der Mensch einerseits nicht leben, ohne sich mit anderen zu vergleichen und sie auch bisweilen für sich zu nutzen (funktionaler Zugang), gleichzeitig kann er aber zwischenmenschliche Beziehung nicht bloß auf Konkurrenz und gegenseitige Bewertung reduzieren, sondern braucht auch eine tiefe Begegnung mit dem anderen (personaler Zugang).

Auf diesen dualen Charakter von zwischenmenschlichen Beziehungen haben viele Philosophen hingewiesen. So hat zum Beispiel Martin Buber von zwei Typen der Beziehung gesprochen: von der Ich-Es-Beziehung und von der Ich-Du-Beziehung.

Die Beziehung vom Typ Ich-Es, in der das Ich ein "Eigenwesen" ist (im Gegensatz zu Bubers "Person"), befreit den Menschen nicht vom Gefühl der Einsamkeit, sondern verstärkt dieses Gefühl. In der Ich-Es-Beziehung zeigt sich das Ich, indem es sich vom anderen abgrenzt, entfernt und isoliert. Die Individualität versteht sich selbst und den anderen als eine Gesamtheit von Merkmalen (Zugehörigkeit zu einer Volksgruppe, einem Beruf, Augenfarbe, Körperhöhe usw. usf.). Dementsprechend wird die Individualität den anderen durch das Prisma dieser speziellen Merkmale wahrgenommen. Der andere ist für das Buber'sche Eigenwesen ein Er, ein Objekt oder Nicht-Ich wie Berdjaew anmerkt. Heidegger spricht in diesem Zusammenhang von Jemand. Anders gesprochen: in Ich-Es-Beziehungen ist der andere für mich ein Gegenstand der Erkenntnis und der Nutzung. Der Ich-Es-Beziehung bei Buber entspricht eine Ich-Beziehung vom Typ Ich-Menge bei Kierkegaard, eine Ich-Jemand-Beziehung bei Heidegger oder eine Ich-Sie-Beziehung bei Berdjaew (vgl. 1994).

Die Ich-Es-Erfahrung der Welt beschreibt Buber mit den folgenden Worten: "Die Welt ist einigermaßen zuverlässig,

sie hat Dichte und Dauer, ihre Gliederung lässt sich überschauen, man kann sie immer wieder hervorholen... Du nimmst sie wahr, nimmst sie dir zur 'Wahrheit', sie lässt sich von dir nehmen, aber sie gibt sich dir nicht. Nur über sie kannst du dich mit andern 'verständigen', sie ist, ob sie auch sich jedem anders an-bildet, bereit, euch gemeinsam Gegenstand zu sein, aber du kannst andern nicht in ihr begegnen. Du kannst ohne sie nicht im Leben beharren, ihre Zuverlässigkeit erhält Dich, aber stürbest Du in sie hinein, so wärst Du im Nichts begraben." (Buber 1995, 31f.)

Im Gegensatz zur Ich-Es-Beziehung ist in der Ich-Du-Beziehung das Ich eine *Person*. Die Person zeigt sich, ohne sich vom anderen zu isolieren. Im Gegenteil zeigt sie sich, indem sie die Beziehung zu anderen Personen aufnimmt. Die Person nimmt sich auch nicht als eine Gesamtheit von endgültigen Merkmalen wahr, sondern sie nimmt das eigene Sein wahr. Dementsprechend ist für den anderen diese Person ein Du (Buber, Bachtin, Berdjaew, Frank u.a.). Die Beziehung zum Du ist unmittelbar. Buber schreibt dazu: "Zwischen *Ich* und *Du* steht keine Begrifflichkeit, kein Vorwissen und keine Phantasie ...Alles Mittel ist Hindernis. Nur wo alles Mittel zerfallen ist, geschieht die Begegnung." (Buber 1995, 12)

Doch auch Buber betont, dass kein Mensch ausschließlich personal oder ausschließlich funktional agiert: "Kein Mensch ist reine Person, keiner reines Eigenwesen ... jeder lebt im zwiefältigen Ich." (Buber 1995, 63)

Doch wenn wir Konventionen und Vorurteile zurückgestellen, wenn Bewertung, Urteil und Analyse wegbleiben, wenn zugeschriebene Merkmale unwichtig werden, dann handeln wir personal. Es findet eine echte authentische, tiefe Begegnung zwischen dem Ich und dem Du statt, und im Geheimnis des eigenen Ich-Seins wird das Geheimnis des Du-Seins erkannt.

Diese Offenheit eines Wesens für das andere Wesen, oder für das "Zwischen" wie es Buber nennt, für die "Wir-Realität" von der Ortega y Gasset spricht oder den "Dialog", wie es bei Bachtin heißt, bedeutet echtes Sein: "Sein bedeutet, sich dialogisch zueinander verhalten. Wenn der Dialog aufhört, hört alles auf.... Ein Dialog ist das ewige Mit-freuen, Mit-Bewundern, Mit-Zustimmen ... Alles ist Mittel, der Dialog – das Ziel. Eine Stimme beendet nichts und genehmigt nichts. Zwei Stimmen – ein Minimum des Lebens, ein Minimum des Seins." (Bachtin 1963, 338-339; Übersetzung aus dem Russischen).

Das Ich mit seinem Selbstwert, mit dem Gewahrsein seiner eigenen Besonderheit, Einmaligkeit und Einzigartigkeit, hat ein starkes Bedürfnis nach einem anderen, nach einem Du. Und nur wenn die Begegnung mit dem Du stattgefunden hat, begegnet der Mensch tatsächlich sich selbst, er *eröffnet* das eigene Ich. Dazu merkt José Ortega y Gasset (1997, 558; Übersetzung aus dem Russischen) an: "Und hier, in meinem angespannten Zusammenstoss mit dem "Du" ... komme ich zu einer wunderbaren, dramatischen Erkenntnis. Ich erkenne mich selbst, mein eigenes "Ich" – und nichts mehr. Paradoxerweise ist gerade diese erste Person für mich die letzte."

In der Realsituation fällt es schwer, die Begegnung zwischen Ich und Du mit psychologischen Termini zu beschreiben. Buber verweist darauf, dass die dialogische Situation erst in den Begriffen der Ontologie eine adäquate Deutung erhält.

Es ist allerdings wichtig zu verstehen, welche psychologischen Zusammenhänge sich hinter der Fähigkeit des Ich verstecken, über seine Grenzen hinauszugehen und sich der Welt und dem anderen, einem Du, zu öffnen.

In moderneren Termini kann man sagen, dass zwischenmenschliche Beziehungen auf zwei gegensätzlichen Haltungen, der personalen und der funktionalen beruhen. Im personalen Typ der Beziehung ist der Andere grundsätzlich nicht auf bestimmte, endgültige Charakteristika reduziert, sein Ich wird als einzigartig, unvergleichlich und nicht bewertbar angesehen. In der personalen Beziehung kann das Ich des anderen nur Subjekt des Umgangs und der Zuwendung werden. Durch die personale Beziehung entsteht eine innere Verbindung mit dem anderen, die sich in verschiedenen Formen der *Teilnahme* (Miterleben, Mitfreuen, Mittun) ausdrückt.

Die funktionale Beziehung hingegen ist durch einen pragmatischen, kognitiv bewertenden Umgang mit dem anderen gekennzeichnet. Der andere wird als Gesamtheit von Eigenschaften und als Gegenstand des Vergleichs mit sich selbst gesehen. Er wird als etwas wahrgenommen, das man analysieren, in seinen einzelnen positiven und negativen Zügen bewerten kann und dessen Möglichkeiten man im eigenen Interesse nutzen kann. Ein solcher funktionaler Ansatz ruft eine Absonderung, eine Isolierung der Menschen voneinander hervor, was verschiedene Formen der Gegenüberstellung provoziert: Konkurrenz, Wetteifern, Verteidigung der eigenen Vorteile.

Das Hauptproblem in zwischenmenschlichen Beziehungen ist die *Zwiespältigkeit* in unserer Haltung anderen Menschen gegenüber, ein ständiges Schwanken zwischen personaler und funktionaler Haltung. Jeder Mensch spürt – so oder anders – seine Zugehörigkeit zu anderen Menschen (personale Haltung), und gleichzeitig fühlt er sich den anderen gegenübergestellt: er bewertet sie ständig, vergleicht sich mit ihnen, nutzt sie im eigenen Interesse aus (funktionaler Haltung). Welche Art des Umgangs mit dem anderen vorherrscht, hängt von den Besonderheiten eines jeden einzelnen Menschen ab.

Man kann vermuten, dass das Dominieren der personalen Haltung ein optimales Fundament für die Entwicklung einer moralischen Persönlichkeit schafft, die zu einem offenen Dialog und zur authentischen Begegnung mit dem anderen, mit dem Du, fähig ist.

PROBLEMBELASTETE FORMEN DER INTERPERSONELLEN BEZIEHUNGEN BEI VORSCHULKINDERN

Beziehungen mit anderen Menschen entstehen und entwickeln sich im Vorschulalter sehr intensiv. Die erste Erfahrung solcher Beziehungen bildet die Grundlage für die weitere Entwicklung der Persönlichkeit.

Nachstehend werden Verformungen in den interpersonellen Beziehungen zwischen Kindern in den früheren Phasen der Ontogenese phänomenologisch beschrieben. Grundlage der Beschreibung ist eine Gruppe von 86 Kindern zwischen viereinhalb und sechs Jahren, die diesbezüglich untersucht wurden. Dabei wurde festgestellt, dass bei 34% der untersuchten Kinder ein dauerhaft problembelastetes Verhalten vorkommt. Von diesen 34 % zeigten 37% Aggressivität als problembelastetes Verhalten, 27% Empfindlich-

keit, 13% Schüchternheit und 23% ein Phänomen, das wir demonstratives Verhalten nennen wollen, und weiter unten genauer beschreiben werden.

Aggressive Kinder

Hohe Aggressivität ist ein häufiges Problem in der Kindergemeinschaft. Einige Formen der Aggression sind typisch für Vorschulkinder. Praktisch alle Kinder streiten sich, schlagen und beschimpfen einander. Normalerweise werden diese unmittelbaren Formen der Kinderaggressivität durch Aneignung von Regeln und Normen allmählich durch prosoziales Verhaltens abgelöst. Aber bei einer bestimmten Kategorie von Kindern bleibt die Aggression bestehen, steigert sich und verwandelt sich in eine dauerhafte Eigenschaft der Persönlichkeit.

Unter Aggressivität versteht man im Allgemeinen ein willentliches Zufügen eines physischen oder psychischen Schadens einer anderen Person.

Es gibt folgende Ursachen, die Aggressivität bei Kindern provozieren: das Bestreben die Aufmerksamkeit der Altersgenossen auf sich zu lenken; der Wunsch, die eigene Überlegenheit zu unterstreichen; Abwehr und Rache; das Bestreben, die Hauptrolle zu spielen; das Bestreben, einen Gegenstand zu besitzen. Die meisten Erscheinungsformen aggressiven Verhaltens werden beobachtet, wenn es um den Schutz von eigenen Interessen und die Verteidigung der eigenen Überlegenheit geht und das aggressive Verhalten für das Erreichen eines bestimmten Ziels eingesetzt wird. Bei einzelnen Kindern werden aber aggressive Handlungen beobachtet, die offenbar kein Ziel im Sinne einer Veränderung haben, sondern nur dem anderen Schaden zufügen. Ein Beispiel dazu: Ein Junge stößt ein Mädchen, es fällt in den Swimmingpool, und er lacht über ihre Tränen. Oder: Ein Mädchen versteckt die Pantoffeln ihrer Freundin und beobachtet mit Vergnügen ihr Erleben. Der physische Schmerz oder die Erniedrigung eines Altersgenossen bringen Kindern, die so handeln, eine Genugtuung. Die Aggression ist ein Selbstziel.

Aggressive Kinder demonstrieren ein ziemlich hohes Selbstbewusstsein, gleichzeitig zweifeln sie aber offensichtlich am wohlwollenden Verhalten der Altersgenossen ihnen gegenüber. Mangelnde Wertschätzung und Anerkennung ihrer Qualitäten durch Altersgenossen erleben sie intensiver und spannungsvoller als andere Kinder. Auffällig ist dabei, dass dieses Erleben in der Regel der Wirklichkeit nicht entspricht. Was den sozialen Status in der Gruppe anlangt, unterscheiden sich aggressive Kinder kaum von anderen Kindern: Es gibt unter ihnen sowohl solche, die von ihren Altersgenossen anerkannt werden, als auch solche, die abgelehnt werden. Daraus folgt, dass das Erleben aggressiver Kinder nicht durch ihre tatsächliche Position in der Gruppe, sondern durch die subjektive Wahrnehmung des Verhaltens anderer Kinder ihnen gegenüber bedingt wird. Ein aggressives Kind glaubt oft, die anderen schätzen es nicht und sehen seine Qualitäten nicht.

Wir können annehmen, dass das wichtigste Kennzeichen von aggressiven Kindern ihr Verhalten zu Altersgenossen ist. Das andere Kind ist für aggressive Kinder ein Gegner, ein Konkurrent, ein Hindernis, das ausgeschaltet werden soll.

Ein aggressives Kind ist voreingenommen in seiner Meinung, dass das Handeln der anderen von Feindlichkeit geleitet ist, es schreibt den anderen feindliche Absichten und Geringschätzung ihm gegenüber zu. Solche Zuschreibung der Feindlichkeit zeigt sich:

- in den Vorstellungen des aggressiven Kindes, dass es von den Altersgenossen unterschätzt wird;
- in der Zuschreibung von aggressiven Absichten bei der Lösung von Konfliktsituationen;
- in der tatsächlichen Interaktion mit den Kindern, wo aggressive Kinder ständig auf einen Angriff oder einen bösen Streich seitens des Partners gefasst sind.

Allem Anschein nach liegen solch einem Verhalten Besonderheiten im Selbstbewusstsein des Kindes zugrunde, und zwar: unsicherer Selbstwert, Fixierung auf sich selbst (auf ein Bild von sich selbst) und innere Isolierung von anderen.

Ein aggressives Kind sieht in der Welt und in anderen Menschen in erster Linie nur sich selbst und das Verhalten der anderen zu sich. Die anderen Menschen stellen für das Kind Hindernisse dar, die es ihm unmöglich machen, seine Zielen zu erreichen, oder die ihm nicht genug Aufmerksamkeit schenken oder ihm Schaden zufügen wollen. Da das Kind auf eine feindliche Haltung des Gegenübers gefasst ist, kann es den anderen in seiner Ganzheit nicht richtig sehen oder mit ihm zu einem Gefühl von Gemeinsamkeit vorstoßen. Deswegen ist solchen Kindern Mitgefühl, Mitempfinden oder Mitwirkung nicht zugänglich. Es entsteht ein Gefühl von Einsamkeit in einer feindlichen und bedrohlichen Welt. Und das führt zu einer Konfrontation mit und zu einer Isolation von den anderen.

Empfindliche Kinder

Wenn empfindliche Menschen inadäquate Forderungen an andere Menschen stellen, geraten sie in den Teufelskreis ineffizienter Kommunikation. Im Allgemeinen kann man die daraus resultierende Verletzung als ein schmerzhaftes Erleben des Ignoriert-Werdens oder der Ablehnung durch die anderen verstehen. Dieses Erleben ist auf einen konkreten anderen gerichtet. Die Verletzung geschieht, wenn das Kind eine Beeinträchtigung seines Ichs durch Nicht-Angenommen-, Nicht-Beachtet- oder Ignoriert-Werden erlebt. Das kann geschehen durch mangelnde Aufmerksamkeit, Ablehnung bei dem, was ihm wichtig ist oder was es sich wünscht, respektloses Verhalten seitens der anderen, Erfolg und Überlegenheit der anderen, fehlendes Lob.

In all diesen Fällen fühlt sich das Kind zurückgewiesen und eingeengt. Die Verletzung kommt durch die betonte Demonstration des Verletzt-Seins zum Ausdruck. Das verletzte Kind zeigt dem Verletzenden mit seinem ganzen Verhalten, dass der Verletzende schuld ist und dass er um Verzeihung bitten oder sich irgendwie verbessern soll. Das verletzte Kind wendet sich ab, hört auf zu sprechen, zeigt demonstrativ sein Leid.

Das Verhalten des empfindlichen Kindes beim Verletzt-Sein hat eine interessante und paradoxe Besonderheit. Einerseits hat das Verhalten einen demonstrativen Charakter und ist darauf gerichtet, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Andererseits verzichten die Kinder auf die Kommunikation mit dem Verletzenden: sie schweigen, wenden sich ab, ziehen sich zurück. Verzicht auf die Kommunikation wird als ein Mittel eingesetzt, um die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken und beim Gegenüber Schuldgefühle und Reue entstehen zu lassen. Solche Demonstration des eigenen Erlebens und die Betonung der Schuld des Beleidigers unterscheidet empfindliche Kinder von aggressiven Kindern.

Ein typisches Merkmal empfindlicher Kinder ist, dass sie sich selbst stets bewerten und in ständiger Erwartung einer positiven Bewertung sind. Bleibt eine solche Bewertung aus, wird das als Ablehnung erlebt.

Einerseits verlangen empfindliche Kinder mit ihrem ganzen Verhalten von der Umgebung, dass die Umgebung ihnen Beachtung, Billigung und Anerkennung zeigt. Andererseits leben diese Kinder in der Vorstellung, dass sie von der Umgebung unterschätzt werden, und deswegen erwarten sie (vor allem von Gleichaltrigen) eine negative Beurteilung. In einigen Fällen initiieren empfindliche Kinder selbst Situationen, in denen sie nicht anerkannt werden, und erleben dann eigenartige Genugtuung, wenn sie sich von ihren Altersgenossen verletzt fühlen.

Wenn empfindliche Kinder in eine Konfliktsituation geraten, oder eine solche initiieren, unternehmen sie keinen Versuch, sie zu lösen, sondern bleiben in ihr stecken. Die (verbale) Verurteilung der Übeltäter und die Rechtfertigung des eigenen Verhaltens ist für sie eine Beschäftigung, die ihnen eine besondere Genugtuung bringt.

Die Merkmale der Persönlichkeit von empfindlichen Kinder zeugen also davon, dass der enorm hohen Empfindlichkeit dieser Kinder ein angespanntes und krankhaftes Verhalten des Kindes zu sich selbst, zu seinem Eigenen, zu seinem Eigenwert zugrunde liegt. Und es erscheint, als ob dies mit der Gestalt des Kindes zusammenwächst: das Kind ist auf sich selbst und auf das Verhalten der Umgebung zu ihm fixiert. Solche Fixierung erzeugt ein dringendes und unersättliches Bedürfnis nach Anerkennung und Respekt, das ständig demonstriert wird. Das Kind braucht ständig eine Bestätigung des eigenen Wertes und seiner Wichtigkeit. Gleichzeitig schreibt das Kind der Umgebung Verachtung und Geringschätzung ihm gegenüber zu, was ihm einen Grund für das Verletztsein und für die Beschuldigung der Altersgenossen gibt. Diesen Teufelskreis kann man nur schwer durchbrechen. Das Kind schaut auf sich mit den Augen der anderen und bewertet sich mit diesen Augen – als ob es sich in einem System von Spiegeln befinden würde. Diese "Spiegel" erlauben es ihm, nur sich selbst zu sehen und verstellen den Blick auf die Welt und die anderen.

Schüchterne Kinder

Schüchterne Kinder sind besonders empfindlich für die Einschätzung (sowohl eine tatsächliche, als auch eine, mit der sie rechnen) durch Erwachsene. Ein Erfolg regt sie an und beruhigt sie, aber die kleinste Bemerkung bremst ihre Tätigkeit und löst einen neuen Ausbruch von Schüchternheit und Verlegenheit aus. Ein besonderes, für schüchterne Kinder typisches Bedürfnis ist es, den inneren Raum seiner Persönlichkeit vor fremder Einmischung zu schützen. Das Kind hört mit groβem Interesse dem Erwachsenen zu, schaut aufmerksam und teilnehmend in seine Augen, aber verstummt sofort und schaut weg, wenn man es bittet, etwas von sich zu erzählen.

Es wirkt, als ob das schüchterne Kind sich im Voraus auf einen Misserfolg vorbereitet. Das Kind fühlt sich durch die Erwartung eingeengt, dass die anderen es schlechter bewerten werden als es sich selbst bewertet. Es hat Angst nicht nur vor dem Misserfolg, sondern auch davor, sich einen Misserfolg eingestehen zu müssen.

Ein schüchternes Kind ist ein Kind, das sich einerseits freundlich zu anderen Menschen verhält, nach dem Verkehr mit ihnen strebt, das aber andererseits nicht wagt, sich selbst und seine eigenen Bedürfnisse zu zeigen. Das führt zu einer Störung. Die Ursache dieser Störung liegt in der besonderen Art, wie das schüchterne Kind sich zu sich selbst verhält. Einerseits hat das Kind eine hohe Selbsteinschätzung, andererseits zweifelt es am positiven Verhalten anderer Menschen ihm gegenüber, insbesondere, wenn es sie nicht kennt. Unsicherheit über seinen Wert für die anderen blockiert so die Bedürfnisse des Kindes, und stört es dabei, diese Bedürfnisse zu befriedigen.

Anerkennung und Respekt zu bekommen, ist für diese Kinder immer am wichtigsten. Das führt zu einem Schutzverhalten, das im In-Sich-Gekehrt-Sein oder manchmal in der Maske der Gleichgültigkeit zum Ausdruck kommt. Das qualvolle Erleben seiner Verletzbarkeit engt das Kind ein und gibt ihm keine Chance, seine Fähigkeiten zu zeigen und seine Gefühle zum Ausdruck zu bringen.

Demonstrative Kinder

Das Hauptmotiv im Handeln des demonstrativen Kindes ist die positive Einschätzung durch die Anderen. Damit befriedigt das demonstrative Kind sein Bedürfnis nach Selbstbehauptung. Wenn das Kind etwas Gutes tut, macht es das nicht wegen des anderen, sondern um seine eigene Güte zu zeigen (eine Form des "Scheinaltruismus"). Demonstratives Verhalten kommt nicht nur in dem Bestreben zum Ausdruck, seine Qualitäten und Leistungen zu zeigen. Auch der Besitz von attraktiven Gegenständen ist für demonstrative Kinder eine Form der Demonstration des eigenen Ich.

Demonstrative Kinder sind daran zu erkennen, dass sie mit allen möglichen Mitteln die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken versuchen. Aber in den meisten Fällen empfinden diese Kinder, wenn sie sich an ein Gegenüber wenden, kein tatsächliches Interesse an ihm. Sie reden hauptsächlich von sich selbst, zeigen ihr Spielzeug und nutzen die Situation als ein Mittel, um den eigenen Wert zu erhöhen.

Demonstrative Kinder orientieren sich sehr stark an der Einschätzung durch andere. In Fällen, wo die Beziehung zum Erzieher oder zu einer Gruppe von Gleichaltrigen nicht gut ist, wenden demonstrative Kinder eine negative Taktik an: sie werden aggressiv, beschweren sich, provozieren Skandale und Streit. Oft behaupten sie sich dann durch die Entwertung des anderen. Weil sie sozial gebilligte Verhaltensformen anwenden, erwarten sie eine positive Einschätzung ihres Handelns. Aber die moralische Korrektheit ihrer Handlungen ist situationsbezogen und instabil.

Man kann also sagen, dass die Vorstellungen der demonstrativen Kinder von ihren eigenen Qualitäten und Fähigkeiten ständig Stärkung durch den Vergleich mit den Qualitäten und Fähigkeiten anderer benötigt. Bei diesen Kindern ist das Bedürfnis nach einem anderen Kind, mit dem es sich vergleichen und dadurch bewerten und behaupten kann, sehr ausgeprägt. Demonstrative Kinder sind konkurrenzorientiert und richten sich nach der Bewertung durch die anderen.

Eine Möglichkeit der Selbstbehauptung ist für diese Kinder die Einhaltung der Normen der Moral. Dadurch bekommen die Kinder Belohnung durch Erwachsene und empfinden eigene moralische Überlegenheit. Deswegen sind solche Kinder zu moralisch guten Taten fähig. Aber die Einhaltung der moralischen Normen hat einen ausgesprochen formellen und demonstrativen Charakter: Sie zielt auf eine positive Bewertung durch die anderen ab. Die eigene "Güte" oder "Gerechtigkeit" werden also hervorgehoben und den anderen, "schlechten", Kindern gegenübergestellt.

Unersättliches Bedürfnis nach Lob und Überlegenheit anderen gegenüber wird zum Hauptmotiv der Taten und Handlungen von demonstrativen Kindern. Demonstrative Kinder haben ständig Angst davor, schlechter als die anderen zu sein. So entstehen Ängstlichkeit und Unsicherheit, die durch Angeberei und das Betonen eigener Vorzüge kompensiert werden.

Gemeinsame Besonderheiten von Kindern mit problembelasteter Beziehung zu Gleichaltrigen

Trotz der eindeutigen Unterschiede im Verhalten der oben geschilderten Gruppen von Kindern liegen bei allen Gruppen ähnliche psychologische Mechanismen den interpersonellen Problemen zugrunde. Man kann von einer Fixierung des Kindes auf sich selbst sprechen. Es sind Kinder, bei denen wegen mangelhaft entwickelter Ich-Strukturen der Selbstwert nicht gut ausgebildet ist und die deshalb einen sehr begrenzten Zugang zur eigenen Person und damit auch zur Person des Anderen haben. Wegen des fehlenden Zuganges zu seinem Inneren, hat das Kind keine echte Authentizität; es kennt keinen inneren Wert, kennt sein Besonderes, sein Ich, seine Person nicht. Das, was dem Kind von innen nicht zukommt, versucht es von auβen zu bekommen: das Bild von sich, den eigenen Wert, die Wichtigkeit, die Sicherheit, die Kraft. Die Konzentration darauf, "was ich für die anderen bedeute", wird zur Ursache der konfliktbelasteten Beziehungen des Kindes mit der Umgebung. Das Kind denkt ständig daran, wie sich die anderen zu ihm verhalten, oder wie die anderen es bewerten, und erlebt das Verhalten der Anderen äußerst affektiv. Sein Ich steht im Mittelpunkt seiner Welt und seines Bewusstseins, es schaut ständig auf sich und bewertet sich mit den Augen der anderen. Es nimmt sich über das Verhalten der Umgebung ihm gegenüber wahr. Egal ob die anderen Kinder das Kind ablehnen oder respektieren, Angst vor ihm haben oder seine Qualitäten bewundern, immer meint das Kind, dass die anderen ausschließlich mit ihm beschäftigt sind. Dieses von ihm den anderen zugeschriebene Verhalten erlebt es als etwas absolut Reales. Die Realität der interpersonellen Beziehungen wird damit durch seine eigene subjektive Haltung ersetzt.

Die größte Schwierigkeit besteht dabei nicht darin, dass ein solches Kind sich in der Sicht der anderen falsch bewertet. Die größte Schwierigkeit besteht darin, dass sich selbst zu bewerten zum Inhalt seiner Lebenstätigkeit wird und so alle anderen Menschen, die ganze restliche Welt verdeckt. Das Kind sieht nichts, nimmt nichts wahr, was nicht zu seinem Ich gehört. Damit sieht es auch seine realen Altersgenossen nicht. Oder richtiger gesagt, es sieht in ihnen ausschließlich ihr Verhalten zu ihm selbst und die Meinung, die die anderen von ihm haben. Die anderen werden zu Spiegeln, in denen das Kind nur sich selbst wahrnimmt – seine positiven oder seine negativen Eigenschaften, Bewunderung oder Verachtung. Diese Spiegel verdecken die anderen Menschen, sie isolieren das Kind wie durch eine Trennwand. Deswegen ist es in sich gekehrt und das hindert es daran, die anderen zu sehen. Dadurch entsteht ein schmerzliches Erleben der Einsamkeit, das das Gefühl, unterschätzt und nicht beachtet zu werden noch verstärkt. Die Selbstbehauptung, das Zeigen der eigenen positiven Seiten oder das Verstecken der negativen wird zum Hauptmotiv im Verhalten des Kindes. Dabei ist es an den anderen Menschen an und für sich aber gar nicht interessiert.

Kinder mit einem harmonischen konfliktfreien Verhalten zu ihren Altersgenossen bleiben den Handlungen dieser Altersgenossen nie gleichgültig gegenüber. Dabei ist das emotionale Engagement grundsätzlich positiv gefärbt – sie billigen und unterstützen die anderen Kinder, verurteilen sie nicht. Selbst in der Position eines Verletzten ziehen sie es vor, Konflikte auf friedlichem Wege zu lösen, ohne die anderen zu verurteilen und zu bestrafen. Die Erfolge der Altersgenossen beleidigen sie nicht, im Gegenteil, sie freuen sich darüber. In den meisten Fällen kommen sie in problembelasteten Situationen den Bitten ihrer Altersgenossen entgegen und geben ihnen uneigennützig das, was sie selbst brauchen. (Hier soll daran erinnert werden, dass Kinder mit problembelastetem Verhalten das nie tun.)

Allem Anschien nach liegt diesen moralisch positiven Handlungsweisen ein Verhalten zugrunde, das man als personal bezeichnen kann. In diesem Verhalten realisiert sich die innere Zugehörigkeit zum anderen. Dieser Andere ist kein äußerlich entgegengestelltes Wesen und kein Mittel zur Selbstbehauptung, sondern er ist eine direkte Fortsetzung von meinem Ich, einem Ich, das nicht in sich gekehrt und durch psychologische Schutzmechanismen abgetrennt ist, sondern offen bleibt für die anderen und innerlich mit ihnen verbunden ist. Kinder mit einem solchen personalen Verhalten helfen leicht und ohne zu zögern ihren Altersgenossen und teilen alles mit ihnen. Sie nehmen die Freude und den Kummer der anderem als ihre eigenen wahr.

Das bedeutet aber nicht, dass solche Kinder nicht mit anderen streiten oder sich manchmal verletzt fühlen würden. Aber im Gegensatz zu Kindern mit problembelasteten Verhaltensweisen ist Selbstbehauptung bei diesen Kindern kein Selbstzweck ihres Lebens. Sie schließt andere Kinder nicht aus und macht die Einschätzung des eigenen Wertes nicht zur einzigen Lebensaufgabe. Im Gegensatz zu Kindern

mit funktionalem Verhalten ermöglicht diesen Kindern ihr personales Verhalten sowohl emotionales Wohlbefinden als auch Anerkennung anderer. Solche Kinder machen andere auch nicht zum Gegenstand eines Vergleichs mit sich selbst, während Kinder mit problembelasteten interpersonellen Beziehungen ein ständiges Bedürfnis nach äußerer Behauptung des eigenen Ich und des eigenen Selbstwerts haben.

Solch bewertendes Verhalten zur Umgebung entwickelt sich in der Mitte des Vorschulalters. Es wurde beobachtet, dass es in der Folge nicht aufhört, sondern sich verstärkt und dem erwachsenen Menschen später viele Schwierigkeiten in der Beziehung mit anderen und mit sich selbst bereitet.

MANGELNDER SELBSTWERT ALS URSACHE FÜR PROBLEMBELASTETE FORMEN INTERPERSONELLER BEZIEHUNGEN VON VORSCHULKINDERN

Wie sehr ein Kind im Laufe der Entwicklung des Ich Zugang zu seiner Person findet, hängt in erster Linie davon ab, inwieweit die zwischenmenschlichen Beziehungen, die das Kind erlebt hat, dazu geeignet waren, sein Selbstwertgefühl zu stärken. Für die Entwicklung eines adäquaten Selbstwertes gibt es drei äußere Voraussetzungen.

- Beachtung. Wenn ich in dem, wie ich bin, beachtet werde, wird dadurch das Interesse für mich selbst gestärkt.
 Ich werde für mich selbst zur Aufgabe: es wird für mich zur Aufgabe, mich zu erkennen, auf mich Rücksicht zu nehmen, mich nicht zu umgehen.
- 2. Die Erfahrung der Gerechtigkeit. Durch einen Blick von außen, der mir gerecht wird, entsteht in mir das Gefühl, dass ich so sein darf, wie ich bin, dass meine Person gerechtfertigt ist. Ich kann zu mir stehen.
- 3. Die Erfahrung der Wertschätzung. Durch Wertschätzung für meine Entscheidungen und dafür, wie ich mich benehme, entsteht eine Basis für Selbstwert. Meine Person, das Wertvolle, das in ihr unantastbar ist, wird gesehen und dadurch entsteht in mir Respekt mir selbst gegenüber und die Anerkennung des Eigenen. Die Wertschätzung, der Respekt vermitteln der Person ihre Würde. Dank der wertschätzenden Begegnung kommt es zur Internalisierung: Ich werde angeregt, mit mir selbst ebenfalls wertschätzend umzugehen und in einer respektvollen inneren Distanz das Wertvolle an mir zu sehen.

Wenn das Kind in der frühen Kindheit genug Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung bekommen hat, dann hat sein Ich eine flexible Struktur, und der Zugang zur Person ist offen und dementsprechend ist auch der Zugang zur Person des anderen offen.

Wenn das Eigene aber keine Resonanz bei den anderen findet, dann wird das als Selbstverlust erlebt. Ich werde mir selbst fremd, ich verliere meine Realität. Das Gefühl des Selbstwertes geht verloren, der Mensch erlebt:

1. *Das Gefühl des Verloren-Seins*. Es entsteht, wenn der Mensch nicht gesehen wird, nicht berücksichtigt.

- Das Gefühl der Selbstunsicherheit. Wenn in einem Menschen etwas in Frage gestellt wird, entsteht in ihm das Gefühl des Getrenntseins von den anderen, des auf sich Zurückgeworfenseins und damit das das Gefühl der Einsamkeit. (Ich habe keine Bedeutung.)
- 3. *Das Neidgefühl:* Der Mensch sieht, dass andere Anerkennung bekommen. Es entstehen Schmerz und Verletzung.

Selbstverlust und Konfliktaffinität

Das Hauptthema der 3. Grundmotivation (GM) ist Person-Sein in der Gemeinschaft, es geht hier um das Verhältnis zwischen dem Individuum und der Gemeinschaft, es geht darum, sich selbst finden zu können, sich von anderen abzugrenzen, das Eigene zu finden und im Anderen nicht verlorenzugehen.

Störungen der 3. GM haben folgende Dynamik: der Schmerz wird verdrängt, Abgespaltenes kann nicht empfunden werden. Dadurch entsteht ein Gefühl der Leere. Diese Schutzreaktion (Copingreaktion) des Verdrängens und Abspaltens ist so anhaltend, dass sie nicht nur in Belastungssituationen zum Tragen kommt, sondern das gesamte Erleben bestimmt. Dadurch verschwindet das Schmerzgefühl, und das ganze Verhalten des Betroffenen wird davon bestimmt, dem Schmerz vorzubeugen. In zwischenmenschlichen Beziehungen führt das zu einem funktionalen Verhalten dem anderen gegenüber. Das fixierte Schutzverhalten wird zur Ursache von Aggressivität, Empfindlichkeit, Schüchternheit oder von demonstrativem Verhalten.

Einfluss des Verhaltens der Eltern auf die Konfliktaffinität von Kindern

Der Hauptfaktor, der das Verhalten eines Kindes zu seinen Altersgenossen bestimmt, ist das Verhalten der erwachsenen Angehörigen. Das Verhalten des Kindes zu sich selbst und zu den Altersgenossen hängt also in erster Linie von den Besonderheiten der Erziehung durch die Eltern ab.

Wir haben eine Untersuchung durchgeführt, deren Ziel es war, etwaige Zusammenhänge zwischen dem Verhalten der Eltern und den Schwierigkeiten von Kindern im höheren Vorschulalter in ihren Beziehungen zu Altersgenossen herauszuarbeiten.

Es wurden zwei Gruppen von Eltern verglichen: Eltern von Kindern mit Schwierigkeiten in Beziehungen zu Gleichaltrigen und Eltern von Kindern ohne solche Schwierigkeiten. Zunächst wurde eine Gruppe von konfliktaffinen Kindern im Alter von fünf bis sieben Jahren zusammengestellt. Unter ihnen gab es aggressive, empfindliche, schüchterne und demonstrative Kinder. Die Eltern dieser Kinder haben die Experimentalgruppe (EG) gebildet. Die Eltern der zweiten Gruppe von Kindern, von Kindern ohne Beziehungsschwierigkeiten zu Gleichaltrigen bildeten die Kontrollgruppe (KG).

Auch das Verhalten von Eltern zum Kind beinhaltet die oben schon ausführlich besprochenen entgegengesetzten Zugänge – den personalen und den funktionalen. Einerseits ist das Hauptmerkmal des Verhaltens von Eltern zum Kind die Liebe, die von den Qualitäten des Kindes unabhängig ist und es als eine einmalige, für die Eltern wahrscheinlich wichtigste Persönlichkeit sieht. Die Tiefe, die Kraft und die Selbstlosigkeit der elterlichen Liebe sind gut bekannt. Viele Eltern sind bereit, ihr Wohlergehen für das Glück ihres Kindes zu opfern, ohne mit Dankbarkeit oder irgendwelcher Belohnung zu rechnen.

Andererseits übernehmen Eltern die Verantwortung für die Entwicklung des Kindes als eines Mitglieds der Gemeinschaft und somit auch für die Aneignung der in dieser Gemeinschaft geltenden Normen und Regeln. Das setzt Strenge und Kontrolle voraus ebenso wie die Bewertung der Handlungen des Kindes und gegebenenfalls die Anwendung von Sanktionen. Das macht das Kind zu einem Gegenstand der Erziehung, der Bewertung, des Vergleichs mit anderen und mit den von der Gesellschaft festgelegten Normen. In der Orientierung nach einer Norm, die das Kind erfüllen soll, kommt der funktionale Zugang in der Erziehung zum Ausdruck.

Sowohl der personale als auch der funktionale Zugang sind in der Erziehung notwendig und ergänzen einander. Beide sind dem elterlichen Verhalten eigen und machen es zwangsläufig kompliziert und widersprüchlich.

Gleichzeitig hat die Ausprägung des funktionalen (normativen) und des personalen Zugangs in jedem konkreten Fall ihre eigene Spezifik, abhängig davon welcher Zugang dominiert und wie stark er das tut. Die Spezifik ergibt sich auch daraus, wie Liebe und Strenge konkret zum Ausdruck kommen.

Um die Haltung der Eltern zu ihrem Kind zu klären, wurden in die Untersuchung drei Themenkomplexe einbezogen.

- 1. Verhältnis zwischen dem personalen und dem funktionalen Ansatz in der Erziehung: Hier geht es um die Frage, wie stark bei den Eltern die personalen und funktionalen Anteile in der Erziehung ausgeprägt sind.
- 2. *Die Werte der Eltern*: Hier wurde die Haltung der Eltern zu folgenden Werten untersucht.
- Moralische Eigenschaften (Ehrlichkeit, Anständigkeit, Patriotismus usw.)
- Intellektuelle Eigenschaften (Intelligenz, Wissbegier, Bildung usw.)
- Willenseigenschaften (Selbständigkeit, Zielbewusstsein, Beharrlichkeit)
- Selbstkontrolle (Diszipliniertheit, Genauigkeit, Gehorsamkeit, Einhaltung der Regeln des Benehmens)
- Kommunikationsfertigkeiten (Kontaktfreudigkeit, Position in der Gruppe der Altersgenossen)
- Körperliche Gesundheit
- 3. *Vorherrschender Erziehungsstil*: Hier wurde die Haltung der Eltern zu den folgenden Erziehungsstilen untersucht.
- Strenger Erziehungsstil (bestrafen; zwingen Erziehungsziele durchsetzen)
- Erklärender Erziehungsstil (erklären, was das Kind tun soll; dem Kind sagen, was von ihm erwartet wird)

- Unterstützender Erziehungsstil (dem Kind helfen Schwierigkeit zu überwinden; gemeinsam mit dem Kind agieren)
- Autonomer Erziehungsstil (Eltern nehmen sich aus der Situation raus; das Kind soll selbst zurechtkommen)
- Nachsichtiger Erziehungsstil (Eltern nehmen dem Kind die Verantwortung ab; Eltern erledigen für das Kind seine Aufgaben)
- Situativer Erziehungsstil (Eltern handeln in Abhängigkeit von den Umständen)

Ergebnisse: Verhältnis zwischen dem personalen und dem funktionalen Ansatz in der Erziehung

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Eltern insgesamt [sowohl Eltern von konfliktaffinen Kindern (EG) als auch Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen (KG)] den funktionalen Zugang bevorzugen. Sie wählten ihn im Durchschnitt dreimal so oft wie den personalen Zugang.

Gleichzeitig wurden aber auch wesentliche Unterschiede festgestellt. Der personale Zugang im elterlichen Verhalten ist in der Gruppe der Eltern mit Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen *um das Zweifache* höher als bei Eltern von konfliktaffinen Kindern. Während bei Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen das Verhältnis zwischen funktionalen und personalen Haltungen bei 0,5 liegt, macht dieses Verhältnis bei Eltern von konfliktaffinen Kindern mit 0,25 aus.

Die Ergebnisse zeugen davon, dass bei beiden Elterngruppen eine bewertende Haltung dominiert. Die Eltern beider Gruppen sind in erster Linie an ganz konkreten Eigenschaften und Leistungen des Kindes interessiert, die sie vom Kind erfüllt sehen möchten. Gleichzeitig ist die Ausprägung dieser Orientierung nach der Norm aber unterschiedlich stark. Bei Eltern von konfliktaffinen Kindern ist die Orientierung nach der Norm stärker und die Anzeichen des personalen Verhaltens sind viel seltener als bei Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen. Auffallend ist auch, dass der personale Zugang am schwächsten im Verhalten von Eltern schüchterner Kinder ausgeprägt ist. In dieser Untergruppe ist die Ausprägung von personalen Haltungen um das Sechsfache niedriger als bei Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen.

Ergebnisse: Die Werte der Eltern

Die Werte der Eltern der beiden Untersuchungsgruppen unterscheiden sich stark voneinander. Während Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen die meiste Bedeutung der moralischen Entwicklung des Kindes beimessen (43%), ist für die Eltern von konfliktaffinen Kindern die Entwicklung von Disziplin, Genauigkeit und Gehorsam am wichtigsten (38%). Die moralische Entwicklung des Kindes befand sich als Erziehungsziel bei diesen Eltern aber gleich dahinter am zweiten Platz (vgl. Abb. 1).

In diesem Zusammenhang sollte man die Antworten, die sich auf die moralische Entwicklung des Kindes beziehen, allerdings genauer ansehen. Es hat unter diesen Antworten zwei Typen gegeben, die man als formal und informal bezeichnen kann. Zu den formalen Antworten gehören Antworten mit abstrakten ideologiebezogenen Formulierungen und Losungen, etwa"die Aufgabe der Eltern besteht darin, einen aufrechten

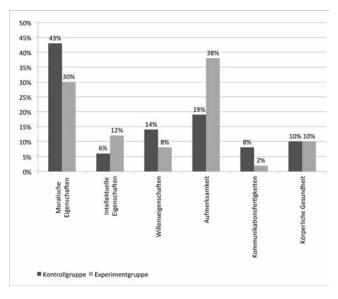


Abb 1: Werte der Eltern

Bürger zu erziehen", oder "eine hrenwürdiges Mitglied der Gesellschaft zu erziehen", oder "einen Patrioten des Landes". Offensichtlich haben sich die Antwortenden dabei eher nach Zeitungsklischees und nicht nach ihrem eigenen Kind gerichtet. Bei den informalen Antworten wurden hingegen konkrete Eigenschaften benannt, die die Eltern in ihrem Kind gerne gesehen hätten, etwa "dass es gutherzig ist und alles mit den anderen teilt", oder "dass es sich selbst und die anderen nicht betrügt", oder "Feinfühligkeit und Hilfsbereitschaft".

Differenziert man die Antworten zur moralischen Entwicklung der Kinder nach den Kriterien formal und informal, so zeigt sich, dass bei Eltern von konfliktaffinen Kindern formale Antworten vorherrschen (75%), bei Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen hingegen die informalen Antworten öfter vorkommen.

Große Unterschiede gibt es zwischen den beiden Elterngruppen auch bezüglich der Willenseigenschaften, die sie dem Kind vermitteln möchten. Für die Eltern von konfliktaffinen Kindern waren Willenseigenschaften wie Beharrlichkeit, Aktivität, Zielbewusstsein viel weniger wichtig, als für Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen (8% bei der einen, gegenüber 14% bei der anderen Gruppe). Bei Aufmerksamkeit, Kommunikationsfreudigkeit und körperlicher Gesundheit als Erziehungsziele gab es zwischen den beiden Gruppen keine Unterschiede (vgl. Abb. 2).

Gleichzeitig hat es in den Haltungen von Eltern der verschiedenen Untergruppen von konfliktaffinen Kindern interessante Unterschiede gegeben (vgl. Abb. 3).

Bei der Untergruppe der *Eltern von aggressiven Kindern* steht an erster Stelle als Erziehungsziel die Entwicklung der Selbstkontrolle beim Kind (39%), an der zweiten Stelle die moralische Entwicklung des Kindes (30%), am seltensten waren bei diesen Eltern Willenseigenschaften (2%) und Kommunikationsfähigkeit (3%) als Erziehungsziele vertreten.

Bei der Untergruppe der *Eltern von demonstrativen Kindern* ist ebenfalls eine Priorität von Selbstkontrolle als Erziehungsziel festzustellen (43%), moralische Qualitäten (17%) und Willenseigenschaften (19%) stehen im Hintergrund. Am seltensten werden als Erziehungsziel die intellektuellen Fähigkeiten des Kindes (8%) genannt. Die Kommunikationsfähigkeit des Kindes interessiert die Eltern dieser Untergruppe gar nicht.

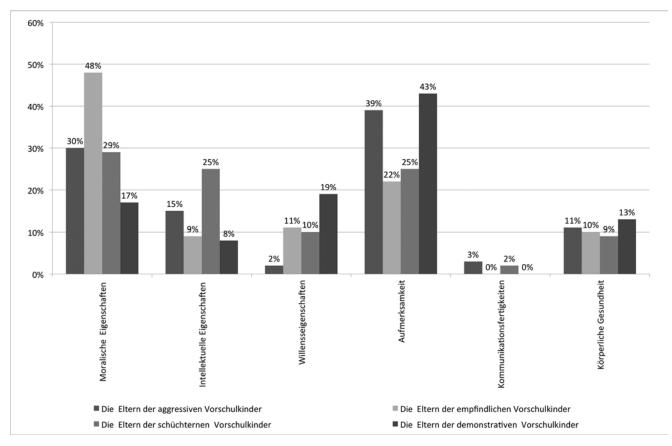


Abb. 2: Werthaltungen der Eltern der konfliktaffinen Kindergruppen

Bei der Untergruppe der *Eltern von schüchternen Kindern* steht zwar die moralische Entwicklung des Kindes im Vordergrund (29%), ziemlich große Bedeutung haben für diese Eltern aber auch die Entwicklung der Selbstkontrolle und die Entwicklung der Intelligenz des Kindes (je 25%). Selten wird in dieser Untergruppe als Erziehungsziel die Entwicklung der Willenseigenschaften des Kindes genannt (10%). Kommunikationsfähigkeit als Erziehungsziel kommt kaum vor.

Bei der Untergruppe der *Eltern von empfindlichen Kindern* dominiert ebenfalls die moralische Entwicklung des Kindes als Erziehungsziel (48%). Auch hier fehlt Kommunikationsfähigkeit als Erziehungsziel.

Es fällt auf, dass im Gegensatz zu den anderen Untergruppen bei der Untergruppe der Eltern von schüchternen Kindern die Entwicklung von Intelligenz, also die Entwicklung kognitiver Werte als Erziehungsziel ziemlich weit vorne stehen. Auffällig ist auch, dass in der Untergruppe der Eltern von aggressiven Kindern und in der Untergruppe der Eltern von empfindlichen Kindern einerseits die Entwicklung der moralischen Eigenschaften des Kindes als sehr wichtig angesehen wird, andererseits (wie bei allen anderen Untergruppen auch) die Kommunikationsfähigkeit, also auch die Beziehungsfähigkeit zu Altersgenossen als das unwichtigste Erziehungsziel angesehen wird. Das kann dahingehend gedeutet werden, dass der wichtigste Teil des Lebens des Kindes, jener Teil der mit seinen tatsächlichen Beziehungen zu Altersgenossen zusammenhängt, von den Eltern nicht ernst genommen und nicht in Verbindung mit den moralischen Eigenschaften, die die Eltern dem Kind beibringen möchten, gebracht wird.

Die Besonderheiten des Erziehungsstils

Sowohl die Eltern der konfliktaffinen Kinder als auch die Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen (Experimentalgruppe und Kontrollgruppe) nennen als ihre am häufigsten eingesetzten Erziehungsstile den unter-

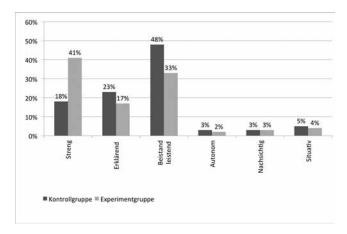


Abb.4: Erziehungsstile der Eltern

stützenden, den strengen und den erklärenden Stil. Doch es gibt auch Unterschiede. So herrscht bei den Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen der unterstützende Stil vor (48%), an zweiter Stelle kommt der erklärende Stil (23%), der strenge Stil nimmt den dritten Platz ein (18%). Bei den Eltern von konfliktaffinen Kindern dominiert hingegen der strenge Stil (41%), an der zweiten Stelle kommt der unterstützende Stil (33%) und dann der erklärende Stil (17%). Zu anderen Erziehungsstilen bekennen sich beide Elterngruppen nur sporadisch (vgl. Abb. 4).

In den einzelnen Untergruppen der Eltern von konfliktaffinen Kindern gibt es noch einmal Unterschiede.

Bei den *Eltern aggressiver Kinder* dominieren der unterstützende Beistand leistend und der strenge Erziehungsstil, die praktisch gleich stark vertreten sind (35% und 36%), der erklärende Stil ist mittelmäβig vertreten (16%), am seltensten ist hier der autonome Stil (2%).

In der Untergruppe der *Eltern von demonstrativen Kindern* dominiert deutlich der strenge Stil (47%), an der zweiten Stelle liegen der erklärende und der unterstützende Stil (je 20%).

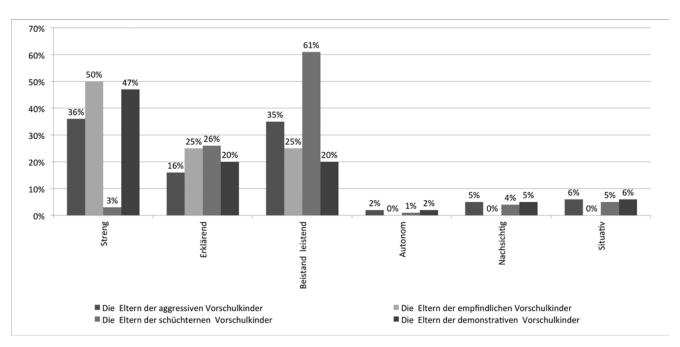


Abb.3: Erziehungsstile der Eltern der konfliktaffinen Kindergruppen

In der Untergruppe der *Eltern der schüchternen Kinder* herrscht die Anwendung des unterstützenden Stils vor (61%), als nächstes kommt der erklärende Stil (26%), der strenge Stil wird praktisch nicht angewandt (3%).

In der Untergruppe der *Eltern von aggressiven Kindern* hat der strenge Stil hingegen hohe Kennwerte (50%).

ZUSAMMENFASSUNG

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnten bedeutende Unterschiede im Verhalten von Eltern konfliktaffiner Kindern und Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen festgestellt werden.

Der Hauptunterschied besteht darin, dass bei Eltern von konfliktaffinen Kindern der funktionale Zugang im Kontakt mit dem Kind viel stärker ausgeprägt ist als bei Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen. Die Eltern von konfliktaffinen Kindern fokussieren ihre Aufmerksamkeit auf die Leistungen des Kindes, sie bewerten ständig die Ergebnisse seiner Tätigkeit, vergleichen es mit anderen Kindern und sind bestrebt, seine positiven Eigenschaften bzw. die negativen Eigenschaften anderer Kinder zu betonen. Belohnung, Tadel und das Aufzählen von positiven Beispielen sind die Hauptmethode der Erziehung. Die Eltern haben ein klares Bild davon, wie ein Idealkind sein soll, und vergleichen ihr Kind damit. Das verdeckt den Eltern den Blick auf das Kind. Das Kind erhält von den Eltern einerseits positive moralische Eigenschaften vermittelt (sei gerecht, gut, gutherzig), zugleich wird von ihm die Unterordnung unter die Normen und Regeln der Gesellschaft gefordert (Gehorsamkeit, Respekt vor den Erwachsenen). Im Gegensatz zu Eltern von Kindern ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen erscheint bei den meisten Eltern von konfliktaffinen Kindern Gehorsam als die am meisten erwünschte Qualität des Kindes. Kennzeichnend ist überdies, dass die Eltern von konfliktaffinen Kindern den strengen Erziehungsstil bevorzugen (Strafen, Verbote, Zwang).

Bei solcher Haltung der Eltern beginnt das Vorschulkind sich selbst als ein Objekt der Erziehung zu erleben, das zu jeder Zeit bestraft oder belohnt werden kann. Indem das Kind bestrebt ist, gehorsam und gut zu sein, orientiert es sich hauptsächlich nach der Bewertung durch andere. Die anderen Menschen, darunter auch die Altersgenossen, werden dabei nicht als Ganzes wahrgenommen, sondern als Umstände im Leben des Kindes, die sein Wohlergehen fördern oder hindern können. Im Endeffekt nimmt das Kind also nur sich selbst wahr, erlebt nur sich, genauer gesagt, das, was man üblicherweise Ich-Gestalt nennt (seine Bewertungen, Qualitäten, positive Eigenschaften). Dadurch, dass das Kind ständig damit beschäftigt ist, wie es bewertet wird, kehrt es sich in sich selbst und ist daran gehindert, die anderen zu sehen. Es handelt so, als ob sich in ihm eine fremde Gestalt angesiedelt hätte, der es entsprechen muss. Zugleich ist es aber unfähig, echten Kontakt mit realen Gestalten zu unterhalten und Konflikte auf friedlichem Wege zu lösen. Das Erleben solcher Kinder ist gekennzeichnet vom Gefühl des Unterschätzt-Werdens.

Im Gegensatz dazu sind für Kinder ohne Beziehungs-

probleme zu Gleichaltrigen Selbstbehauptung und Bewertung durch andere nicht die wichtigsten Beweggründe. Das macht ihnen möglich, die anderen in ihrer Ganzheit zu sehen. Die Altersgenossen sind für sie keine Mittel für die Selbstbehauptung, sondern selbstwertige Persönlichkeiten, Partner für gemeinsame Tätigkeit und Kommunikation. Kinder ohne Beziehungsprobleme zu Gleichaltrigen vergleichen sich nicht mit anderen und versuchen auch nicht, die anderen zu übertreffen und die eigene Überlegenheit zu beweisen. Das unterscheidet diese Kinder von konfliktaffinen Kindern und spricht von der Wichtigkeit des personalen Zugangs im Verhalten der Eltern.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass die Kommunikationsfähigkeit und das Verhalten des Kindes seinen Altersgenossen gegenüber vor allem vom Erziehungsverhalten der Eltern abhängt. Wenn das Kind in der Beziehung zu den Eltern genug Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung bekommen hat, kommt in ihm kein unbefriedigtes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit, Selbstrechtfertigung und Selbstbehauptung auf. Dementsprechend entstehen keine Blockaden im personalen Austausch, es kommt zu Begegnungen mit anderen Kindern.

Abschließend soll allerdings angemerkt werden, dass das Verhalten eines Vorschulkindes zu sich und zu anderen nicht als endgültig und für Veränderungen unzugänglich angesehen werden soll. In diesem Lebensabschnitt ist es noch möglich, Probleme in Beziehungen mit anderen zu überwinden und zu einer vollwertigen Kommunikation mit ihnen zu finden.

Literatur

Berdjaew НА (1994) «Философия свободного духа» Moskau: Республика

Bachtin MM (1963) «Проблемы поэтики Достоев¬ского» Moskau: Советский писатель. Deutsch: Probleme der Poetik Dostoevskiis. Hanser. München 1971

Buber M (1995) Ich und Du. Stuttgart: Reclam

Längle A (2006) «Person. Экзистенциально-аналитическая теория Persönlichkeit» Moskau: Генезис

Ortega-y-Gasset J (1997) «Избранные труды» Moskau: Весь мир

ÜBERSETZUNG: OXANA LARTSCHENKO REDAKTION: USCHI DOBROWOLSKI

Anschrift der Verfasserin:

VITA CHOLMOGOROWA RU-121069 Moskau Skatertnyj Pereulok 30/48 oxana.larchenko@gmail.com

ANALYSE DES PHÄNOMENS DES VERZEIHENS

Phänomenologischer Zugang zur Forschung des Erlebens: Einzelfalldarstellung und Methode der empirisch- phänomenologischen Forschung

Svetlana W. Krivtsova

cal research

Eingangs werden verschiedene Fälle von Kränkungen und ihre existenzanalytische Therapie geschildert. Die Analyse der Fälle enthält wichtige Aspekte des Phänomens Verzeihen. Diese werden mit der Sichtweise von A. Längle verglichen und anschließend mit anderen Forschungsansätzen parallelisiert. Dazu werden auch Ergebnisse aus den phänomenologischen Interviews amerikanischer Psychologen wie Row et al. und Fow beschrieben.

SCHLÜSSELWÖRTER: empirisch-phänomenologische Forschung, Falldarstellung, Phänomenologie, Verzeihen

ANALYSIS OF THE PHENOMENON OF FORGIVENESS
Phenomenological access to research of experience: Individual case studies and method of empirical-phenomenologi-

In this article, different cases of existential analytical therapy of wounds caused by offence are described. The analysis enables the observation of certain aspects of the phenomenon of forgiveness. The phenomenon is also delineated according to A. Längles point of view. For sake of compa rison, an overview of research approaches towards the phenomenon of forgiveness as well as their results by means of phenomenological interviews with American psychologists such as Row et al. and Fow is presented.

KEYWORDS: empirical-phenomenological research, case studies, phenomenology, forgiveness

Die methodische Beschreibung von Einzelfällen hat in eine lange Tradition in der Psychotherapie. Sie begann 1895, als Breuer und Freud die Geschichte des berühmten Falls Anna O. publiziert hatten. Im Gegensatz zum psychoanalytischen Zugang, der sich auf die psychodynamischen Motivationsmechanismen konzentriert, ist die phänomenologische Psychotherapie auf die offen gestellte Frage fokussiert: "Was ist das Thema des Leidens bei diesem Menschen?" Die Einzelfallstudie kann nicht nur als Schlüssel zum Verständnis des Leidens des Patienten dienen, sondern auch zu Fragen wie: Was macht die Überwindung des Leidens möglich? Wie findet der Mensch den Zugang zu den personalen Ressourcen? Was zwingt ihn dazu, sich wieder und wieder darum zu bemühen, das Problem zu bearbeiten? Mit ihren Geschichten geben uns die Patienten eine Antwort auf diese Fragen. In diesem Artikel sind drei Geschichten vorgestellt, die sich um das Thema des Verzeihens gruppieren.

Aus unserer Sicht ergänzt die Phänomenologie des beschriebenen tiefen persönlichen Erlebens wesentlich das Wissen über die Mechanismen und die Gesetze des Verzeihens, das in den neueren Forschungen zu diesem Thema entwickelt wurde. Der Artikel versucht Möglichkeiten der Einzelfalldarstellung im Rahmen der existenzanalytischen Psychotherapie zu beschreiben. Zum Schluss werden die Möglichkeiten der Einzelfallanalyse und der empirisch-phänomenologischen Methode bei der Forschung des Verzeihens verglichen (Rowe et al.1989; Fow 1988, 1996). Für die Autorin begründet sich das Interesse für diesen Vergleich darin, dass alle Methoden zur phänomenologischen Traditi-

on gehören und viel Gemeinsames haben.

EINFÜHRUNG IN DAS PROBLEM

Das Phänomen des Verzeihens und des Leidens, wenn man nicht verzeihen kann, ist jedem Menschen gut bekannt, es gehört zu den Phänomenen des Person-Seins. Die geistige (noodynamische) Dimension wurde zum Bestandteil der Anthropologie der Psychotherapie dank den Arbeiten von V. Frankl¹. Er spricht in diesem Kontext von der Person als dem Freien im Menschen, das grundsätzlich unerklärbar ist und nicht endgültig faßbar. Dank dieser personalen Dimension des Mensch-Seins können wir uns auf das Erleben, auf die Bedürfnisse, die Impulse, sowie auf den primären Eindruck von der Welt aus einer Distanz und eigenständigen Haltung beziehen. Von seiner Natur aus ist der Mensch darin unfrei, sich nicht beeindrucken zu lassen, zum Beispiel, sich nicht verletzt zu fühlen, aber er ist frei genug, um auf "eine Distanz" zu seinem Verletztsein zu gehen, es in ein gewisses Verstehen der Situation, der Welt, des Lebens im Allgemeinen zu integrieren, und dann wird für ihn eine Entscheidung über das Verzeihen möglich. Diesen Schritten folgt die existenzanalytische Methodologie eines personalen Verarbeitungsprozesses, auf dem die Theorie des Verzeihens aufbaut.

Die realen Geschichten des Verzeihens (sowohl des stattgefundenen als auch des nicht stattgefundenen) werfen viele Fragen auf:

¹ Frankl bezog sich in starkem Masse auf die Axiologie von Max Scheler, und dieser verwendete seinerseits das Strukturmodell von N.Hartmann, in dem die körperliche, psychische und geistige (freie) Ebene als von verschiedener Natur und gleichzeitig eine Einheit der menschlichen Persönlichkeit bildend, dargestellt werden. Offenbar geht solch eine Vorstellung über die drei Ebenen auf die christliche Anthropologie von Thomas von Aquin zurück.

- Mangelnde Bereitschaft zum Verzeihen und hartnäckige Forderung nach einer gerechten Vergeltung – ist das eine psychodynamische Rachsucht oder eine personale Entscheidung?²
- Was soll als ein Ergebnis (oder als Krönung) des Verzeihens gelten: die Versöhnung und entstandenes Vertrauen und Liebe oder das Fehlen des Schmerzens? Oder bleibt das Erleben des Schmerzens selbst bei demjenigen bestehen, der verziehen hat? Oder ist das Ziel des Verzeihens die Beruhigung (das Abklingen der psychodynamischen Impulse)? Ob man überhaupt immer verzeihen soll?
- Auf welchem Grund wird eine Entscheidung über das Verzeihen oder das Nichtverzeihen getroffen?
- Und ob das Verzeihen überhaupt eine Entscheidung ist oder kann man es nur als ein Geschenk bekommen, kann es nur geschehen?

DIE GESCHICHTE VON NORA: VERZEIHUNG IST ZU VIEL

Nora, eine bildhübsche Frau, kam vor acht Jahren in die Therapie. Sie war im Bereich Kunst tätig und führte erfolgreich ihr eigenes Unternehmen. Sie fühlte sich sicher in ihrem Job, im Privatleben war dies jedoch nicht der Fall. Ihr Anspruch an die Therapie war ernst und kompromißlos: "Ich will meinem Geliebten verzeihen, damit wir uns versöhnen und alles wieder wie früher ist."

Sergei war derjenige, in den sich Nora verliebt hatte. Sie hatte ein Kind von ihm. Zu Beginn der Therapie war Nora bereits seit fünf Jahren alleinerziehend. Sergei hatte sie nicht geheiratet und die Familie kurz nach der Geburt des Sohnes verlassen. Während dieser Zeit hatte er sich nicht gemeldet. Nora kam mit allem selbst zurecht, führte weiterhin erfolgreich ihre Geschäfte und hoffte stets auf eine Versöhnung mit dem Vater ihres Kindes. Für sie war es wichtig zu wissen, was er macht, wo und mit wem er lebt. Sie stellte sich immer wieder die gleichen Fragen: "Was ist falsch an mir? Was soll ich tun, um die Beziehung wieder zu gewinnen?" Gleichzeitig erzählte Nora viel von den Kränkungen, die sie während der Zeit mit dem leichtsinnigen und zynischen Sergei verschmerzen hatte müssen, der ihr klar mitgeteilt hatte, dass er keine Anstrengungen möge und die Freiheit bevorzuge. Seine geschickte Art, Kurzbeziehungen zu führen machte ihn zu einem Frauenheld. Sergei blieb Nora nicht lange treu. Er hatte das Interesse für sie verloren, als sie sich dafür entschied, das Kind von ihm zu bekommen. Sergei hatte ihr nie versprochen treu zu sein, aber Nora hoffte darauf. Sie konnte verstehen, dass Sergei ein Mann war, auf den sie sich nicht verlassen konnte und mit dem es unmöglich wäre, eine ernsthafte Beziehung zu führen. Stärker als diese rationale Überlegung war jedoch die Sehnsucht nach ihm, die ein Leben ohne ihn nahezu unerträglich machte. Nicht einmal das Kind konnte sie von ihren Gedanken ablenken.

Meine Patientin konnte Sergei weder verzeihen, noch loslassen, um bereit für eine neue Beziehung zu sein. Sie litt einige Jahre darunter. Die Tiefe von Noras Leiden hat mich sehr berührt, ich fragte sie: "Was war für Sie wichtig, was konnte Sergei Ihnen in dieser Beziehung geben? Was fehlt Ihnen jetzt an meisten?" Diese Frage half einiges zu klären - sowohl für mich, als auch für meine Patientin. Nora erzählte, dass sie ihre Kindheit in einer kleinen Stadt im Süden Russlands mit ihrer Großmutter verbracht hatte. Ihre Eltern waren nach Moskau gezogen, um dort Geld zu verdienen. Die Großmutter passte nur ungern auf Nora auf und machte sich nicht einmal die Mühe, ihr zu erklären, dass die Eltern sie nicht verließen, sondern auch ihretwegen fort gingen, um sie finanziell unterstützen zu können. Nora fühlte sich sehr einsam. Als sie 18 war, reiste sie zu ihrer Mutter nach Moskau, die sich zu diesem Zeitpunkt gerade von Noras Vater scheiden ließ. Trotz aller Erwartungen war es für Nora nicht möglich, ein gemeinsames Leben mit ihrer Mutter zu führen: "Sie hat mich rausgeschmissen. Wir haben uns nur gestritten, weil ich es ihr nicht verzeihen konnte, dass sie mich mit Oma zurückgelassen hat. Sie warf mir Undankbarkeit vor. Ich fühlte mich sehr einsam. Ich fing an zu studieren und traf Sergei. Er war der erste, der mich so behandelt hat, als ob ich der größte Schatz auf Erden wäre! Er hat mich bewundert und immer verstanden, mit ihm konnte ich "Ich selbst' sein. Er mochte mich so wie ich wirklich war! Und damals war ich weder erfolgreich, noch reich... Ich habe mich in ihn verliebt, und so fing das Ganze an."

Nora bekam von Sergei etwas äußerst Wichtiges, an dem es ihr das ganze Leben lang gefehlt hatte: Akzeptanz, Aufmerksamkeit und Bewunderung. Mit Sergei hat sie sich selbst neu erlebt und ihr wahres Ich entdeckt. Dies war ein sehr intensives Erlebnis, das ihr die Kraft gab, an sich selbst zu glauben. Das Liebesverhältnis dauerte fünf Jahre. Plötzlich war ihr klar, dass die Ehrlichkeit in der Beziehung nur von ihrer Seite kam. Tatsache war jedoch, dass sie sich ohne Sergei "leer, wie ein Loch im Weltall, als Nichts" fühlte. Er verließ sie. Mit Sergei verlor Nora auch das Gefühl, sich selbst zu sein. Das Leiden meiner Patientin war ein Leiden um den verlorenen Selbstwert, welchen sie nur in Anwesenheit ihres Ex-Partners zu spüren vermocht hatte. "Sie haben wirklich das Recht auf Liebe und Respekt anderer Menschen! Jede Frau hat das Recht dazu, und jedes Kind. Es ist sehr schade, dass während dieser 18 Jahre niemand für Sie da war, der Ihnen Liebe und Aufmerksamkeit schenken konnte!" Nora weinte. Etwas begann ihr klar zu werden: das, was sie so unablässig vom Leben verlangte, war keine Krankheit oder Sucht, sondern es war eine angemessene emotionale Reaktion eines Menschen auf den starken Mangel an individueller Anerkennung. Keinem ist so etwas gleichgültig, jeder möchte anerkannt und angesehen werden. Nora hat mit allen Kräften gekämpft. Sie konnte jedoch ihr Bedürfnis nach Anerkennung und die Abhängigkeit von Sergei nicht voneinander unterscheiden.

Daraufhin habe ich ihre Menschenkenntnisse untersucht, um herauszufinden, ob sie in der Lage ist, realistische Vorstellungen zu bilden. Wir näherten uns der Frage, ob es re-

¹ Selbst im Christentum, wo das Verzeihen ein Weg zur geistigen Reinigung, die als Katharsis erlebt wird, ist, gibt es mehrere Hinweise auf die Notwendigkeit eine gerechte Vergeltung zu fordern. Vgl., z.B. Die Taten der Apostel [16: 36–39].

alistisch war, sich auf Sergei zu verlassen. Plötzlich brach meine Patientin die Therapie ab – Sergei war wieder da. Nora, überfüllt von Glück, ließ sich erneut auf die Beziehung ein. "Wir fliegen nach Paris! – sagte sie aufgeregt, – er hat "ja" gesagt! Sie haben mir so sehr geholfen!" Ich bezweifelte das.

Ein Jahr später kam Nora wieder. Sie hatte die Beziehung nicht retten können. Die Verzweiflung war vernichtend. Nun konnte von Versöhnung keine Rede mehr sein. Wir haben mit der Therapie an derselben Stelle eingesetzt, an der wir aufgehört hatten: "Erzählen Sie mir bitte von diesem Menschen so, als ob er für Sie nicht so nah wäre."

Nora verstand nun selbst, dass das, was mit ihr passierte, absurd war. Sie hatte nur wenige Tage mit ihm verbracht, nach dem Geschlechtsakt wurde ihr übel. Mit Geduld und Leiden ließ sie die Idee der Versöhnung das ganze Jahr lang nicht los. "In den ersten zwei Wochen hat er nicht einmal an seinen Sohn gedacht! Er trinkt die ganze Zeit!"

Nach der Trennung und der Wiederaufnahme der Therapie machte Nora wieder berufliche Fortschritte. Dies geschah aus dem Grund, dass wir die Begriffe der Verzeihung und der Versöhnung voneinander getrennt haben.

In der existenzanalytischen Psychotherapie müssen Verzeihung und Versöhnung voneinander getrennt werden. Eine Situation, in der das Thema der Verzeihung vorkommt, ist mit einer Kränkung verbunden, die aufgrund des Verlustes des eigenen Ichs und des Selbstwertgefühls entsteht, und von einer anderen Person verursacht wird. Verzeihen bedeutet, sein eigenes Leiden am Verlust des Ichs von der konkreten anderen Person zu trennen. Es bedeutet aufzuhören, ständig etwas vom Anderen zu verlangen, was dazu dienen soll, wieder 'Ich selbst' zu sein.

Die zentralen Punkte der Arbeit mit Nora waren folgende: ihre geringe Selbstschätzung, das Fehlen des Selbstbildes, die nicht ausgebildete Fähigkeit, eigene Gefühle zu erkennen und auf sie zu achten, sich selbst und andere Menschen zu beurteilen. Sie musste sich in all diesen Aspekten entwickeln. Wir haben uns langsam von einer aktuellen Situation zu anderen bewegt. Meine Patientin fing an, Vertrauen sowohl zu anderen Menschen als auch zu sich selbst zu entwickeln. Nora führte ein interessantes Unternehmen. Sie hatte eine Schneiderei, die sich auf Näharbeit und Sticken mit Goldzwirnen spezialisiert hatte. Ihre Kunden stammten sowohl aus der Theaterbranche, als auch aus religiösen Organisationen. Eines Tages hat sie sich an ein altes Lied erinnert: «И как же это вышло так, что все шелками вышито судьбы моей простое полотно?»³ Sie war von dieser Metapher tief berührt. Wir redeten über ihre großen und kleinen Probleme, die sie immer beharrlich, aber bescheiden zu lösen versuchte. Das Mädchen aus einer kleinen Küstenstadt wurde zu einer angesehenen Großstadtbewohnerin, schaffte die Bedingungen für die Entwicklung ihres Sohnes, die sie selbst als Kind nicht gehabt hatte, und wurde schließlich zu einer starken eigenständigen Frau. Es war für sie nicht leicht, das Alleinsein zu lernen ohne die Einsamkeit zu fürchten. Sie lernte, sie selbst zu sein und sich zu spüren: "Wenn niemand da ist, ist doch jemand da: das bin ich selbst. Ich habe mich, ich werde mich nicht im Stich lassen, ich kann mir selbst helfen, ich kann mich verstehen. Wir schaffen es zusammen". Auf dem Fundament dieses Vertrauens wurde ihr Selbstwertgefühl immer stärker. Nicht einfach war für sie vor allem, die Beziehung mit Sergei in eine Beziehung getrennt lebender Elternteile zu überführen. Nun bestand sie darauf, dass er sich mit seinem Sohn regelmäßig traf und achtete darauf, dass diese Treffen sich möglichst positiv auf das Kind auswirkten. Noras Gefühle waren immer noch instabil, aber sie lernte, der Verlockung zu widerstehen. Ein paar andere Beziehungen trugen ebenfalls zur Therapie bei und förderten ihr Selbstwertgefühl als Frau. Noras Weg zu sich selbst war lang und kompliziert, unsere Treffen waren immer seltener. Einmal sagte sie: "Was sollte ich Sergei verzeihen? Ich bin doch selbst schuld, wie konnte ich so blind sein!" Somit wandelte sich das Thema der Verzeihung in das Thema der Schuld, das bei genauerer Betrachtung ebenso stark übertrieben schien. Am Ende dieser Arbeitsphase weinte Nora um ein junges Mädchen, das von seinen Verwandten in Irrtum geführt, von seiner Mutter abgelehnt und in einer Großstadt ohne jede Hilfe und Unterstützung alleingelassen worden war. Nora weinte viel in dieser letzten Zeit, wurde sensibler und kam sehr natürlich zu der Entscheidung, dass sie sich selbst nichts vorzuwerfen hatte, dass alles in ihrem Leben so ist, wie es ist, und sie konnte darüber nur noch Traurigkeit empfinden. "Wenn ich nicht so dumm gewesen wäre, hatte ich jetzt nicht meinen Sohn, den ich so sehr liebe. Also sei Gott mit ihm, mit Sergei. Wissen Sie, er ist unglücklich mit all seinen Weibern. Und zu Recht, denn ich bin nicht die Ursache für sein Unglück, sondern er zahlt für seine Leichtsinnigkeit! Gott ist gerecht, wissen Sie."

Der Inhalt des Begriffes "Verzeihen", kurz und phänomenologisch gefasst, lässt sich verstehen als "den Anderen aus der Schuld entlassen"⁴. Das ist "eine Einstellung gegenüber dem Anderen, die bedeutet, nichts mehr zu verlangen, sowie nichts gegen denjenigen zu haben, der einen gekränkt hatte. Man empfindet keine Wut und möchte sich nicht mehr rächen, der Kampf ist vorbei. Diese Einstellung führt zu Ruhe, befreit von der Abhängigkeit und der negativen Erfahrung, was das Wiedersehen möglich macht." (Längle 1999) In Bezug auf den Anderen gibt es keine "offene Rechnung". Du bist mir nichts schuldig, ich verlange keine Satisfaktion. Jedoch sehen wir, dass nach dem Verzeihen der Schmerz und die Traurigkeit nicht immer verschwinden. Das, was verschwindet, ist das Gefühl der Zerrissenheit, der Orientierungslosigkeit, des persönlichen Nichtsseins. Die Person kehrt zu ihrem Selbst zurück und kann sich somit wieder dem Leben zuwenden.

Wir haben uns in dieser Darstellung bewusst nicht allzu stark auf die Persönlichkeitsstörung unserer Patientin konzentriert, denn ihre emotionalen Störungen haben die Therapiezeit zwar verlängert, aber nicht ihre Noodynamik geändert, denn Menschen mit emotionalen Störungen sind ebenso fähig zum personalem Handeln.

³ "Wie kam es dazu, dass das einfache Leinen meines Schicksals mit Seidenzwirn gestrickt ist?"

 $^{^4}$ Auf Altgriechisch bedeutet "verzeihen" - ἀφίημι – unter anderem jemanden "von der rechtlichen Verantwortung befreien". Genau dieser Begriff wird auch in der Bibel verwendet

DER FALL VON SOFJA SAWELJEWNA: EIN LE-BENSLANGES VERZEIHEN

In der psychotherapeutischen Praxis beobachten wir einige Fälle, bei denen die Verzeihung extrem lange dauern kann – dutzende von Jahren oder sogar ein ganzes Leben lang. Wir kennen unter anderem ein solches Phänomen wie die *Rückkehr der Kränkung* (возвращение обиды), welche vergessen zu sein schien. Mit der Rückkehr der Kränkung ist das Wiedererstehen des Erlebens einer Dynamik (Spannung, Unruhe) gemeint, die mit einer konkreten Person assoziiert ist. Wie läuft der Prozess des Verzeihens ab und was kann zum Phänomen des Wiederauflebens der Kränkung führen?

Um die Struktur des Ablaufs besser verstehen zu können werden im Folgenden zwei Protokolle meiner Patientin Sofja S. angeführt. Das erste Protokoll wurde im Jahre 2008 verfasst. Damals beschäftigten wir uns mit dem Thema der Selbsterkenntnis im Rahmen eines Seminars. Das zweite Protokoll stammt aus dem Jahr 2010, als meine Patientin nach dem Tod ihres Mannes in die Therapie kam.

Das erste Protokoll

K.: In meiner Jugend habe ich mich in einen Menschen verliebt, mit dem ich dann ziemlich lange zusammen gelebt habe. Er wollte keine Kinder, und er hat es mühelos geschafft, mich ebenfalls davon zu überzeugen. Wir waren jung und wollten Karriere machen. Ich hatte mehrere Abtreibungen, denn früher war es mit der Verhütung nicht so einfach wie heute. Eines Tages hat er mich plötzlich verlassen und sagte, ich hätte keine eigene Wohnung, im Gegensatz zu seiner neuen Freundin. Ich war 22.

Danach lief mein Privatleben keinesfalls einfach. Ich denke der Grund lag darin, dass ich trotz meiner Empörung vor allem sehr stark an mir selbst zu zweifeln begann. Seine Tat und die letzten Worte haben mich davon überzeugt, dass mich keiner braucht, dass man mich auf diese Weise behandeln darf und ich Nichts bin, sowohl als Frau, als auch als Person. Weitere Beziehungen mit Männern verletzten mich immer wieder, doch nur meinem ersten Geliebten konnte ich nicht verzeihen. Vielleicht, weil ich die Weiteren einfach nicht geliebt hatte. All diese Jahre merkte ich, dass ich in meinen Gedanken mit ihm spreche und versuchte, ihm irgendetwas zu beweisen, hörte immer wieder seine bitteren Worte, erwiderte und verteidigte mich. Die Situation hat sich erst nach zehn Jahren geändert, als ich eine glückliche Beziehung einging. Ein sehr guter Mensch hatte sich in mich verliebt. Mit der Zeit habe auch ich mich verliebt. Wir gründeten eine Familie. Wir hatten zwei Söhne, der ältere ist schon erwachsen. Als er 22 wurde, habe ich wie gewöhnlich gedacht: "Er ist doch noch so jung, hat kaum das Leben eines Erwachsenen, er braucht unsere Hilfe." Und plötzlich dachte ich daran, dass mein Geliebter damals genauso alt war wie mein Sohn heute. Wie konnte er für mich eine Stütze sein? Wie kann man überhaupt in diesem Alter für jemanden eine Stütze sein? Dieser Gedanke erschreckte mich. Ich hatte auf ihn einfach zu große Hoffnungen gesetzt. Es war traurig und gleichzeitig lächerlich. Danach konnte ich mich nicht mehr beleidigt fühlen. Außerdem spielte natürlich die Tatsache eine große Rolle, dass ich stärker geworden war und mein Selbstwertgefühl als Frau sich während der glücklichen Jahre mit meinem Ehemann entwickelt hatte. Ich bin eine zufriedene Frau. Wenn ich es nicht wäre, vielleicht hätte ich ihm bis heute nicht verziehen.

T: Verstehen Sie nun, welche Erwartungen Sie bezüglich Ihres damaligen Geliebten gehabt hatten?

K.: Bei uns zu Hause herrschte immer Harmonie und Gemütlichkeit, es gab jedoch keine Tradition für lange, vertrauliche Gespräche. Die Gespräche über wichtige Themen scheiterten immer. Vielleicht deswegen fühlte ich, dass mich keiner versteht. Jetzt weiß ich genau, dass dies nicht der Fall ist! Mein jüngerer Sohn ist mir sehr ähnlich. Jetzt ist er ein Teenager und versucht, von mir und seinem Vater Abstand zu nehmen, obwohl ich sehe, dass er uns braucht. Mit seinen Freunden kann er stundenlang reden. Ich denke, ich habe meine Eltern auch nicht sehr nah an mich heran gelassen und war schon als Kind kompliziert gewesen. Ich weiß nicht, wer solch einen Widerstand ertragen kann. Jedoch stimmt es nicht, dass ich nicht ernst genommen worden war, in unserer Familie war es nicht so. Aber mit diesem jungen Mann (meine Patientin sagte niemals seinen Namen – S. K.) konnte ich gut reden. Ich glaubte, dass er mich versteht und liebt. Das Gefühl, dass ich liebe und dass jemand mich liebt, empfand ich zum ersten Mal. Dabei fühlte ich, dass ich viel wert bin, und genau das hatte mir früher gefehlt. Das Gefühl der Wertlosigkeit verstärkte sich nach der Trennung wieder. Ich habe damals sehr schlecht über mich selbst gedacht und darunter gelitten. Psychotherapie gab es zu dieser Zeit nicht. Ich habe alles immer nur für mich behalten und mit niemanden mein Leiden geteilt. Es war schmerzhaft und ich fühlte mich sehr einsam. Ich habe mich zu sehr dafür geschämt um es jemandem erzählen zu können.

T.: Welche Gefühle und Impulse hat diese Kränkung verursacht?

K.: Oh, das waren nicht nur Gefühle, ich habe so viel Dummes angestellt. Aber jetzt habe ich mir das Ganze verziehen. Ich wollte beweisen, dass ich besser bin, als er dachte. Ich wollte mich nicht rächen, denn ich liebte ihn ja. Aber eine Affäre mit jemandem aus seinem Freundeskreis anzufangen, hielt ich für durchaus möglich. Oder mich auf einer Party mit einem tollen Kavalier zu zeigen. Aber das sagte ihm wahrscheinlich nur, dass mit mir alles in Ordnung ist, dass ich nicht leide. Jetzt verstehe ich das.

T.: Und auf diese Weise hat sich das Gefühl entwickelt, welches die Verzeihung ermöglichte?

K.: Mein Mann liebt mich, er ist ein wundervoller Mensch. Meine Interessen und die unserer Kinder stehen für ihn auf dem ersten Platz. Ich fühle mich unglaublich wertvoll, aber nicht nur seinetwegen. Meine Karriere hat dabei auch eine große Rolle gespielt. Meine Söhne sind wunderbar, mein Mann auch. Außerdem verstehe ich jetzt, dass ich von dem jungen Mann zu viel erwartet habe, er konnte es mir einfach nicht geben. Es war für ihn auch nicht einfach, unter diesem Druck zu leben. Eigentlich ist es sehr schön zu fühlen, dass mit dem Klang seines Namens mein Herz nicht wie früher still steht. Alles ist gut. Man kann sich schnell auf andere Sachen einstellen. Du bist frei! An das Gute gewöhnt man sich schnell...

Das zweite Protokoll

K.: Das Jahr nach dem Tod meines Mannes war sehr schwer. Eine Depression, die man nicht zeigen darf, die Kinder würden es merken. Der eine ist doch noch ein Jugendlicher, er trauert auch sehr. Wir sprechen viel über den Vater. In der letzten Zeit merke ich, dass ich sehr verbittert bin und wieder die gleichen Träume habe, die mit meinem ersten Geliebten zu tun haben. Ich habe letztens von ihm geträumt und mich erschrocken. Ob dieser Horror jetzt wiederkehren wird? Aber dann vergeht die Furcht, Kinder und Freunde sind ja da, sie geben mir viel Aufmerksamkeit. Aber nachts denke ich darüber nach, dass ich jetzt alt und einsam bin. Ohne Zweifel bin ich jetzt viel weiser als ich es in meiner Jugend war. Deswegen ist es ein anderes Gefühl. Ich spüre eine gute Stütze in mir selbst. Außerdem hilft mir meine existentiell psychologische Ausbildung. Ich überwinde mein Unglück mit Demut und Gelassenheit. Vielleicht sind diese Träume Reste des Schmerzes, der noch tief in meinem Körper steckt, wie ein Splitter. Aber der Splitter ist schon desinfiziert, nichts entzündet sich mehr. Ich spüre ihn nun mal ab und zu...

Der Prozess des Verzeihens dauerte 38 Jahre. Zu den persönlichen Beiträgen zählen hier: 1) Neue Kontexte, in welche Sofja Saweljewna ihr bekannte Fakten, den Zustand der Kränkung und die Beteiligten dieser Kränkung bringen konnte; 2) gesunde Ansichten bezüglich sich selbst, die Fähigkeit, sich selbst für die falschen Erwartungen und Fehler zu verzeihen; 3) eine persönliche, verantwortungsvolle Einstellung gegenüber den Lebenszielen, die eine Beruhigung der seelischen Defizite zur Folge hatte. Grundlegend hat die glückliche Beziehung mit ihrem Ehemann dazu beigetragen. Auf der Basis dieser Erfahrung war es für die Patientin möglich, sich für die Verzeihung zu entscheiden. Die tiefe Trauer aufgrund des Todes ihres Mannes verursachte den bereits bekannten Schmerz, aber Sofja Saweljewna verhinderte dessen Weiterentwicklung. Sie kehrte immer wieder zu sich selbst zurück, behandelte sich selbst mit Liebe und Wohlwollen. Dieses Gefühl war weder von ihrem ersten Geliebten, noch von ihrem Ehemann abhängig. Die Trauer um ihn ist ein phänomenologischer Prozess, der von Gefühlen der persönlichen Deprivation aufgrund der Nichtanwesenheit eines bestimmten Menschen verschieden ist. Die phänomenologische Forschung und die psychotherapeutische Erfahrung zeigen, dass niemand in der Lage ist, zu verzeihen, wenn man nicht vorher selbst eine Beziehung zu sich entwickelt hat. Nur dann, wenn ich in der Lage bin zu fühlen, dass ich nichts mehr vom anderen brauche, finde ich die Anregung zur Befreiung. Dies ist ein Reifeprozess. Er kann Jahre dauern oder gar kein Ende haben.

Die geistige Arbeit der Distanzierung vom Erlittenen und der innere Dialog in einer offenen, annehmenden Einstellung zu sich führen zum Verzeihen. Die Phasen dieser Arbeit können wie folgt dargestellt werden:

 Phase: Die Situation beschreiben, die Tatsache der Kränkung akzeptieren, die Arbeit beginnen. Das Geschehene genau betrachten und bewerten. Die Betrachtung und Bewertung, sowie die damit verbundene Erkenntnis auf der Basis einer geistigen Distanz verschaffen eine Übersicht. Vom Ganzen ausgehend sollte man nun auf das Konkrete schauen.

2. Phase: Die Emotion verstehen: dabei die Gefühle frei fließen lassen. Die Wut spüren, später (vielleicht) auch die Traurigkeit und das Bedauern. Zum Beispiel: Wie fühlte ich mich mit dem, was passiert ist? Wie habe ich das überstanden? Welche Gefühle weckt es in mir heute?

Ohne das Verstehen der Emotion kann die Verzeihung nicht abgeschlossen werden. Ich muss mir darüber bewusst sein, an welchem Ort meines Inneren ich mich gerade befinde und wissen, was genau das Geschehene für mein Leben bedeutet. Um dies zu ermöglichen ist es wichtig, das Geschehene mit Emotionen zu verbinden.

3. Phase: *Die Entscheidung treffen*. Die innere Gegenüberstellung zum Erlebten.

Nun treffe ich die Entscheidung, wie ich damit umgehen werde und was ich von dem anderen möchte. Dies bedeutet, dass ich auf Distanz davon gehe, was der andere mir angetan hat, und nichts mehr verlange, weil ich mich selbst gefunden habe. Oder jemand anderes hat mir geholfen, mich aus der Abhängigkeit heraus zu nehmen. In der annehmenden Nähe und Beziehung zu mir kann ich mich von der Abhängigkeit befreien – dies ist der Weg zur Verzeihung.

DIE GESCHICHTE VON TRUDI (VON A. LÄNGLE)

Ein Beispiel aus der psychotherapeutischen Praxis von A. Längle, wenn das Nichtverzeihen zur persönlichen Entscheidung wird.

Trudi hat Brustkrebs. Sie möchte dies einigen Freundinnen selbst erzählen und bittet ihren Mann, es keinem zu sagen. Aber am folgenden Tag erzählt er es seiner Schwester, die die Nachricht weiter verbreitet. Bald wissen alle gemeinsame Bekannten und Freunde davon. Die Patientin meint, es ginge ihm nur darum, sich wichtig zu machen und Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen.

Trudi fühlt sich ausgenutzt und kann es ihrem Ehemann sogar nach vier Jahren immer noch nicht verzeihen.

Als Hintergrund sehen wir in dieser Geschichte die individuelle Kraft: "Ich lasse mich nicht wegdrängen, das wäre zu schmerzvoll für mich, ich werde Widerstand leisten. Ich war immer sehr nachgiebig. Ich habe von ihm nie wirklich etwas verlangt, was nur mich betrifft. Er hat es nicht verstanden und sich respektlos mir gegenüber verhalten. Er wurde nicht einmal auf meinen Zustand aufmerksam, in dem ich mich damals befand, er konnte sich nicht daran halten. Ich würde so etwas niemandem antun."

Deswegen konnte Trudi ihn nicht aus der Schuld entlassen, das hätte ihm zu wenig gekostet. Für sie bedeutete es Selbstverteidigung. So markiert Trudi ihre Außengrenze. Diese Entscheidung betrifft ihren Ehemann, sie verlangt etwas von ihm: dass er sich weiterentwickelt. Trudi nimmt sich aus der Beziehung zu ihrem Mann nicht heraus. Es ist ihr zu wenig, dass es ihm Leid tut. Sie will Taten sehen. Erst dann wird es für sie konstruktiv. Das Wesen ihrer Entscheidung besteht in dem Gedanken: "Ich lasse weder mich, noch dich in Ruhe. Und das ist keine Rache."

A. Längle fasst die Ergebnisse zusammen und kommt zum Schluss: "Der phänomenologische Blick auf das Verzeihen ist voraussetzunglos und enthält keine Anforderung. Wenn man verzeiht, kehrt man zu sich selbst zurück. Aber manchmal sollte man nicht verzeihen, um das eigene Ich zu erhalten und seine Position und Forderung zu vertreten. Sonst könnte es sich um eine Romantisierung des Begriffs , Verzeihen' handeln. Denn Verzeihen ist im Grunde ein sehr existentieller und nüchterner Akt. Er besagt lediglich: "Wenn ich dir verzeihe, musst du mir dafür nichts mehr bezahlen. Du schuldest mir nichts mehr.' Aber es kann mir trotzdem wehtun. Das bleibt meine Sache. Ich kann verzeihen, oder auch nicht verzeihen, selbst wenn ich weiß, dass es mir in Zukunft ein Problem sein wird. Ich kann mich entscheiden, dich aus der Schuld zu entlassen, um mich vor dir zu schützen - weil ich dich nicht mehr dabei haben will. Die Gesellschaft oder die Religion verlangt manchmal: ,Verzeih doch!'. Aber man kann sich das Verzeihen nicht befehlen, nicht machen. Die Bereitschaft muss innerlich wachsen. Bevor diese Bereitschaft und innere Freigabe nicht gewachsen ist, ist echtes Verzeihen nicht möglich – es bliebe ein formaler Akt. Wenn aber die Bereitschaft gewachsen ist, dann kann es zu jenem inneren 'Sprung' des Sich-Ergreifens kommen (Kierkegaard), und ich kann den Akt vollziehen. -Dann ist es wahres Verzeihen, personales Verzeihen. Nicht mehr und nicht weniger ist Verzeihen." (Längle 2003)

KURZBESCHREIBUNG VON ERGEBNISSEN DER EMPIRISCH-PHÄNOMENOLOGISCHEN FORSCHUNG DES VERZEIHENS

Im Weiteren werden die Ergebnisse von zwei empirischphänomenologischen Untersuchungen zum selben Thema dargestellt und erörtert.

Der Beginn von Forschungen zum Phänomen des Verzeihens fällt in die 80-er Jahre⁵; sie wurden unter Anwendung von empirischen Methoden durchgeführt, wie zum Beispiel die Forschung des Verhältnisses zwischen der Fähigkeit zu verzeihen und dem Wohlbefinden bei älteren Menschen (Strasser 1984), zwischen dem Erfolg der persönlichen Strategien der Selbstbeherrschung und der Bereitschaft der geschiedenen Ehepartner sich mit dem Verzeihen zu beschäftigen (Trainer 1981) und andere ähnliche Arbeiten. Die Forschungen dieser Art kommen üblicherweise zu einem bestimmten Schluss, den man auf der Basis einer genau festgelegten Auswahl von Probanden erlangt. Zum Beispiel: "Es besteht eine positive Korrelation zwischen der Fähigkeit zum Verzeihen und dem Wohlbefinden im hohen Alter." Aber solche Forschungen können nichts darüber sagen, was das Verzeihen von seinem Wesen her ist, deswegen sind ihre Ergebnisse nicht unmittelbar anwendbar für die Beratung und für die Psychotherapie.

Als Beispiel der Anwendung der phänomenologischen Methode in Verbindung mit den statistischen Methoden gelten zwei unten angeführte Arbeiten. Im Laufe der empirisch phänomenologischen Forschung (Fow 1988) wurden von sechs Probanden ihre eigenen Erfahrungen des Verzeihens einer anderen Person beschrieben. Anschließend folgte ein Interview mit jedem einzelnen, wo sie gebeten wurden, ihre Beschreibungen zu erweitern und die vertiefenden Fragen zu beantworten: "Könnten Sie darauf eingehen, was das für Sie bedeutet hat?" - "Wie war es für Sie, zu verzeihen?" Das Resultat der Analyse dieser Beschreibungen bezüglich ihrer Ähnlichkeit und Unterschiedlichkeit war eine "Kondensation des Sinnes des Verzeihens", wie die Teilnehmer dieser Forschung ihn gesehen haben. Die Forschungsergebnisse wurden vom Autor in folgenden *Leitsätzen* zusammengefasst:

- Zum Umstand, der den Menschen dazu zwingt die Arbeit am Problem des Verzeihens zu beginnen, wird eine Situation, wo der Mensch mißbraucht oder beleidigt worden ist und in der Regel Schmerz oder Zorn empfindet. Die Zeit vergeht, aber er kann die Situation nicht lassen (vergessen) und sich weiter bewegen, «fixiert sich» auf sie, bleibt verstimmt und erniedrigt.
- 2. Als Folge dieser sich wiederholenden peinlichen Rückkehr zur Konfliktsituation beginnt der Mensch seinen Blick für das Geschehene zu verändern. Er kann versuchen sich vorzustellen, er wäre an der Stelle der Person, die ihn beleidigt hat, und wird feststellen, dass er sich selbst in dieser Situation genauso verhalten würde, oder eine Rechtfertigung in seiner eigenen Lebenserfahrung finden. Zwar rechtfertigt das den Beleidigenden nicht völlig, aber der Blick des Betroffenen wird ein Stück breiter und neben den Schmerz- und Zorngefühlen kommen auch andere Gefühle dazu, zum Beispiel Mitleid und Bedauern.
- 3. Für die Verzeihung ist das jedoch nicht immer ausreichend, geschweige denn für die Versöhnung mit demjenigen, von dem man einmal verletzt wurde. Manchmal öffnet sich dadurch die Möglichkeit eines Dialogs, in dem der Verletzte dem Beleidiger bereits eine Chance für Erklärungen und Entschuldigungen geben kann. Aber da solch ein Dialog nicht immer ohne erneutes Verletzungsrisiko ist, ist es durchaus möglich, dass er nicht stattfindet.
- 4. Nicht unbedingt folgt dem Verzeihen eine Versöhnung. Der Autor berichtet, dass "die Versöhnung davon abhängt, inwieweit der andere imstande ist die Zweifel zu vertreiben, dass durch sein Verschulden keine weiteren Verletzungen entstehen. Ohne das entwickelt sich kein Vertrauen, und das passiert oft, wenn der Beleidiger sein Verhalten nicht besprechen will." (Fow 1988, 4)

Die Beschreibungen der Probanden mit einer Erfahrung des Verzeihens haben in der Forschung von N. Fow keinen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Entschuldigung

⁵ Literaturverzeichnis zum Thema "Verzeihen". http://www.forgivenessweb.com/RdgRm/Bibliography.html, http://www.forgiving.org/Campaign/biblio4.asp u.a.m.

des Beleidigers mit dem Prozess des Verzeihens aufgewiesen. Das Verzeihen kann viel später als die Entschuldigungen entstehen. Zwar können die Entschuldigungen und die Reue den Prozess des Verzeihens beschleunigen, aber nicht garantieren.

N. Fow macht bei der Analyse von Beschreibungen eines typischen Erlebens auf einen psychischen Mechanismus in der Motivation zum Verzeihen aufmerksam, den man mit Hilfe der kognitiven Dissonanz von Festinger verstehen kann. Eine Motivation auf die eigene Wahrnehmung der Situation des Verletztseins anders zu schauen entsteht erst dann, wenn die Person fühlt, dass sie wegen des Geschehenen in einem *Konflikt mit sich selbst steht*.

In den Forschungen von J. Rowe (Rowe et al. 1989) wird die Aufmerksamkeit der "Bewegung zum Verzeihen" geschenkt. Damit man versteht, wie man zu diesem Ergebnis gelangt, haben der Forscher und seine Kollegen ihren Probanden folgende Aufgabe gestellt: "Erzählen Sie bitte von der Zeit mit einer für Sie relevanten Beziehung, wo etwas geschehen ist, was Sie dazu gezwungen hat sich mit dem einem anderen Verzeihen zu beschäftigen." In der Aufgabenstellung wird der Charakter der Beziehung nicht betont, betont wird nur die Tatsache, dass dem Beleidiger von dem Probanden letztendlich verziehen wurde. In den Forschungen von J. Rowe schildern die Probanden das Erleben von dem Schmerz, der durch die Verletzung entstanden war, den Wunsch sich zu rächen in Abwechslung mit dem Wunsch sich zu versöhnen, sowie den "zunehmenden Wunsch endlich mal einen Seelenfrieden zu empfinden und nicht mehr von den Gespenstern aus der Vergangenheit verfolgt werden", "das Schuldgefühl, weil man dem anderen gegenüber Zorn empfindet", "eine innere Forderung den lieben Menschen zu verzeihen". In dieser Forschung, genauso wie in der Forschung von N. Fow, wird betont, dass ein Katalysator des Verzeihens und der Entdeckung des neuen Sinnes der Wunsch ist in der peinlichen Situation nicht stecken zu bleiben und das Bedürfnis, die Beziehung wiederherzustellen. Die Autoren unterstreichen, dass sie nicht wissen, wie die Dynamik und die Struktur des Verzeihensprozesses aussehen würde, wenn es nicht um die nächsten Menschen, sondern um eine spontane Situation gehen würde (z.B. eine Beleidigung durch einen Betrunkenen auf der Strasse, ein Verzeihen in der Psychotherapie und in einer politischen oder arbeitsbezogenen Situation).

In der Forschung von Droll, auf die sich N. Fow bezieht, wurden die Faktorenanalyse von Interviews und die von Businessgames-Protokollen verwendet. Er führt den Fachbegriff "Transformation der Bedeutung" ein, unter dem er das Verzeihen als Entwicklung einer neuen Bedeutung: "Extrahieren einer neuen Wahrheit aus der Vergangenheit" (Zitiert nach: Fow 1996, 223) versteht. Brandsma (1982) betont besonders "ein breiteres Verstehen von Motiven, Bedürfnissen und Ursachen der Handlungen anderer Menschen, das dem Menschen hilft großzügiger zu werden. Zum Beispiel wird die Persönlichkeitsstörung des Beleidigers dann nicht als ein Grund für die Beschuldigung empfunden, sondern als eine Realität: "Sein Verhalten bezieht sich nicht auf mich persönlich, so geht er mit allen anderen auch um." In seiner Forschung wurden dafür spezielle Fragen des Interviews verwendet: "Kann es sein, dass ich auf Grund eines Mißverständnisses die Absichten des anderen falsch verstanden habe?"- "Was könnte in meinem Benehmen eine Beleidigung provozieren?" Hier wird also die Rolle des eigenen Beitrages des Probanden zur andauernden Situation des Unbehagens unterstrichen: ein Vorurteil kann das Verzeihen verlangsamen.

In den Forschungen von J. Rowe wird besonders hervorgehoben, dass der verbale Ausdruck des Verzeihens zu den wesentlichen Faktoren des Phänomens gehöre. Wenn die Person ihre Entscheidung mitteilt, dann hat sie bereits verziehen. Darüber hinaus gibt es viele Situationen, wo es nicht möglich ist das Verzeihen mitzuteilen.

Die empirisch-phänomenologischen Forschungen von J. Rowe und N. Fow lassen uns zum folgenden Schluss über das Phänomen des Verzeihens kommen:

- Es besteht eine Möglichkeit des Verzeihens ohne Versöhnung (bei diesem Punkt diskutieren die Vertreter der empirisch-phänomenologischen Forschung mit Forschungsrichtungen der christlichen Psychologie, bei denen das Verzeihen selbst als eine Phase und Zwischenziel auf dem Wege zur Versöhnung verstanden wird).
- Der Prozess des Verzeihens ist eine Transformation des Verstehens des anderen Menschen, sich selbst und der Welt durch den Verletzten, wobei derjenige, der verziehen hat, offener zu denken beginnt.
- 3. Die Aktivität des Anderen (des Beleidigers) ist nicht so wichtig, wie die Aktivität der Persönlichkeit des Verzeihenden: "Selbst die Entschuldigungen genügen nicht, um zu verzeihen, und manchmal verzeiht man, selbst wenn der Beleidiger seine Schuld nicht eingesteht." (Fow 1996, 241–242)
- 4. Der Höhepunkt des Verzeihens, sein wirksamster Faktor, ist der peinliche Punkt des Eingestehens des eigenen Beitrages zu der Situation.

DER VERGLEICH VON MÖGLICHKEITEN DER EMPIRISCH-PHÄNOMENOLOGISCHEN FORSCHUNGEN UND DER EINZELFALLANALYSE FÜR DIE FORSCHUNG DES NOODYNAMISCHEN ERLEBENS

Wie wir bereits in den Falldarstellungen gesehen haben, wird es dank den phänomenologischen Forschungen möglich, ein feines konsequentes strukturelles "Portrait" von einem schwierigen Erleben zu schaffen, seine Dynamik, seine Phasen zu beschreiben, wobei man einen Raum auch für die individuelle Entstehungsbahn des Erlebens behält. Wenn wir uns in der Haltung der Offenheit auf das Phänomen des Verzeihens konzentrieren, ist es so, als ob wir den Wahrnehmungsfokus auf die "Tiefenschärfe" einstellen, bei der hinter einem so gut bekannten Verhalten, das "allzu menschlich" voll von Vorwürfen und Klagen ist, eine personale Dimension zum Vorschein kommt: Kann ich verzeihen? Darf man das verzeihen? Wie soll ich jetzt damit leben? Ob es gut für ihn ist, wenn ich verzeihe? Ob es für die Zukunft gut ist? Diese Fragen beziehen sich auf das Wesen des Prozesses des Verzeihens im Gegensatz zu den empirischen Forschungen, die einzelne Zusammenhänge zwischen den speziellen Aspekten des Seins nachweisen, aber uns kaum im Verstehen dessen, was das Verzeihen selbst ist, weiterbringen. Dank der Phänomenologie haben wir einen Prozess erlebt, den man nicht "machen" kann, genauso wie es nicht möglich ist mit dem Willen ein personales Erleben zu machen. Der Prozess des Verzeihens hat seine eigene Dynamik, die von dem Gefühl getrieben wird, welches seine Kraft in der Erfahrung des Selbstwertes der Persönlichkeit schöpft⁶.

Die Verzweiflung ist persönlich, und sie hat ein Thema. Unter was leidet unser Patient? Beide Methoden weisen darauf hin, dass die Situation des Verletztseins den Menschen spaltet, ihn aus der eigenen Mitte hinauswirft; das Verzeihen ist einer der Wege, durch den man zu dem Selbstsein zurückkehrt. Zu verzeihen fällt einem nicht leicht, aber genauso wie in der Reue, entscheidet sich der Mensch in Verzeihen für sich selbst. Wenn er verziehen hat, verändert er sich – und gleichzeitig wird er wieder er selbst. Wir haben gesehen, das stattgefundene Verzeihen ist personal. Aber das noch nicht stattgefundene - auch. Ohne zur Ruhe zu kommen, dabei immer wieder zu einem Dialog mit sich selbst, mit dem Beleidiger, mit der Welt gezwungen zu sein, bleibt der Mensch "in Frage gestellt". Er kann sich nicht beruhigen, also seine Offenheit, sein Dialog mit der Welt geht weiter. Oft ist dieser Dialog blockiert – man kommt wieder und wieder auf den gleichen Punkt zurück - und oft braucht man in diesem Augenblick den Blick eines Anderen; deswegen besuchen Menschen ihre Freunde oder sie kommen in die Psychotherapie. Aber unter dem Druck des blockierten Dialogs befindet sich seine, zwar unbewusste, aber absolut personale Entscheidung – diese "schreckliche Situation" zu klären, zu verstehen. Die Entscheidung dafür, das zu verstehen, die Versuche das zu verstehen sind genauso wertvoll, und öfter sogar noch mehr, als jede gefundene Antwort auf die Frage: was ist das eigentlich gewesen?

Sowohl dank dem empirisch-phänomenologischen Zugang, als auch der Arbeit am Einzelfall, bekommt man ein nicht reduziertes Bild des noodynamischen Erlebens, das üblicherweise mit dem psychodynamischen Erleben eng zusammenhängt.

Schauen wir uns die vorhandenen Unterschiede zwischen den beiden Methoden genauer an.

Was die Anwendung der phänomenologischen Methode anlangt, haben wir gesehen, dass:

- alle Forscher damit angefangen haben, dass sie von den Probanden eine Darstellung der eigenen Erfahrung des Verzeihens in lockerer Form verlangt haben (in einigen Forschungen wird besonders darauf hingewiesen, dass ein abgeschlossener Prozess des Verzeihens notwendig ist, oder beispielsweise das Verzeihen in einer wichtigen Beziehung, das Verzeihen naher Personen);
- 2. dann ein Interview folgte, in dem die Fragen auf die Beschreibung des Erlebens in allen Phasen dieses Prozesses gezielt waren;
- 3. auch die Fragen über das persönliche Verhalten des Proban-

den dazu, dass er solch eine Erfahrung einmal gehabt hat und darüber, welchen Sinn er darin sieht, aufgefallen sind.

Die Darstellung des Einzelfalles bietet ein Spektrum von Themen an, die oft nicht direkt mit dem Verzeihen verbunden sind. Die Patienten kommen mit neuen aktuellen Themen und die Aufgabe des Psychotherapeuten besteht darin, dass er sie an die Arbeit an dem Verzeihen nicht anbindet, aber den tatsächlich vorhandenen Zusammenhang erkennt, wie die Bearbeitung des Schuldgefühls – sowohl der tatsächlichen Schuld, als auch eines neurotischen (gelernten) Schuldgefühls –, die Prozesse des Betrachtens und der Einschätzung, das Problem des mangelnden Eingestehens usw. Wir haben erfahren, dass es nicht möglich ist das Verzeihen direkt zu intendieren, es muss im Menschen heranreifen, und der Reifungsprozess verläuft parallel zur Stärkung der personalen Kraft der Persönlichkeit.

Wir haben gemerkt, dass bei der Anwendung der Einzelfallmethode intimere Situationen des Verletztseins in das Blickfeld des Forschers geraten, das ist die einzige Methode, mit der man einen Zugang zum tiefsten Leiden des Menschen bekommt. Es ist fraglich, ob ein Interview oder eine Fokusgruppe passend für die Aktualisierung solcher Erfahrung sein können. Gleichzeitig kann man einen breiteren Blick auf das Verzeihen bekommen: die Methode erlaubt die Phasen des Verzeihens im Laufe von Jahren zu beschreiben. Anhand von Beispielen aus den Forschungen von J. Rowe und N. Fow, stellen die Menschen in den Interviews die Fälle der Verletzung an der Arbeitsstelle, manchmal, das Verzeihen der Angehörigen, aber nie die "Verletzungen des ganzen Lebens" dar. Dafür gibt es eine gute Erklärung: in der Psychotherapie besteht auch mehr Vertrauen zum Therapeuten, über das Verzeihen wird nie in den ersten Sitzungen gesprochen, damit das Vertrauen in der therapeutischen Beziehung entsteht, braucht es Zeit. In der empirischen Forschung gibt es in der Regel zu wenig Zeit.

Eine Forschung hat als Ziel etwas aufzudecken, das nicht nur individuell und besonders ist, sondern typisch und allgemein menschlich. In diesem Aspekt bietet die empirischphänomenologische Forschung mehr Möglichkeiten, als die Methode des Einzelfalles. Wir haben gesehen, dass die Autoren in beiden Gruppen mit der empirischen Arbeit auf der Basis von Darstellungen der Probanden einige typische, sich wiederholende Ausrichtungen und Erlebens- und Gedankenmuster festgestellt haben. Die Faktorenanalyse war eine zusätzliche mathematische Methode, dank der einige Verallgemeinerungen zum Thema des Verzeihens möglich geworden sind. Ganz deutlich sind einige Hinweise darauf, was man in der Praxis als Hilfe für die Menschen, die unter den Verletzungen leiden, anwenden kann. Wichtige Empfehlungen beziehen sich auf folgende Punkte: 1) das Verzeihen hängt nicht stark von dem Verhalten des Beleidigers ab - es ist eine persönliche Aktivität von der Person, die verletzt ist; 2) das Ziel des Verzeihens soll nicht unbedingt eine endgültige Versöhnung und die Wiederaufnahme der Beziehung mit dem Beleidiger sein; 3) um verzeihen zu können, muss eine

⁶ Hier ist darauf hinzuweisen, dass die höchste Latte Christus vorgegeben hat, der gleichzeitig in sich auch den höchsten menschlichen Selbstwert getragen hat, deswegen haben die gläubigen Menschen in ihrem Glauben einen sehr starken Halt und sind mehr bereit zu verzeihen. Die Analyse der Arbeiten der religiösen Psychotherapeuten ist kein Ziel dieses Artikels, vgl (Grawe 2007; Krivtsova 2010).

bestimmte Arbeit zur Umstrukturierung der Wahrnehmung der Verletzung geleistet werden, um ihr eine neue Bedeutung zu verleihen; 4) einer der Bestandteile der Umstrukturierung ist der Prozess der Einbringung des "eigenen Anteils" in die Konfliktsituation, d.h. die "Fehlerkorrektur". Und zum Schluß: 5) zum Motiv dieser schwierigen, leidvollen Arbeit der Persönlichkeit wird die gewonnene Befreiung und ein breiterer Blick auf die Welt: der Mensch steigt aus diesem Prozeß verändert aus.

Diese Empfehlungen sind zweifellos wertvoll, weil sie auf die wichtigen Inhalte hinweisen, deren Erleben und Bearbeiten das Verhalten des Klienten zur Situation verändern.

Die Besonderheit des phänomenologischen Zuganges, egal in welchen Formen er angeboten wird, ist eine Entsprechung zur personalen Dimension der Persönlichkeit. Er verlangt ein personales Engagement und einen respektvollen und vorsichtigen Umgang des Forschers mit dem Probanden. Das ist eine Herausforderung an den Phänomenologen: auf eine Distanz zu dem Probanden zu gehen, und trotzdem mit der eigenen Person in einer Resonanz mit ihm und seiner Person zu bleiben

SCHLUSSWORT

Die Existenzanalyse des Phänomens des Verzeihens leistet einen weiteren Beitrag zum Verstehen des Verzeihens, das in der empirisch-phänomenologischen Forschung erreicht sind.

Verzeihen – das ist keine Tätigkeit, und doch können wir etwas tun für die Veränderung dieser schmerzvollen Dynamik, die von dem Gefühl des Selbstverlustes "wegen dieses Menschen" geprägt wird:

- verzeihen wollen, d.h. die Verantwortung für das Verzeihen zu übernehmen, und es nicht mit bestimmten Handlungen des Beleidigers in Verbindung zu setzen; zu schauen, was ich selbst tun kann;
- "die Latte tiefer legen" in Bezug auf den Ergebnissen, indem man auf zu hoch gesetzten Ziele, wie "sich mit dem Beleidiger versöhnen", "nicht mehr leiden", "zu dem psychologischen Befinden zurückkehren, das es vor der Verletzung gegeben hat" usw. verzichtet. Dazu trägt das Verstehen des Verzeihens bei als einer Haltung, die meine Möglichkeit mich selbst zu sein von keinem konkreten Tun meines Beleidigers abhängig macht, insofern "will ich nichts mehr von ihm";
- wieder und wieder auf die Analyse der Situation zurückgreifen, versuchen auf sie unvoreingenommen zu schauen, wodurch sich langsam das Verstehen von sich selbst und von dem Anderen und von der Situation, die zu der Verletzung geführt hat, verändert;
- das Gefühl "ich kann verzeihen" heranreifen lassen, sich zu keiner Eile drängen;
- ehrlich seine Lebensaufgaben lösen, was das Selbstwertgefühl entwickelt und das Ich stärkt, und im Endeffekt dazu führt, dass ich mir immer mehr erlaube ich selbst zu sein;

- sich um die Abdeckung der geistigen Defizite kümmern, indem man eine Beziehung zum Leben aufnimmt, und das Risiko eingeht, das personale Gespür ("Handle ich richtig? Darf ich? Entspricht das mir?") in den Aspekten des Lebens zu bewahren, wo die Inhalte, die mit der Verletzung zu tun haben, "zu Hause sind";
- verstehen, dass die Quelle dieser Auffüllung sowohl ein anderer Mensch sein kann, als auch ich, der Verletzte, weil im Rahmen der Entwicklung des Selbstwertes ich vieles für mich selbst machen kann: ein ehrliches Urteil fällen, Stellung zu mir selbst beziehen. In dieser Arbeit verbindet sich das Verzeihen mit der personalen Bearbeitung der Schuld, mit der Reue und mit der geistigen Arbeit, die mit diesen Prozessen zusammenhängt;
- sich erlauben nicht zu verzeihen, wenn es ein inneres Gefühl gibt, dass es so stimmt, sowohl für mich, als auch für den anderen.

Literatur

- Brandsma JM (1982) Forgiveness: A Dynamic Theological and Therapeutic analysis. Pastoral Psychology, 31, p. 40-50
- Fow N (1988) An empirical-phenomenological investigation of the experience of forgiving another. Doctoral dissertation, University of Pittsburgh
- Fow N (1996) The Phenomenology of forgiveness and reconciliation. Journal of Phenomenological Psychology, 2, v. 27
- Grawe M (2007) Iskusstwo proschtschenija. Oswoboschdenie ot nanesennih obid. Minsk: Tesej
- Krivtsova S (2010) Tema proschtschenija v fenomenologicheskih issledowanijah i v existencial'nom analise. - IV Wserossijskaja nauchnoprakticheskaja konferencija po existencial'noj psichologii: materiali pod. red. Leontjeva D. - Moskwa: Smisl
- Längle A (1999) Existenzanalyse Die Zustimmung zum Leben finden. In: Fundamenta Psychiatrica 12, 139-146. In Russian paper called Existential Analysis - to agree with life. - Moscow psychotherapeutic Journal, #1, 2000, p. 5-13.
- Längle A (2003) Stenogramm des Seminars mit A. Längle in Moskau, Oktober 2003
- Rowe J, Hailing S, Davies E, Leifer M, Powers D & van Bronkhorst J (1989) The psychology of forgiving another: A dialogical research approach. In: R. Valle & S. Hailing (eds.), Existential-phenomenological perspectives in psychology: Exploring the breadth of human experience (pp. 233-244). New York: Plenum Press
- Strasser J A (1984) The relation of general of forgiveness and forgiveness type to reported in the elderly. Doctoral dissertation - Catholic Univ. of America, 1984/ Diss. Abstract Inter. B-45, 1733
- Trainer M (1981) Forgiveness: intrinsic, role expected, expedient, in the context of divorce. Doctoral dissertation, Boston University

ÜBERSETZUNG: OKSANA LARCHENKO, ANNA SCHAPKINA

Adresse der Autorin:

Светлана Кривцова: svkrivtsova@mail.ru

HEUTE LEBEN – EXISTENZ IM HORIZONT DER ZEIT*

HELMUT DORRA

Menschliches Sein ist an die Zeit gebunden, die sich als vergangene, gegenwärtige und zukünftige in unserem Erleben abbildet.

Wir leben im Laufe der Zeit im Werden und im Wandel und kommen nicht umhin, uns in allen Belangen unseres Alltagslebens zeitlich zu verhalten. Die Zeit ist das Medium unseres Daseins, in dem wir unser Wesen entfalten, das in allen Bezügen zur Welt und zur Zeit konkrete Gestalt gewinnt.

Im Horizont der Zeit werden wir mit der existentiellen Sinnfrage nach dem Wozu und Wohin konfrontiert, die im Bewusstsein der Endlichkeit eine oftmals Weichen stellende und entschiedene Antwort abverlangt.

Weil wir aber unser Leben nur in der Gegenwart gestalten können, sind wir herausgefordert, das jeweils Wesentliche und Werthafte wahrzunehmen, zu wählen und zu verwirklichen.

Nur heute können wir mit unserem gelebten Leben Antwort geben auf die Frage, wofür wir uns einsetzen und da sein wollen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Angst, Beschleunigung, Endlichkeit, Existenz, Gegenwart, Gelebte Zeit, Kairos, Langeweile

LIVING TODAY. EXISTENCE WITHIN THE HORIZON OF TIME

Human existence is bound to time which depicts itself in our experience as something passed, something present and something in the future.

We live in development and change over the course of time and cannot avoid acting according to time in all issues of daily life. Time is the medium of our being: In it we unfold our essence which gains concrete shape in all references to the world and to time.

Within the horizon of time we confront the existential question of meaning about the wherefore and whither, which, in awareness of finitude, often demands a course-setting and decisive response.

But because we are solely capable to arrange our lives in the presence, we are challenged to perceive, select and realize the essential and valuable of each situation.

It is only today, with our life as we live it, that we can answer the question concerning what we want to stand up and be here for.

KEYWORDS: fear, acceleration, finitude, existence, presence, lived time, kairós, boredom

DAS GEHEIMNIS DER ZEIT

"Es gibt ein großes und doch ganz alltägliches Geheimnis. Alle Menschen haben daran Teil, jeder kennt es, aber die wenigsten denken darüber nach. Die meisten Leute nehmen es einfach so hin und sie wundern sich wenig darüber. Dies Geheimnis ist die Zeit." (Ende 2002, 59)

Ich beginne mit einem Zitat aus dem Buch "Momo" von Michael Ende. Es ist die seltsame Geschichte von Zeitdieben und von dem Mädchen, das den Menschen die gestohlene Zeit zurückbringt. Sie erzählt von einer Stadt, in der Beunruhigendes geschieht. Niemand mehr hat Zeit, niemand mehr freut sich, niemand spielt oder macht Späße. Stattdessen sind überall Schilder aufgestellt mit der Forderung schneller zu arbeiten, sich rascher zu vergnügen, schneller zu essen und zu schlafen. Langsamkeit, mit ihr die Sorgfalt und Besinnung, ein langer Atem, sind nicht mehr gefragt. Zeit ist Geld. Darum musst du die Zeit sparen. Je mehr aber die Menschen sich bemühen, Zeit zu sparen, desto weniger davon haben sie. Denn Zeit lässt sich weder gewinnen noch aufhalten oder einholen. "Zeit ist Leben", so heißt es, "und die Zeit wohnt im Herzen." (Ende 2002, 59)

DIE GELEBTE ZEIT

Was ist das Geheimnis der Zeit? Die Frage nach der physikalischen, messbaren Zeit stellen die Naturwissenschaftler, denen aufgegeben ist, die Gesetze der Natur zu ergründen.

In unserem Alltagsleben richten wir uns nach der chronologischen Zeit. Wir orientieren uns an der kontinuierlich verlaufenden, linearen Zeit, nach der wir geschichtliche Ereignisse datieren und unser Tagesgeschehen programmieren. Als Uhrzeit strukturiert sie unser Dasein und als soziales Ordnungsprinzip koordiniert sie das Zusammenleben der Menschen.

Diese chronologische Zeit bedingt Anfang und Ende, Werden und Vergehen aller Dinge. Was aber bedeutet sie unserem menschlichen Dasein? Unser menschliches Sein ist an die Zeit gebunden, die sich als vergangene, gegenwärtige und zukünftige in unserem Erleben abbildet. Wir leben im Laufe der Zeit, wir sind ihrer linearen Chronologie unterlegen und ausgeliefert, aber wir haben auch ein Verhältnis zur Zeit. Wir sind ihr gegenüber, wir können Vergangenheit und Zukunft in unserer Erinnerung und Erwartung vergegenwärtigen. Die in dieser Weise gelebte Zeit ist das Medium unseres Daseins, in dem wir unser geschichtliches Wesen entfalten, das im Gefüge der Welt konkrete Gestalt gewinnt.

Darum kommen wir nicht umhin, uns in allen Belangen unseres Alltagslebens zeitlich zu verhalten. Im endlichen und begrenzenden Horizont der gelebten Zeit bedenken wir Anfang und Ende, und wir werden nicht zuletzt mit der existentiellen Sinnfrage nach dem Wozu, nach dem Wofür und Wohin konfrontiert.

In der gelebten Zeit befinden und erfahren wir uns in der Welt, im Laufe der Geschichte wie auch unmittelbar in unserem Alltagsleben.

Bedenkenswert ist für mich die alltägliche Erfahrung,

^{*} Dieser Beitrag ist ein Vortrag von der Herbsttagung 2011 der GLE-D in Hannover.

dass wir immer schneller werden, und doch so wenig Zeit – so wenig freie Zeit – oder wie viele empfinden, dass wir so wenig Zeit zur freien Verfügung haben.

Seit ich ein schnelleres Auto fahre als zuvor, habe ich dennoch keine Zeit gewonnen. Offenkundig geht es meinen Mitmenschen ebenso. Viele klagen, dass sie trotz moderner Beschleunigungsmittel immer weniger Zeit haben. Sie leiden unter den Folgen ihrer Hektik und Hast, nicht zuletzt unter den Stressfaktoren erhöhter Geschwindigkeiten stets umtriebiger, vorantreibender Fortschritte und Veränderungen.

Jemand hat den Trend zur Beschleunigung und deren Auswirkung auf die Menschen in folgender Weise beschrieben:

"Alles ist jetzt ultra... Niemand kennt sich mehr, niemand begreift das Element, worin er schwebt und wirkt... junge Leute werden im Strudel der Zeit fortgerissen. Reichtum und Schnelligkeit ist es, was die Welt bewundert und wonach jeder strebt. Alle möglichen Erleichterungen der Kommunikation sind es, worauf die gebildete Welt ausgeht, sich zu überbieten..." (Ottenberg 1998, 1311)

Der das sagt – so möchte man meinen – ist ein moderner Mensch. Dieser aber beklagt sich nicht etwa über Transitbahnen, über Telefon und Internet, sondern redet von Dampfschiffen und Schnellposten, die so "rasant unterwegs sind, dass einem Hören und Sehen vergeht".

Der das sagt, ist Johann Wolfgang von Goethe in einem Brief an seinen Freund, den Komponisten Zelter. Das war 1825. Seither sind wir mit dem Flugzeug zig mal schneller am Ziel. Auf unseren Autobahnen geht es zwar nicht immer zügig voran, dafür haben wir per Internet in sekundenschnelle rund um die Uhr fast jeden Winkel der Welt erreicht. Und selbst in Weimar hält heute der ICE. Heute fahren wir auf Schnellstraßen oder in Hochgeschwindigkeitszügen. Wir essen in sogenannten Schnellrestaurants – fast food liegt ganz vorn im Rennen – im Haushalt hantieren wir mit Schnellkochtöpfen, und Schnellbuchern werden Urlaubsreisen günstig angeboten.

Die Beschleunigung ist ein Gesetz des freien Marktes. Ihre Maxime lautet: immer schneller, fortschrittlicher, alles zugleich, synchron und im Nonstop tempo. Immer dabei, online und up to date, stets auf dem Laufenden. Resultat einer Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit.

Die Frage ist stets virulent, was zu machen ist, was wir noch optimieren müssen und was wir maximieren können.

Der französische Kulturkritiker Paul Virilio (1992) sieht im Geschwindigkeitsniveau einer modernen und mobilen Gesellschaft und ihrer Beschleunigungsmentalität einen "rasenden Stillstand" und eine "unbewegte Rastlosigkeit", die die Menschen vor sich hertreibt. Virilio führt den Vergleich mit einer Rakete an: sie ist das bislang schnellste Fortbewegungsmittel, aber sie fliegt in einen weithin leeren Raum. Dieser Vergleich veranschaulicht eine Form der Flüchtigkeit und eines Fortschrittsoptimismus, der in allen nur möglichen Fassetten hastiger Reagibilität und operativer Aktivität seinen Ausdruck findet. Wo es aber kein Verweilen gibt, mithin auch kein Warten mehr und kein Erwarten, da erweist sich ein forciertes Tempo als Dynamik inhaltsleerer Geschäftigkeiten, die dem Fortschritt alle nur mögliche Formen der Entgrenzung subsumiert.

In seinen Geschichten vom "Kleinen Prinzen" erzählt Saint Exepury von einem Weichensteller, der die Schnellzüge, mit denen die Reisenden fahren, bald nach rechts und bald nach links, mal in die eine und in die entgegengesetzte Richtung schickt:

"Sie haben es sehr eilig", sagte der kleine Prinz. "Wohin fahren sie?"

"Der Mann von der Lokomotive weiß es selbst nicht", antwortete der Weichensteller, während ein blitzender Schnellzug an ihnen vorbei donnerte. "Sie kommen schon zurück?" fragte der kleine Prinz. "Das sind nicht die gleichen", sagte der Weichensteller, "das wechselt". "Waren sie nicht zufrieden, dort wo sie waren?" "Man ist nicht zufrieden, dort wo man ist", sagte der Weichensteller. Und es rollte der Donner eines weiteren funkelnden Schnellzuges an ihnen vorbei. "Verfolgen diese die ersten Reisenden?" fragte der kleine Prinz. "Sie verfolgen gar nichts", antwortete der Weichensteller. "Sie schlafen da drinnen, oder sie gähnen auch." (Saint-Exupery 1988, 55-56)

DASEIN ALS WERDEN IN DER ZEIT

Hier werden gähnende Menschen in Schnellzügen und im Zuge der Geschwindigkeiten zum Sinnbild genommen für ein Phänomen inneren Zeiterlebens und für eine spezifisch menschliche Befindlichkeit, die einer latenten Langenweile Ausdruck gibt. In dieser Gestimmtheit der Langeweile überkommt den Menschen das alles umfassende Gefühl einer namenlosen, unbestimmbaren Leere, so dass ihm nichts mehr wichtig ist, dass er an nichts mehr Interesse findet und an nichts mehr Anteil nehmen kann. Wo aber die Langeweile aus dem Nichts auftauchen könnte, wird schnell und schleunigst alles Mögliche unternommen, um ihr zuvorzukommen. Im Erleben der Langeweile und in allen Facetten unseres Davonlaufens wird die Zeit als Stillstand, mithin als "rasender Stillstand" empfunden, weil sie kein Dasein zeitigt. Langeweile ist somit der Schatten, der unser Sein im Werden verfolgt, wenn dieses Sein nicht zu sich selbst gelangt, wenn wir in unserem fundamentalen Streben nach Sinn ohne innere Beweggründe auf der Strecke bleiben und uns selbst verloren gehen. Denn unser Dasein ist ein Werden in der Zeit, ein sich vorweg sein und ein immer schon über sich hinaus auf ein Künftiges gerichtet sein. Wir finden uns nicht ab mit dem Faktischen und Vorfindlichen, weil unser Leben in Bewegung ist, weil wir uns immer wieder im Aufbruch befinden, im Werden und im Wandel. Immer wieder steht etwas aus, das noch werden soll, das wir zu erringen und zu erreichen suchen. "Unsere Wirklichkeit ist eine Möglichkeit und unser Sein ist ein Können, ein Immerauch-anders-werden-Können." (Frankl 2011, 130)

Viktor Frankl hat mit dieser Formulierung in Anlehnung an E. Strauß den Menschen als eine "Werdewirklichkeit" bezeichnet, wie auch als "anfängliches Wesen". (ebd., 132) Denn wir haben unser Dasein niemals endgültig gewonnen, und darum sind wir in jeder Situation mit der existentiellen Sinnfrage konfrontiert, was wir aus unserem Leben machen wollen. Jeder hat selbst Antwort zu geben mit seinem Handeln und Verhalten, mit seinem gelebten Leben auf die Frage Wohin und Wozu. Hier ist jeder auf sich selbst gestellt, indem er dem Leben zu antworten und das Leben zu verantworten hat.

Im Werden und im Wandel aber leben wir in einer vergehenden Zeit. Wir können nichts bleibend bewahren und in unseren Besitz nehmen. Unsere Lebenszeit ist endlich, sie verrinnt und wir sind nicht in der Lage die Hin-richtung unseres Lebensweges umzukehren. Der Tod ist die unüberwindbare und unausweichliche Schranke und Beschränkung unseres Daseins. Er ist nicht nur ein Ereignis, das irgendwann einmal in einer ungewissen Zukunft stattfinden wird. Er ist vielmehr eine lebensimmanente Tatsache, eine gegenwärtige Wirklichkeit, schon überall dort, wo wir an Grenzen gelangen. Wir Menschen wissen, dass wir sterben müssen. Und dieses Bewusstsein unserer Endlichkeit ist nicht allein eine kognitive Erkenntnis unserer theoretischen Besinnung. sie erschließt sich unserem Dasein vornehmlich durch eine fühlende Verstehensweise - Heidegger zufolge - in der Grundbefindlichkeit der Angst (Heidegger 2006, 184). Die Angst bekundet, dass wir in die Welt geworfene, endliche Wesen sind, dass alles Beginnen und Beenden eingebunden ist in die Zeitlichkeit, ihren Strukturen und ihrer Widerständigkeit unterworfen. Die Angst ist, anders als die Furcht, auf etwas Unbestimmtes gerichtet, eine alles umfassende Anfechtung und Gefährdung unseres gesamten Daseins, wie auch unseres eigenen Selbst. Sie ist die "ursprüngliche Gestimmtheit, die das Nichts offenbart, nämlich das Faktum unseres endlichen Daseins als drohendes Nicht-sein" (ebd.,

Wenn wir nun die Angst inhaltlich zu thematisieren und zu verstehen suchen, so geht es in ihr zunächst um den Bestand unseres vitalen Daseins, das durch den physischen Tod bedroht ist. Diese Angst manifestiert sich heute in unserem Erleben, insofern wir dem Gefühl, mithin der Erfahrung des Nicht-mehr-sein-Könnens ausgeliefert sind.

Das Nichts, vor das uns die Angst stellt, begegnet uns aber auch in der Angst um den Wert unseres Daseins. In ihr verdichtet sich die Befürchtung, dass die emotionale Qualität des Lebens verloren geht, dass Beziehungen sich auflösen und uns das Leben nicht mehr lebenswert erscheint.

Wiederum begegnet uns das Nichts in der existenziellen Angst, wenn wir der Sinnlosigkeit unseres Daseins bange sind. Es ist die Angst vor einer nicht endenden Leere im Leben, dass wir unser Leben verfehlen können, weil wir unsere Möglichkeiten nicht ergreifen. In der Befindlichkeit der Angst bzw. im Angstaffekt wird mir mithin auf drastische Weise bedeutet, dass ich nicht das Meine aus mir und meinem Leben mache und mir darin selbst verloren gehe.

So können wir der Angst in ihrer inhaltlichen Bestimmung und existentiellen Bedeutung einen positiven Sinn abgewinnen: Sie erweist sich als notwendig, um uns aus dem Gleichmaß des Gewohnten, aus einer alltäglichen Gedankenlosigkeit aufzurütteln, um zur eigentlichen Existenz zu gelangen. So charakterisiert die Grundbefindlichkeit der Angst den verstehenden Modus unseres Daseins, indem wir die faktischen Bedingungen und damit die Endlichkeit als Horizont unserer je eigenen Entfaltungs- und Werdemöglichkeiten erkennen und annehmen. In der Angst werden wir herausgefordert, dem Ruf des Gewissens zum eigentlichen Sein und eigenem Selbst-sein-Können zu folgen und nicht in die Verallgemeinerung, in die Konformität und in die vermeintlichen Sicherheiten des "Man" zu flüchten (Heidegger 2006, 272f). Hier wird deutlich, dass wir auf uns selbst

zurückgeworfen sind in unserem einmaligen und unvertretbaren Selbst-sein-können, dass jeder einzelne ganz für sich selbst und allein sich entscheiden muss. In einer dem Tod vorlaufenden Entschlossenheit sind wir gefragt und herausgefordert, in der Gegenwart, in jedem einzelnen Augenblick uns selbst als Grund unseres Handelns zu übernehmen. Indem also die Angst den Menschen an sich selbst verweist, erhält sie ihre konstruktive Bedeutung als via regia zur eigentlichen Existenz. Die Eigentlichkeit unseres Daseins setzt somit das Freisein für den Tod voraus, oder anders gewendet können wir sagen, dass ein sinnerfülltes Leben nur im Sein auf den eigenen Tod möglich ist. Alfried Längle hat daraus den Appell abgeleitet, dass wir das Ende in allen unseren Vorhaben und Anfängen hinein nehmen sollen: "Lebe im Bewusstsein der Endlichkeit - lebe endlich - damit du endlich leben kannst." (Längle 2007, 126) So hat es wohl auch der alttestamentliche Psalmbeter gemeint, wenn er sagt: "Herr, lehre uns bedenken, dass wir sterben müssen, damit wir ein weises Herz gewinnen." (Bibel 1978, Psalm 90) Ein weises Herz, das bedeutet, unsere Existenz auf das Wesentliche hin zu zentrieren, mit Entschiedenheit zu handeln.

So wirkt der Tod in unser Leben hinein, indem er uns an die Gegenwart verweist, an das Hier und Heute, wo immer es drauf ankommt. Die Gegenwart und mit ihr der jeweilige Moment bietet die Möglichkeit, unsere Existenz handelnd zu realisieren, indem wir das vorgegebene Heute wirksam gestalten. Jetzt kommt es darauf an, im rechten Moment wachsam zu sein, das Besondere und Einmalige einer Situation zu erfassen und die Gegenwart als Möglichkeitsraum unseres eigenen Seinkönnens zu ergreifen.

KAIROS – DIE GÜNSTIGE GELEGENHEIT

Die Griechen verehrten in der Antike eine Gottheit, die ihrer Meinung nach die günstige Gelegenheit heraufführt und die blitzschnell beim Schopf ergriffen werden muss. Dieser Gott "Kairos" erscheint plötzlich und unberechenbar den Menschen, um ihnen den Augenblick seiner besonderen Gunst anzubieten. Der Kairos ist der chronologischen Verlaufszeit gegenüber ein qualitativer Begriff, der die Zeitenfülle oder auch erfüllte Zeit konnotiert, als die rechte Zeit zu handeln. Damit ist eine Zeiterfahrung bezeichnet, in der sich die Ewigkeit vergegenwärtigt, nicht zuletzt eine Zeiterfahrung, die zugleich ein Innewerden des Gerichtes und somit das Moment des Unwiderruflichen enthält. So kann es nicht beliebig sein oder belanglos, was wir in unserem endlichen Leben heute unternehmen oder unterlassen. Denn alles, was wir jetzt als Möglichkeit wahrnehmen und wählen, weist in unsere Zukunft und wird zugleich Vergangenheit, die uns schließlich als Wirklichkeit unseres Gewordenseins bevorsteht. Frankl hat diese Verkehrung einer chronologischen Perspektive prägnant formuliert: "Wir entscheiden in jedem Augenblick unseres Lebens darüber, auf welche Vergangenheit wir schauen werden. Wir wirken niemals in die Zukunft, im Gegenteil: immer wirken wir in die Vergangenheit... wir sind vor der Vergangenheit für die Zukunft verantwortlich." (Frankl 1984, 215) Unsere Zukunft bleibt als Gewordenes in der Vergangenheit aufgehoben und wird zugleich Gegenwart, insofern wir sie immer wieder einholen und bei uns haben. Die Futur II-Perspektive bringt das grammatikalisch zum Ausdruck, wenn wir sagen: Wir werden gewesen sein. So sind wir in unserer zeitlichen und geschichtlichen Existenz bedingt – nicht determiniert – durch unsere Vergangenheit, die wir mitbringen und die unserem bilanzierenden Rückblick bevorsteht. Zugleich leben und handeln wir im Horizont der Zukunft, die uns heute zur Entscheidung rufend begegnet.

Keine Uhr aber kann uns sagen, was heute notwendig ist oder Weichen stellend, was wir unternehmen oder lieber unterlassen sollen. Das Gewahrwerden eines Kairos geschieht nicht durch Analyse und Berechnung, nicht durch objektive Beobachtung, sondern durch existenzielle Beteiligung, mithin durch unsere Intuition und ein Gespür für das Wesentliche. Hier ist der Kairos von unserem unmittelbaren Erleben her qualifiziert, insofern wir auf Inhalte bezogen uns von Werten berühren lassen, die in uns eine Resonanz, ein emotionales Echo bewirken. Unser Erleben verlangt darum eine Haltung der Gelassenheit, die dem Begegnenden gegenüber wahrnehmend gegenwärtig ist, die sein lässt, was da ist, die sich einlässt auf das, was noch nicht ist. Mithin werden wir mit Überraschungen konfrontiert, weil wir als die Gefragten in einem jeweiligen Augenblick nicht über die Inhalte der Fragen verfügen können. Wie anders können wir den Kairos eines Geschehens und unserer Geschichte erfassen, wenn nicht in einer grundsätzlichen Offenheit gegenüber dem Neuen, Unerwarteten, das als Widerfahrnis in keiner Weise zu fixieren ist. Den Kairos - und mit ihm die Sinnmöglichkeiten einer Situation - erkennen wir in der Selbstverständlichkeit des Gegebenen und der Unmittelbarkeit im Begegnenden, achtsam und Anteil nehmend, mit allen Sinnen im Hier und Jetzt. Nur die Gegenwart ist meiner sinnlichen Erfahrung zugänglich. Nur ein Feuer, das jetzt brennt, kann mich wärmen. Ich spüre, dass ich bin und dass ich mir gegeben bin in meiner Einmaligkeit mitten im Leben. Auf diese Weise "wohnen" wir in der Zeit und sind intentional ausgerichtet auf die Welt, dem Wesentlichen und Wertvollen zugewandt.

KAIROS ALS GEGENWART

Im Bewusstwerden des Kairos und im Innewerden des Augenblicks wird die chronologische Verlaufszeit, die zur Eile drängt, angehalten durch unsere Hinwendung zur Welt und zu uns selbst. So sind wir in der Gegenwart präsent mit unseren Empfindungen und unserem Mitgefühl, im Vertrautsein wie unserer Trauer, mit unserem Gestimmt-sein und empathischen Verstehen. Dieser Zeitraum der Zuwendung und Beziehung ist der Bereich der Zwischenräume und Resonanzen. Eine atmosphärische Wirklichkeit, die zu Herzen geht, die uns zu bewegen vermag, die in uns einen emotionalen Widerhall hervorrufen kann in der Wechselseitigkeit von Wirkung und Antwort. Eine kairologische Zeitsignatur sensibilisiert somit für die spezifischen Eigenzeiten von Beziehungen und Ereignissen in unserem Leben und Zusammenleben. Sie sensibilisiert unsere Sinne für die Einmaligkeit des Augenblicks und weckt unser Gespür für das, was an der Zeit ist, wann es an der Zeit ist, zu beginnen oder zu beenden, was zum Sinn gebenden Inhalt hier und heute werden kann. In der Gegenwart ist der günstige Augenblick immer Gelegenheit zu etwas. Denn jeder Augenblick begegnet uns als Anfrage, was wir daraus machen wollen, wofür wir uns einsetzen sollen und was unseren Möglichkeiten angemessen ist. So kommt es jetzt drauf an, zu leben mit ganzem Herzen, mit Interesse und Anteilnahme mitten im Alltag der Welt. Jetzt kommt es darauf an, ganz da zu sein, ganz bei sich zu sein, ganz beim anderen zu sein, ganz bei dem, was wir tun. Nur gegenwärtig können wir unser Leben auf Zukünftiges hin gestalten. Nur heute können wir handeln. Wie oft aber eilen wir der Gegenwart davon und voraus, um das Zukünftige, das Mögliche und mit ihm das Befürchtete heute schon in den Griff zu bekommen und darüber verfügen zu können. Fixiert auf eine drohende Zukunft, aber auch auf eine unbewältigte Vergangenheit verlieren wir die Gegenwart, wir sind nicht mehr präsent, nicht mehr offen für das, was uns hier und jetzt begegnet und angeht.

Die Gegenwart ist der Zeitraum der Entscheidung und des entschiedenen Handelns im Horizont der Endlichkeit. Sie ist auch der Zeitraum des ruhigen Vernehmens, der Berührung mit dem Begegnenden und dem Gegebenen, das als tragender Grund unserem Leben Geborgenheit verleiht.

Mit der Gegenwart aber sind wir zugleich eingebunden in die drei Zeitdimensionen, die unser Dasein bestimmen und strukturieren. In unserem Gegenwärtigsein sind wir immer schon bezogen auf unsere Vergangenheit und unsere Zukunft. In allem, was wir uns vornehmen und befürchten, leben wir in der Erinnerung wie auch in der Erwartung, wir befinden uns dem Gewesenen und dem Werdenden gegenüber. Gegenwärtigsein ist nur möglich in inneren Stellungnahmen zu dem, was wir hinter uns, was wir bei uns und vor uns haben.

Was zunächst in der Gegenwart auf uns zukommt, das ist unsere Herkunft, das was wir vermeintlich hinter uns haben. Vergangenheit ist nicht nur etwas, das zu einer früheren Zeit einmal gewesen ist, sie ist vielmehr, was als Vorgabe und Aufgabe in unsere Gegenwart hinein weist.

Ebenso tritt uns in der Gegenwart die Zukunft entgegen, die uns in der Vielzahl der Möglichkeiten offen steht, auf die wir mit unseren Erwartungen und Befürchtungen vorsorgend gerichtet sind.

Unsere Gegenwart also liegt im Hier und Jetzt, in der Annahme des Gewesenen und dem Übernehmen des noch Ausstehenden. Wir vollziehen unser Dasein in den drei Zeitdimensionen der Vergangenheit, der Gegenwart und Zukunft, indem wir sie voneinander unterscheiden und wiederum miteinander verschränken. Die drei Zeitdimensionen und Daseins-Momente gehören zusammen und bedingen einander.

So hat auch Edmund Husserl mit seiner "Phänomenologie des inneren Zeitbewußtseins" das Zusammenwirken von Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft aufgezeigt. Diese drei intentionalen Momente der inneren Zeiterfahrung bezeichnet er als Retentio, Präsentatio und Protentio. Husserl zufolge gibt es keine Präsentatio ohne eine retentionale Teilhabe an dem, was bereits geschehen und Geschichte geworden ist. Und es gibt auch keine Präsentatio ohne eine protentionale Vorwegnahme von Möglichkeiten, denen ich mich hingeben oder auch versagen kann (Beils 1987, 94f).

Verschieben sich nun im menschlichen Zeitbewußtsein die Relationen der zeitlichen Dimensionen zueinander, so tritt eine davon übermächtig ins Erleben und verzerrt unsere Welterfahrung. Das haben die Daseinsanalytiker in den verschiedenen psychopathologischen Abwandlungsformen des Daseins dargestellt (Passie 1995).

Dem depressiven Erleben z. B. erscheint die Zeit vorrangig unter dem Aspekt des Vergehens. Sie wird nicht mehr auf Zukunft gerichtet als Bevorstehende erlebt, vielmehr bedeutet sie ein ständiges Weniger-werden. Was von allen Menschen als Bereicherung empfunden und erfahren werden mag, dass jeder gelebte Tag unserem Gewesen-sein und Geworden-sein dazugegeben wird, das erlebt der Depressive als einen Raub an einem ohnehin begrenzten Bestand seines Lebens, das bedeutet für ihn einen unwiderruflichen Verlust, etwas, das seinem Leben genommen wird. Das Vergangene erscheint ihm als das Vergängliche, und darum lässt es ihn nicht mehr los und gibt ihn nicht frei für die Zukunft, die vor ihm liegt. Wenn aber unser Werden als ein Vergehen empfunden wird, dann wird dieses Leben gerade mit seinen Verlockungen und Leidenschaften eine innere Lähmung bewirken, dann wird jeder neue Tag als Last empfunden, weil man ihn schließlich doch verloren geben muss. Nicht das Vergangensein bzw. das Gewordensein, sondern die Vergangenheit und damit eine alles determinierende Vergänglichkeit steht dem depressiven Erleben bevor. Die Vergangenheit, die Retentio, gewinnt gegenüber der Protentio, dem Gerichtet-sein in die Zukunft, ein Übergewicht, so dass alle Möglichkeiten, die doch nur die Zukunft enthält, bereits als abgeschlossen erscheinen und darum in der Gegenwart, der Präsentatio, keine freien Entscheidungen mehr zulassen (Passie 1995, 75).

In der Gegenwart verdichten sich die drei Zeitdimensionen im Augenblick, der uns als die entscheidende Zeit begegnet. Er ist der existentielle Zeitraum, in den hinein wir hier und heute unser Leben gestalten können. Existenz kann nicht vertagt werden. Die Gegenwart ist die gelebte Zeit, die für unsere Existenz Bedeutung gewinnt, eine qualifizierte Zeit durch Werte, die wir bevorzugen wie auch durch Möglichkeiten, die wir wahrnehmen, wählen und verwirklichen. Gelebte Zeit ist eine durch ihre Inhalte, durch deren Eigenheiten und deren Eigenzeiten widerfahrende und erfüllte Zeit.

RESÜMEE

Das Wesentliche der menschlichen Daseinsweise kann mit einem bekannten Zitat aus dem Alten Testament, das bereits sprichwörtlich geworden ist, in Worte gefasst werden: "Alles hat seine Zeit." Die alttestamentliche Weisheitslehre des Kohelet bekundet: Jede Zeit und jede bestimmte Stunde ist die je gegebene Gelegenheit für ein Ereignis und für den jeweiligen Inhalt eines Ereignisses. "Alles hat seine Zeit, und alles Vorhaben unter dem Himmel hat seine Stunde: Geboren werden und Sterben, Weinen und Lachen, Klagen und Tanzen, Gewinnen und Verlieren, Bewahren und Wegwerfen, Reden und Schweigen…" (Bibel 1978, Kohelet 3, 1-8) Diese Erkenntnis unterschiedlicher Zeiten für gegen-

sätzliches Tun gewinnt die alttestamentliche Weisheit aus der Erfahrung unserer menschlichen Endlichkeit, dass allem Vornehmen unter dem Himmel Grenzen gesetzt sind. Nicht der Mensch setzt die verschiedenen Zeiten fest, sie kommen vielmehr auf ihn zu, und er kann sie ergreifen. Für jede Stunde aber soll der Mensch offen sein, bereit und empfänglich im Nehmen wie im Geben.

In allem aber wird uns angeraten, guter Dinge zu sein. "Wohlan denn" heißt es weiter: "Iss dein Brot mit Freuden und trinke wohlgemut deinen Wein!... Genieße das Leben mit der Frau, die Gott dir gegeben hat unter der Sonne alle Tage deines flüchtigen Lebens. Alles, was deine Hand zu tun findet, das tue, solange es in deiner Macht steht." (Bibel 1978, Kohelet 9, 7-10)

Literatur

Beils B (1987) Transzendenz und Zeitbewußtsein. Bonn: Bouvier

Die Bibel (1978) Freiburg: Herder

Ende M (2002) Momo. München: Goldmann

Frankl V E (1984) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. München: Piper

Frankl V E (2011) Ärztliche Seelsorge. München: DTV 3°

Heidegger M (2006) Sein und Zeit. Tübingen: Niemeyer 19°

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

Ottenberg H-G (Hrsg) (1998) Briefwechsel zwischen Goethe und Zelter in den Jahren 1799-1832. München: Hanser

Passie T (1995) Phänomenologisch-anthropologische Psychia-trie und Psychologie. Hürtgenwald: Pressler

Saint-Exupery A de (1988) Der kleine Prinz. Düsseldorf: Rauch Virilio P (1992) Rasender Stillstand. München/Wien: Hanser

Anschrift des Verfassers:

HELMUT DORRA Am Mühlenberg 56 D-25451 Quickborn h.dorra@existenzanalyse.com

"ICH SCHAFFE DAS – MIT RUHE UND GELASSENHEIT"

Abiturvorbereitung zum Thema "Prüfungsangst"

WALTER SCHIFFER

Viele Schülerinnen und Schüler leiden in schulischen Kontexten unter Ängsten. Besonders bedrohlich empfinden es einige, wenn die Zeit der Abiturprüfungen naht. Sich in einer Gruppe Gleichgesinnter mit Hilfe verschiedener Methoden über das Thema "Prüfungsangst" auszutauschen, bringt Entlastung und zeigt Problemlösungsmöglichkeiten auf.

Der Artikel skizziert den Verlauf einer Seminarreihe (sechs Treffen) zur Abiturprüfungsvorbereitung, in der sich die Schülerinnen und Schüler im Umgang mit ihren Ängsten besser verstehen lernen.

SCHLÜSSELWÖRTER: (Prüfungs-) Angst, adjuvante Methoden, Themenzentrierte Interaktion

I WILL SUCCEED - CALM AND RELAXED On the topic test anxiety in preparation for A-level exams

Many pupils suffer from anxiety within the context of their schooling. Some of them find it particularly frightening when the A-level exam season approaches. Being able to share experience on "exam nerves" assisted by different methods with a group of like-minded pupils, brings relief and offers possibilities for problem-solving.

The article outlines the course of A-level preparation seminars (six meetings), in which the pupils learn to understand themselves better in their dealing with fears.

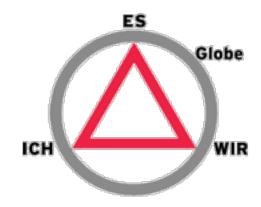
KEYWORDS: (examination-) anxiety, adjuvant methods, Theme Centered Interaction

Die Rahmenbedingungen

Seit dem Jahr 2006 habe ich mehrfach in dem Gymnasium, an dem ich unterrichte, Seminare zur Thematik, Prüfungsangst' angeboten. In der Vollversammlung des jeweiligen Abiturjahrgangs stellte ich zu Beginn des Schuljahres das Angebot ca. 110 Schülerinnen und Schülern vor. Zwischen 12 und 25 Schülerinnen und Schüler waren interessiert und nahmen kontinuierlich teil. Das hier beispielhaft skizzierte Seminar lief über zunächst vier Abende (je zwei Std.). Daran schlossen sich sechs Abende zum Autogenen Training an, und zwei weitere Gesprächsabende bildeten den Abschluss

Ich gestaltete die Seminare vor dem Hintergrund zweier Konzeptionen¹, die ich verknüpfte, nämlich dem 'Gruppenleitungsverfahren' der Themenzentrierten Interaktion (TZI), bei dem es in der Regel um die Leitung thematisch orientierter Gruppen geht, und der LT/EA. Die Kombination erschien mir deshalb möglich und fruchtbar, da beiden Konzepten eine ähnliche Anthropologie zu Grunde liegt, beide gehören zu den Konzeptionen der Humanistischen Psychologie bzw. Psychotherapie und beiden ist die Vorstellung gemeinsam, dass der Mensch nicht ,automatisch' seine Potenzialität in gelebtes Leben umsetzen kann, sondern dass es dazu bestimmter Situationen und Arrangements als 'Gedeihraum' bedarf, die das personale Wachstum fördern können.

Die therapeutische, beraterische bzw. pädagogische Wirklichkeit in Gruppen ist sehr komplex, viele Faktoren



beeinflussen jede einzelne Situation. Komplexität kann durch Modelle reduziert und dadurch besser erfasst werden. Eine Möglichkeit bietet das hier kurz skizzierte Modell der TZI²: ICH steht für die Person, WIR für die Gruppe, ES für die Sache, den Auftrag, GLOBE für das Umfeld. Wenn jemand eine (pädagogische / beraterische / therapeutische) Situation genauer verstehen will, kann er fragen: Welche Rolle spielt jeweils das einzelne Ich? Wie interagiert die Gruppe? Ist die Sache im Blick? Wie beeinflusst das Umfeld die Einzelnen und den Prozess der arbeitenden Gruppe? Kernstück der TZI ist die Themenzentrierung, d.h. alle vier Faktoren sollen durch die Thematisierung möglichst in dynamischer Balance bedacht sein. Dann ,leitet das Thema', wenn angemessene Strukturen gesetzt sind und angemessen interveniert wird.

¹ Mit dem Seminarvorhaben stand für mich eine in den verschiedenen Schulen der Logotherapie bisher wenig reflektierte Problematik zur Klärung an: Wie arbeite ich gemäß Logotherapie / Existenzanalyse (LT/EA) mit 12 bis 25 Schülerinnen, ist doch LT/EA kein Gruppenleitungsverfahren, sondern bezieht sich in der Regel auf dyadische oder Paar-Beratungs- bzw. Therapiesituationen. Bereits während der GLE-Ausbildungsphase schrieb ich interessehalber die in Deutschland arbeitenden Logotherapie-Ausbildungsinstitute an und erfragte, in welcher Weise sie die Gruppenarbeit praktizierten. Diejenigen, die antworteten, gaben teils irritiert, teils problembewusst die Information, die Frage noch nicht reflektiert zu haben. Einige sich ergebende Fragen sind z.B.: Wer berät eigentlich in der Gruppensituation - der Leiter oder alle Teilnehmenden? Wo liegt der Unterschied zwischen der Beratungsgruppe, in der sich die Teilnehmenden gegenseitig beraten, und der Beratung eines Einzelnen durch einen Leitenden in einer Gruppe? Welche Rolle spielt die Anwesenheit Anderer während einer Beratungssituation und welche die Dynamik der Gruppe? Vgl. dazu Rechtien 2004; Lotz & Wagner 2007. ² Einen Überblick bietet das Handbuch: Schneider-Landolf 2009

Die inhaltliche Planung und Durchführung des Seminars und die Art meiner Leiter-Interventionen sind also durch die LT/EA und die TZI bestimmt.

Der Seminarverlauf

Erster Abend³

Am ersten Treffen wurde das übergreifende Thema der Reihe (*Meine Befürchtungen und Ängste im Blick auf das Abitur - und was können wir dagegen tun?*) gesetzt, Absprachen (Vertraulichkeit, kontinuierliche Teilnahme) wurden getroffen.

Erste Runde: Warum bin ich hier? Was hat mich veranlasst zu kommen?

Beiträge zu den Problemanzeigen – z.B.: Trotz Vorbereitung versagen. Black out. Immer schon Angst vor Klausuren. Prophylaxe, wenn die Nervosität steigt. In der mündlichen Prüfung vor Leuten reden. Zittern. Knie werden schlapp usw.

Danach Nachfragen und die Aussprache: Die Schülerinnen (es hatten sich keine männlichen Teilnehmer angemeldet!) sind aufeinander bezogen, zeigen sich sehr empathisch, Entlastung wird schon spürbar durch die Erfahrung "Mir geht es nicht allein so!". Deutlich wird auch, dass meist Schülerinnen gekommen sind, die eigentlich keine Sorgen wegen schlechter Leistungen haben müssten: fleißige, gescheite junge Frauen (z.B. die leistungsstärkste Schülerin aus einem meiner Kurse) – "aber man weiß ja nie …".

Erster Schreibanlass: *Was verbinde ich Positives mit dem Abitur?* Schweigend werden Kommentare aufgeschrieben; danach kurze Vorstellung der Gedanken. Wir fassen zusammen, und ich erläutere dazu kurz – an dieser Stelle und im Verlauf des Seminars - einige Theoriefragmente.⁴

Zweiter Schreibanlass: Was sind meine Befürchtungen, Ängste und negativen Erwartungen? Nach ein paar Minuten zentrieren sich die Beiträge beim "Versagen", der Schreibfluss stockt. Ich setze den Impuls: Was ist schlimm am Versagen? Der Schreibfluss setzt wieder ein.

Wir fassen zusammen und sehen, wie unterschiedlich die Ängste sind, aber dass es viele Übereinstimmungen gibt. Außerdem tyrannisieren tausend Eventualitäten, die nicht ausschließbar sind. Aber wie wahrscheinlich ist ihr Eintreffen? Und was wäre das Schlimme daran? Z.B.: "Wie stehe ich dann vor meinen Eltern da?" Eine andere Schülerin: "Glaubst Du wirklich, dass Deine Eltern Dich nicht mehr lieben, wenn Du nicht Deine Eins bringst?" "Ach –Quatsch, natürlich." U.v.a.m.

Paararbeit und anschließend Plenum: Kenne ich die Ängste aus anderen Situationen? Wie reagiere ich gewöhnlich darauf? Was hat mir damals geholfen?

Alle Teilnehmerinnen merken, dass es kleine und größere "Katastrophen" gibt, die aber bei näherem Hinsehen die Tragik einbüßen. Außerdem zeigt sich, dass alle bereits Möglichkeiten gefunden haben, mit Ängsten umzugehen,

wenn auch nicht alle wünschenswert erscheinen (z. B. Medikamente, Vermeidungsstrategien). Es gibt eine große Bereitschaft, weitere Umgehensmöglichkeiten kennen zu lernen.

Blitzlicht: Die Reaktionen sind bei den Schülerinnen sehr ähnlich: Aufgeregt zu Beginn ("Was wird an dem Abend passieren?"); erste Entlastung durch den Austausch untereinander; es geht um etwas Wertvolles; ein unterstützendes Umfeld ist vorhanden.

Zweiter Abend

Das zweite Treffen begann mit einem lockeren Einstieg: Je zwei Schülerinnen begrüßen sich in verschiedenen Stimmungen (Macho, Rührmichnichtan, Luftikus, Sumoringer etc.)

Runde: Was ist mir vom letzten Treffen noch nachgegangen, woran habe ich gedacht?

Einige hatten mit Eltern oder anderen ihnen wichtigen Personen gesprochen und dabei bestätigt bekommen, dass sich alle über gute Ergebnisse freuen würden, aber niemand in der Achtung ins Bodenlose fiele, wenn das Ergebnis etwas weniger gut wird. "Der Wert des Menschen hängt doch nicht an der Note!" Das persönliche Umfeld stützt die Schülerinnen, aber das gesellschaftliche Umfeld beachtet den Notendurchschnitt!

Zusammenfassung anhand der Stichworte Angst / Hinweischarakter / Wertvolles / Schützenswertes. Als wesentlicher Punkt erwies sich der Aspekt: Es kann Unvorhergesehenes passieren, nicht alles ist kontrollierbar, deshalb sollte man sich nicht auf das Ziel, das erfolgreiche Ergebnis konzentrieren, sondern auf den Weg, auf das, was tagtäglich zu tun ist. Angst macht 'Sinn', zeigt sie doch das Wertvolle. Das wird als Ansatz für Eigenmotivation erkannt: Mir ist das Abi wichtig, mir geht es um etwas!

Einzelarbeit (mit Musik): Wir schauen uns nochmals das ,Negativblatt' an, ziehen uns zurück und überlegen uns, welche Sätze uns die Angst sagt. Wenn die Angst mich besucht, was sagt sie mir?

Dreiergruppen, hinter einer sitzenden Schülerin (Protagonist - P) sitzen zwei Schülerinnen (Angst 1, Angst 2). Sie "sitzen ihr im Nacken" und sagen Sätze der Angst. Es entwickelt sich ein Gespräch zwischen der Schülerin und Angst 1/Angst 2. Die Einzelschülerin kann sich eine Hilfe aus dem Kreis der anderen Schülerinnen, die um die Szene herumsitzen, herbeirufen. Nach kurzer Zeit fordere ich die Protagonistin auf, sich umzudrehen, Angst 1 und Angst 2 anzusehen und mit ihnen zu reden. Dabei soll darauf geachtet werden, wie real die Sätze der Angst sind.⁵

Nach ein paar Durchgängen Gespräch im Plenum: "Die Angst übertreibt ja total!" "Die kann einen ja völlig verrückt machen!" Bei allem Spielerischen und 'lustvollem Gehetze' wird deutlich: Taktik der Angst ist die Übertreibung, sie lässt keine guten Gründe gelten. Hilfe zu rufen, tut gut. Der Angst ins Gesicht zu gucken, macht die Auseinandersetzung einfacher. Die Realitätsprüfung überrascht, weil klar wird, wie unangemessen oft die Angsteinwände sind.

Phantasiereise nach ,Landohnangst'. Wichtig war da-

³ Ich gebe den Verlauf des Seminars schematisch in aller Kürze wieder.

⁴ Einzelaspekte der Angstproblematik werden hier als bekannt vorausgesetzt. Vgl.; Längle A 1996, 2003; Längle S 2003.

⁵ Je nach emotionaler Betroffenheit ist es nötig, P ,herauszudrehen' (sog. Beiseitesprechen), d.h. P wendet sich von den Mitspielern ab, und der Berater bespricht mit P das Erleben der inneren und äußeren Abläufe. Vgl. zu den Methoden des pädagogischen Rollenspieles Mävers & Volk-von Bialy 1995, 66 ff.

bei, einen Ort aufzusuchen, der ganz beruhigend wirkt, wo Gelassenheit herrscht, angenehme Atmosphäre, z.B. eine sonnenbeschienene Bank, wo es einem gut gehen kann. Ein paar Unterstützung bietende imaginäre Accessoires bzw. Personen, die man dort angetroffen hat, werden schließlich ,geschrumpft' und mitgenommen, können also bei sich geführt werden und immer wieder in der Stille ,vergrößert' werden.

Schlussrunde: "Das war toll, wie J. in der Übung die Angst zur Schnecke gemacht hat." (J. ist eine ganz stille, sehr fleißige Schülerin, der der Kragen geplatzt war, als die Angst ihr unterstellte, sie habe nicht genügend gearbeitet. So hatte sie noch keine Mitschülerin erlebt!) "Man müsste das, was wir hier besprechen, mantramäßig vor sich hersagen." Durchweg wurde die Stimmung als gut, d.h. einander unterstützend empfunden. Die Phantasiereise tat wohl, war entspannend und sollte wiederholt werden. Im Gespräch einigen wir uns darauf, häufiger Entspannungsübungen einzubauen.

Dritter Abend

Beim dritten Treffen gab es wieder einen lustigen Einstieg: Abwechselnd sollten zu zweit Stimmungen vorgemacht und imitiert werden.

Runde: Was ist mir vom letzten Treffen noch nachgegangen, wann habe ich an Angst gedacht bzw. was mit ihr erlebt?

Für die meisten Schülerinnen war die Angst in der zurückliegenden Woche kein Thema. Es wurde wenig Aufregung bei Gedanken an das Abi artikuliert. Mehrere Schülerinnen erzählten von gelungenen Referatevorstellungen. Selbst als schwierig oder peinlich empfundene Szenen wurden durch andere Schülerinnen, die Zuhörerinnen des Referates waren, anders dargestellt. Inneres Erleben und Wirkung nach außen wurden in der Differenz deutlich.

Wegen des Wunsches nach 'Mantras' hatte ich Thesen zusammengestellt:

Abitur-Vorbereitung: Welche Befürchtungen und Ängste habe ich? Was kann ich dagegen tun? Einige **Thesen** zu unseren Gesprächen:

Angst ist nicht grundsätzlich negativ! Sie zeigt mir, was ich schützen will, weist darauf hin, was mir wertvoll ist – z.B. schulischer Erfolg. Angst hat also Hinweischarakter!

Angst wird dann zum Problem, wenn sie mich an einem guten Leben hindert, wenn ich nicht ohne größere Störungen durch den Alltag oder eine Prüfungssituation komme.

Angst ist von Person zu Person verschieden; einige Strukturen der Angst sind aber untereinander ähnlich.

Angst hat immer eine – wenn auch noch so ferne – Beziehung zur Realität; alles, was sie mir einreden will, kann tatsächlich geschehen – kann, muss aber nicht.

Ich kann die Zukunft, Prüfungen, Abitur, das Ziel, das Ergebnis *nicht* im Voraus bestimmen und festlegen. Deshalb ist es effektiver, mich auf den Weg statt auf das Ziel zu konzentrieren

Im Umgang mit der Angst kann eine Fragehaltung hilfreich sein: Was ist das Schlimme daran? ... Und was ist das Schlimme daran? ... usw.

Ich kenne bereits aus verschiedenen Situationen Angstgefühle und habe Strategien entwickelt, wie ich damit leben kann.

Die Angst ist oft unverschämt frech, sie übertreibt maßlos. Wenn sie also 'zu Besuch kommt', muss ich gut hinhören, was sie sagt, und prüfen: Ist das wirklich realistisch?

Dazu ein Text von Uwe Böschemeyer: Die Angst ist eine Gauklerin

"Manchmal sehen wir Bilder, deren Maler nicht die Realität ist, sondern unsere eigene Angst. Wenn die Angst die Bilder malt, verengt sich unser Blick (Angst = Enge). Dann übertragen wir unsere angstvollen Vorstellungen auf das, was in der Realität ganz anders ist und anders aussieht. Dann sehen wir weniger auf die Bilder selbst, wir 'sehen' mehr auf unsere Angst.

Was sich dagegen tun lässt? Hinsehen, hinsehen, hinsehen!"

Angst hat etwas mit Enge (lat.) zu tun, es kommt zum ,Tunnelblick'. Entspannung und Phantasie öffnen den Blick, zeigen die Vielfalt der möglichen Wege. Im entspannten Zustand hat die Angst wenig Zugriff auf uns. Wenn es 'eng' wird, gehe ich auf die Bank, da wo die Sonne so warm scheint ...

Vorab zum Autogenen Training (AT): Das erste psychobiologische Grundgesetz lautet: Ein Gedanke, eine Konzentration hat die Tendenz, sich im Körper auszuwirken. Das zweite Gesetz: Jede Teilentspannung hat die Tendenz, sich auf alle Teile auszudehnen.

Einzelarbeit: Was ist mir fraglich? Was ist mir bedeutsam geworden?

Plenum: Es schloss sich längeres Gespräch an. Zwei Pole waren sichtbar: Hier das Spüren, dass man gelassener wird, dort, dass der Gedanke, dass das von der Angst Angezeigte geschehen kann, auch Sorgen macht. Gemeinsam sind wir auf die Beunruhigungen (Einzige Themen: Eltern enttäuschen; sich vor Mitschülern blamieren.) eingegangen.

Da die Schülerinnen Interesse daran gezeigt hatten, ein Entspannungsverfahren zu erlernen, hatten wir uns auf das Autogene Training geeinigt. Zur Veranschaulichung der Wirkmechanismen bezogen wir uns auf das erste psycho-biologische Grundgesetz (s. Arbeitsblatt) und machten den Pendelversuch (Hoffmann 2002, 230 ff.). Die Verblüffung war groß. Danach wurde die "Ruhetönung" im Sitzen angeleitet.

Abschlussrunde: In welcher Stimmung gehe ich jetzt nach Hause? Was wünsche ich mir beim nächsten, vorerst letzten Treffen für die gemeinsame Arbeit?

Die Stimmung ist gut, die Schülerinnen sind sehr zufrieden und freuen sich über die Effekte, die sich einstellen, wenn man mal offen über "so was" redet. Als Wunsch wird formuliert: Beim nächsten Mal sollten neben der Eingangsrunde Entspannungsübungen stehen.

Vierter Abend

Beim vierten Treffen gab es wieder einen Bewegungseinstieg.

Runde: Was ist mir vom letzten Treffen noch nachgegangen, wann habe ich an Angst gedacht bzw. was habe ich mit ihr erlebt?

In der Zwischenzeit (November) wurden Klausuren geschrieben, die gut bewältigt wurden. Da man aber nicht

wisse, wie es denn beim Abi (März/April) sein werde, vereinbarten wir die zwei für den März in Aussicht gestellten Termine. Daraufhin gingen wir nach der Runde zu den Entspannungsübungen über.

Zuerst Atemübungen und danach einen Durchgang durch die ersten beiden Stufen des Autogenen Trainings (Ruhe / Schwere - vgl. Hoffmann 2002, 213 ff. und 237 ff.).

Runde: Was hat sich ereignet? Was habe ich bei den Übungen gespürt?

Die Schülerinnen waren fasziniert von den leiblichen Effekten, die diese Übungen auslösten. Es wurde ein AT-Kurs für die Zeit bis zu den beiden abschließenden Abenden zum Thema Prüfungsangst vereinbart.⁶

Einzelarbeit: *Ich schreibe mir einen Brief mit meinem Mutmachsatz und das, was keinen anderen etwas angeht.* (Den Brief bekamen die Schülerinnen Anfang Januar von mir zugeschickt.)

Schlussfazit - z.B.: "Ich gehe auf meine sonnenbeschienene Bank und von dort auf Reise – das bringt Ruhe!" "Ich gebe meinem Tag eine feste Ordnung: Zeit der Arbeit, Zeit der Erholung." "Dat klappt schon!" "Wenn's eng wird, gehe ich zu / denke ich an XY. Das gibt mir Sicherheit."

Im Plenum einigen sich die Schülerinnen auf ein gemeinsames Motto: *Ich schaffe es! – mit Ruhe und Gelassenheit.*

Zwei S erzählten, sie gingen jetzt im Atemrhythmus die Treppenstufen in der Schule mit dem AT-Satz: Ich bin ganz ruhig! "Das wirkt!"

[Es folgte ein AT-Kurs, an dem auch andere Schülerinnen der Jahrgangsstufe teilnahmen. Zu diesem Verfahren gehört im letzten Schritt auch die 'formelhafte Vorsatzbildung' – ein persönlicher Leitsatz. (Vgl. Hoffmann 2002, 355 ff.)]

Fünfter Abend

Das fünfte Treffen (März / 1 Std. AT – 1 Std. Gespräch) startete mit einem Rückblick: *Wie ist es mir in den vergangenen Wochen mit dem Thema Angst ergangen?*

Keine Schülerin hatte in den Wochen mit der Angst ein Problem gehabt. Im Gegenteil, es waren mittlerweile die ersten Abi-Vorklausuren geschrieben worden, die gut gemeistert wurden. Eine Schülerin offenbarte, dass das die ersten Klausuren seit zwei Jahren gewesen seien, die sie ohne Beruhigungsmittel geschrieben habe. Die Stimmung wirkte entspannt. (Da ich in einigen Klausuren Aufsicht geführt hatte, hatte ich bei den dort angetroffenen Schülerinnen den Eindruck, dass die Anforderungen in ruhiger Haltung erfüllt werden konnten.) Aus diesen Gründen ging ich nach meiner Planung vor und thematisierte den Aspekt Angst nicht mehr direkt.

Einzelarbeit (Methode: Kreatives Schreiben): Die Schülerinnen suchen in fünf Minuten Worte, die mit den Buchstaben ihres Namens und des Wortes GELASSENHEIT beginnen (Akrostichon). Sie schreiben in zwölf Minuten aus diesen Begriffen eine Geschichte: *Wie ein Mädchen seine Angst hinter sich lieβ*.

Austausch: Es wurden witzige, aber auch besinnliche Geschichten vorgelesen und im Kontext der behandelten Themen ("Mantras" des Arbeitsblattes) besprochen. Der Blick war nun lediglich auf das "Gelingen in Ruhe" gerichtet. Die Stimmung war gekennzeichnet durch gegenseitiges Bekräftigen.

Sechster Abend

Das sechste Treffen (1 Std. AT – 1 Std. Gespräch) begann wieder mit einem Rückblick: *Wie ist es mir in der vergangenen Woche mit dem Thema Angst ergangen?*

Einige Schülerinnen erzählten, dass Ihnen bei den weiteren Vorklausuren die Stimmen im Nacken gesessen haben. Es habe geholfen, sich genau anzuhören, was sie sagten und die Übertreibung zu entlarven. Eine Schülerin: "Ich habe die Angst mit auf die Bank genommen und ihr gesagt, sie soll die Sonne genießen, statt so'n Quatsch zu erzählen. Mir wurde in der Sonne auf jeden Fall ganz warm." Die Distanz schaffende Funktion des Humors wurde damit intuitiv erfasst und von mir thematisiert. Es herrschte eine angenehm ruhige Stimmung, in der nur vereinzelt Aspekte der Sorge aufgegriffen werden mussten.

Einzelarbeit (Methode: Kreatives Schreiben): Schreibbasar zum Thema: Wie Gabi Ruhig und Pia Gelassen ihre Abi-Prüfungen schaffen und sich daran freuen.

Austausch: In angenehmer Atmosphäre wurden die Geschichten vorgelesen und besprochen. Es wurden Pläne geschmiedet, wie das Geschaffte gefeiert werden kann.

(... und der Seminarleiter bekam als Dank 'Gelassenheitsschokolade und -bonbons' für die Korrekturphase!)

Literatur

Hoffmann B (152002) Handbuch Autogenes Training. Grundlagen, Techniken, Anwendungen. München: DTV

Längle A (1996) Der Mensch auf der Suche nach Halt. Existenzanalyse der Angst. In: Existenzanalyse 13, 2, 4-12

Längle A (2003) Im Bann der Angst. Das versteckte Wirkprinzip der Paradoxen Intention von V. Frankl. In: Existenzanalyse 20, 2, 4-11

Längle S (2003) Grundzüge eines existenzanalytischen Verständnisses der Angst. In: Existenzanalyse 20, 2, 57-61

Lotz W & Wagner Ch (Hg) (2007) Themenzentrierte Interaktion in der Beratung und in therapeutischen Prozessen. Ostfildern: Grünewald

Mävers W & Volk-von Bialy H (1995) Rollenpädagogik. Entwicklungsperspektiven für ein erlebensgegründetes Lehr-Lern-Verfahren. In:
Materialien zur Theorie und Praxis des Pädagogischen Rollenspiels 18, 29/30, 5-103

Rechtien W (2004) Beratung in Gruppen. In: Nestmann F u.a. (Hg) Das Handbuch der Beratung Bd.1. Tübingen: dgyt, 359-373

Schneider-Landolf M u.a. (Hg) (2009) Handbuch Themenzentrierter Interaktion (TZI). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Anschrift des Verfassers

M.A., M.Th. Walter Schiffer

D-46325 Borken

waschiffer@t-online.de

⁶ Aus anderen schulischen Kontexten wussten die Schülerinnen, dass ich eine Ausbildung zur Durchführung von AT – Kursen absolviert hatte

WERNER EICHINGER (HG)

Endlich leben

Wozu uns Grenzen herausfordern

Berlin: LIT Verlag Dr. W. Hopf 2011, TB, 125 Seiten

Der Herausgeber hat in diesem Buch verschiedene Beiträge zusammengefügt, die zu denken geben. Hier finden wir mitnichten fertige Antworten, Ratschläge oder Rezepte, die wir anwenden könnten. Vielmehr fordern die Autoren mit ihren persönlichen Einsichten und philosophisch/theologischen Reflexionen den Leser heraus, der Lebenszeit gerade wegen ihrer Endlichkeit(en) Gewicht zu geben. Menschen kommen zu Wort, die von ihren (Grenz) Erfahrungen berichten, die provozieren aber auch ermutigen Grenzen zu akzeptieren, mit Grenzen umzugehen und nicht zuletzt, der Endlichkeit des Lebens zuzustimmen.

Christoph Kolbe und Werner Eichinger skizzieren die Kennzeichen dieser Zustimmung, die auf vierfache Weise erfolgt, indem es gelingt, ja zu sagen zur eigenen Welt und ihren tatsächlichen Bedingungen, ja zu sagen zum Leben, zum eigenen Sosein wie auch zu dem Wert, in dessen Verwirklichung Sinn erfahren werde.

Wilhelm Schmid, bekannt durch seine Vorträge und Veröffentlichungen zur "Philosophie der Lebenskunst", geht in seinem Beitrag der Frage nach, was es heute für den modernen Menschen bedeutet, endlich zu leben. Ein bejahenswertes, schönes Leben lässt sich ihm zufolge nur erreichen, wenn wir die unvermeidbaren leidvollen Erfahrungen annehmen und mit ihnen umgehen lernen.

Der Psychotherapeut Rainer Funk erinnert in seinem Beitrag daran, dass Menschen durch die Welt, in der sie leben, innerlich geformt werden, und er diagnostiziert mit den Mitteln einer von Erich Fromm geprägten Sozialpsychologie eine Charakterorientierung vieler Menschen, die er als "postmoderne Ich-Orientierung" bezeichnet. Diese führe dazu, über sich und die umgebende Welt ausschließlich selbstbestimmt verfügen zu wollen. Es sei jedoch notwendig, Begrenzungen der vorgegebenen Realität zu akzeptieren, um frei und unabhängig von allem gemachten Vermögen, sich selbst zu erleben.

In weiteren Beiträgen berichten drei Frauen, Monika Karpa, Petra Stephan, Esther Kohl und das Ehepaar Marion und Peter Robens über ihre persönlichen Erfahrungen mit Begrenzungen und schicksalhaften Einschränkungen in ihrer Lebensgeschichte, durch die sie herausgefordert wurden zu Wachstum und Veränderung und zu einer bewußteren und engagierteren Alltagsgestaltung. Die Konfrontation mit je eigenen Endlichkeiten, seien es Krankheit, Behinderung oder biographische Zäsuren, markierte einen Anfang, endlich zu leben.

Im Folgenden setzt Werner Eichinger als Theologe ermutigende Akzente, die auf die Frage "Warum leiden?" wegweisend antworten. Er zeigt auf, wie sich die traditionellen theologischen Sätze als Sinn eröffnende Deutungen von Erfahrungen formulieren und verstehen lassen.

In seinem Beitrag "Von der Lesekunst zur Lebenskunst" stützt sich Martin Duda auf die Erfahrungen der Bibliotherapie, die das Lesen in therapeutischer Intention einsetzt. Sein Resümee lautet "lesen hilft leben".

So sei dieses überzeugende und ermutigende Buch als Lebenshilfe zur Lektüre empfohlen.

Helmut Dorra

TOBIAS ESCH

Die Neurobiologie des Glücks Wie die Positive Psychologie die Medizin verändert

Thieme Verlag, Stuttgart 2012, 200 Seiten; 28 Abbildungen, 4 Tabellen, ISBN 978-3-13-166111-1

Der renommierte Mediziner und Gesundheitswissenschaftler Tobias Esch verfolgt in seinem Buch "Die Neurobiologie des Glücks" verschiedene Anliegen.

Zum einen möchte er aufzeigen, dass das Thema "Glück", welches er hauptsächlich in der Mind-Body-Medizin bzw. der Positiven Psychologie verankert, das medizinische Denken verändern kann und soll und zum anderen bemüht er sich um die praktische Umsetzung dieses Themas, indem er sich besonders an Ärzte und Therapeuten wendet, da diese Berufsgruppen besonders stressgefährdet und von daher glücksbedürftig seien.

Durch neuste Erkenntnisse der Neurobiologie, insbesondere der endogenen Belohnungs- und Motivationsmechanismen im Gehirn zeigt Tobias Esch, dass das Thema "Glück" sehr wohl auch im wissenschaftlichen Feld beheimatet ist. Ohne sich im abstrakt-wissenschaftlichen Jargon zu verlieren, gelingt es dem Autor das komplexe Gebiet der Neurobiologie spannend und überwiegend anschaulich darzustellen, so dass auch dem Laien wichtige Zusammenhänge dieser Themenbereiche deutlich werden.

Der Begriff "Glück" wird anhand der neurobiologischen Ausführungen inhaltlich gefüllt. Themen wie z.B. Sinn/Zufriedenheit/Erfüllung, Altruismus, Stressabbau, Achtsamkeit, Angstregulation, Eingebundensein in tragende Beziehungen, nur um einige zu nennen, werden erörtert.

Konsequenterweise betont Tobias Esch immer wieder in seinen Ausführungen, dass Glück nicht dem Zufallsprinzip unterliegt, sondern dass wir Wesentliches zu unserem Glück, zu einem glücklichen Leben beisteuern können. Aufgrund der Plastizität des Gehirns können wir bis ins hohe Alter Eigenschaften und Verhaltensweisen trainieren, die wesentliche Voraussetzungen für ein glückliches (Er-)Leben sind.

Mit diesem Themenbereich verfolgt der Autor engagiert das zweite Anliegen seines Buches: die praktische Umsetzung des Themas "Glück" im Alltag und zwar vor allem im Alltag von Ärzten und Therapeuten. Auch wenn er hierbei immer wieder Beispiele der Umsetzung aus dem Berufsfeld der oben genannten Gruppe anführt, so sind diese Beispiele auch für andere Berufsgruppen zutreffend und anwendbar.

Gerade hierbei passiert es aber leider immer wieder, dass Tobias Esch in Allgemeinplätze abgleitet und das Buch deshalb streckenweise an das Genre der trivialen Erbauungsliteratur erinnert.

Hinzu kommt, dass sich der Autor wiederholt um neue Erklärungsansätze bemüht, weitere Gesichtspunkte ins Feld führt, die aber nicht zu einer Vertiefung des Themas führen, sondern zu Wiederholungen, die leider nicht der Auffrischung des Gelesenen dienen, sondern das Lesen z.T. anstrengend und ermüdend machen.

Es hätte dem Buch sicher gut getan, wenn der Autor den von ihm häufig genannten Appell "weniger ist oft mehr" selber beherzigt hätte.

An dieser Stelle muss aber auch eine kritische Anfrage an den Thieme-Verlag gestellt werden. Wäre es nicht seine Aufgabe gewesen darauf zu achten, dass das Buch leserfreundlicher gestaltet würde, indem er z.B. für notwendige Kürzungen und eine übersichtlichere Gliederung gesorgt hätte?

Die verschiedenen Übersichtstabellen (grün gedruckt und von daher schnell auffindbar) stellen zum Glück eine notwendige Hilfe dar, um sich nicht in der Menge des Geschriebenen zu verlieren.

Tobias Esch vertritt die Richtung der Positiven Psychologie, deren Anliegen ja darin besteht die Psychologierichtungen, die sich fast ausschließlich mit Störungen, Krankheitsbildern und Fehlentwicklungen befasst haben, durch eine andere, "positive" Blickrichtung zu ergänzen. Der Fokus wird nicht auf das Defizitäre gelegt, sondern Schwerpunkt ist die Frage, was Leben lebenswert macht, wodurch Leben gelingen kann, welche Ressourcen jeder Mensch – trotz und mit Defiziten – in sich trägt.

Dieser Ansatz der Positiven Psychologie ist wichtig und begrüßenswert.

Es ist sicher ein Verdienst dieses Buches, dass der Ansatz der Positiven Psychologie nun durch neurobiologische Erkenntnisse eine Aufwertung im Sinne der Wissenschaftlichkeit erfährt.

Die Diskussionen innerhalb der unterschiedlichen psychologischen Lager bzgl. Vorgehensweise und Schwerpunktsetzung im therapeutischen Geschehen, kann durch dieses Buch neue Nahrung erhalten. Der Vorwurf oder der Vorbehalt, der der Positiven Psychologie anhaftet, nämlich dass sie die Tendenz zur Trivialität hat bzw. "nur" bei relativ gesunden Menschen erfolgreich angewendet werden kann, kann Tobias Esch mit seinem Buch nicht entkräften.

Wer sich für diesen Themenbereich unter besonderer Berücksichtigung der neuen Forschungsergebnisse aus der Neurobiologie interessiert, findet in diesem Buch eine Fülle von Informationen. Zudem stellt das ausführliche Verzeichnis von Adressen und Links zu den behandelten Themen eine hilfreiche Ergänzung dar.

Wer den z.T. mühsamen und ermüdenden Aufwand des Durchlesens dieses Buches nicht scheut, kann immer mal wieder darauf zurückgreifen, um sich die eine oder andere Information zu vergegenwärtigen oder zu versuchen, die eine oder andere praktische Anregung bei sich selber oder seinen Patienten auszuprobieren.

Christine Wicki

EMMANUEL J. BAUER, ULRIKE TANZER (HG.)

Auf der Suche nach dem Glück. Antworten aus der Wissenschaft

WBG (Wissenschaftliche Buchgesellschaft) Darmstadt, 2011, 224 S.

Schon im Vorwort, das von den Herausgebern verfasst worden ist, wird darauf hingewiesen, wie vielfältig der Glücksbegriff seit der Antike diskutiert wird. Das Streben nach Glück als zutiefst menschliche Antriebskraft wird in den einzelnen Kapiteln des Buches aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Die Komplexität des Nachdenkens über Glück, seine individuelle Bedeutung und die Bedingungen, unter denen es gesucht und gefunden werden kann, sollen aus der Sicht verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen dargestellt werden. Die Grundlagen dafür sind überwiegend aus der interdisziplinären und interuniversitären Ringvorlesung "Auf der Suche nach dem Glück" entstanden (Universität Salzburg, Wintersemester 2009/2010 im Rahmen des Schwerpunkts "Wissenschaft und Kunst").

Emmanuel J. Bauer beschreibt die Beschäftigung mit der Frage, wie Glück definiert wird und welche Bedeutung es immer schon in der philosophischen Tradition und in der aktuell vor allem in den USA stark forcierten Glücksforschung einnimmt. Er erläutert die Konzepte antiker Philosophen, vor allem das des Aristoteles, erklärt den Unterschied zwischen Glück als "fortuna" und als "beatitudo" und spannt damit den Bogen bis zu Csikszentmihalyi und dem von ihm geprägten Begriff des "flow". Die persönlichen, existentiellen Dispositionen, die beim Streben nach und dem Erleben von Glück hilfreich sein könnten, beschreibt Bauer im letzten Teil dieses ersten Kapitels; die Verbindung zur "Existenzanalyse" wird hier deutlich sichtbar. Er schließt mit einem kurzen, kritischen Blick auf Aussagen der empirischen Glücksforschung, dass glückliche Menschen in den verschiedensten Lebensbereichen bessere Endergebnisse aufweisen. Eine Anregnung, darüber nachzudenken, auf welchen Wechselwirkungen "Glücklich-sein" und "Glückhaben" vielleicht auch beruht.

Otto Neumaier schreibt über "Glück und Moral" und beginnt mit einem verblüffenden Blick auf Mozarts "Zauberflöte" den Diskurs darüber, inwieweit Glück etwas Zufälliges, Vorherbestimmtes, oder etwas Machbares sei. Von da geht er der Frage nach, ob und wie moralisches Handeln glücklich macht, wie sich Moral und Glück zueinander verhalten und was Philosophen, von Aristoteles über Nietzsche bis Wittgenstein, dazu zu sagen haben. Er betont den Aspekt der Reflexivität, sowohl im Sinn von Selbstreflexion wie auch als reflektierte Erfahrung von Glück, das auch unter schlimmsten Bedingungen möglich ist.

Der Frage, ob Geld glücklich macht, geht Alois Halbmayr aus "theologischer Perspektive" nach. Er schreibt über die widersprüchlichen Ergebnisse der empirischen Glücksforschung, die, unter der Voraussetzung, Glück sei etwas, das man definieren, messen und vergleichen könnte, entweder sehr arme oder eher reiche Gesellschaften als glücklicher und zufriedener als andere beschreiben. Materieller Wohlstand trägt, neben anderen persönlichen Voraussetzungen, durchaus zu Glücksempfinden bei, indem Geld z.B. den Freiheitsspielraum des (konsumierenden) sein Leben gestaltenden Menschen erweitert, hat aber seine Schatten-

seiten. Die ablehnende bis ambivalente Haltung der jüdischchristlichen Tradition zum Geld zeigt die Notwendigkeit, sich mit den ökonomischen Voraussetzungen für mehr Gerechtigkeit auseinanderzusetzen, womit den Religionen eine neue, zivilgesellschaftliche Aufgabe zufalle.

Mathias Binswanger befasst sich ebenfalls mit der Frage des Zusammenhanges zwischen Glück und Einkommen. Schon im Titel seines Beitrages finden sich die "Tretmühlen des Glücks", die aus dem Streben nach sozialem Status, aus Gewöhnungseffekt, aus scheinbar unbegrenzten Möglichkeiten und den Anforderungen der modernen Technik entstehen können und den Menschen zumindest nicht glücklich(er) machen. Er kommt mit Bezug auf empirische Daten zu dem Schluss, dass das Ziel, nämlich glücklich und zufrieden leben zu können, nicht ausschließlich in der Einkommensmaximierung erreicht werden kann.

Auch Kennon M. Sheldon beschäftigt sich mit den Möglichkeiten, subjektives Wohlbefinden zu maximieren und den Hindernissen bzw. möglicher genetisch bedingten Vorgaben, die verhindern, dass wir "glücklicher werden" können. Er beschreibt Untersuchungen, die den Annahmen der "Positiven Psychologie" ebenso wie der Ansicht, dass Menschen ihr Wohlbefinden steigern können, widersprechen. Diesen empirischen Daten und ihrer Interpretation stellt er eine Untersuchung entgegen, die belegen soll, dass Menschen tatsächlich glücklicher werden können, wenn sie ihre Aktivitäten verändern und nicht ihre Lebensumstände. Sheldon beschreibt den genauen Ablauf und das Ergebnis der Studie, die sowohl für die Psychotherapie als auch für den Alltag jedes Menschen relevant sein könnte.

In Michael Musaleks Beitrag geht es um Sehnsucht, die, als Suche nach dem Glück, zur Sucht werden kann. Beschreibungen der Bedeutung von Sehnsucht, auch für die Sinnerfüllung, und deren Frustration folgt die Darstellung, was unter Sucht bzw. Suchterkrankungen zu verstehen ist und schließlich stellt er das im Anton-Proksch-Institut entwickelte "Orpheus-Programm" vor. Es geht dabei hauptsächlich um das Bergen von Ressourcen bzw. um das Anbieten von neuen Möglichkeiten zu persönlicher Entfaltung und Neugestaltung des Lebens bei der Behandlung von Suchtkranken. Die Wahl des Namens für dieses, in Modulen gestaltete Programm erklärt den gewählten Ansatz, der mir sehr interessant erscheint.

Gottfried Bachl schreibt über "Glück und Jenseits", und das auf sehr humorvolle, aber deshalb nicht weniger kompetente und tiefgründige Art. Er zeigt ein Kaleidoskop der Jenseitsbilder und ihrer Implikationen, nicht nur im christlichen Glauben, und wirft einen kurzen Seitenblick auf weniger Glück-versprechendes Weiterleben nach dem Tod: wo ausgleichende Gerechtigkeit oder vielleicht sogar Rachebedürfnisse im Jenseitsglauben verortet werden, also in der Hölle, die metaphorisch von der Kirche durchaus auch instrumentalisiert wurde. Bemerkenswert auch der zweitausend Jahre alte Beleg für den Glauben, dass "Tod auf dem Schlachtfeld" positive Auswirkungen im Jenseits hätte. Mit dem Hinweis, dass das ersehnte Glück im Jenseits nicht vorzeitig herbeigeführt werden darf, sondern sozusagen ein Privileg der Märtyrer darstellt, aber eine "unmessbare Überbietung" irdischen Lebens und damit unseren "Glück-Wünschen gewachsen" sein wird, endet das Kapitel.

Karlheinz Rossbacher wählt in seinem Beitrag "Glück und Literatur" Beispiele von Schriftstellern, darunter auch Psychologen und Philosophen, um zu zeigen, wie vielfältig in der Literatur über Glück, aber auch Unglück nachgedacht worden ist. Ebenso vielfältig wie die Zitate, die von Seneca bis BobbyMcFerrin unterschiedlichste Ansichten über Glückserfahrungen wiedergeben, sind die Blickwinkel, die durch die Auswahl der literarischen Beispiele die Sicht auf die Möglichkeiten und die Erscheinungsweisen von Glück freigeben. Die amerikanische Unabhängigkeitserklärung, in der das "Streben nach Glück" als Menschenrecht formuliert ist, wird vom Autor an den Beginn der Reflexion über verordnetes Glück und ideologisch motiviertes, kollektives Glücksversprechen gestellt. Die breite Palette der ausgewählten literarischen Beispiele dokumentiert die Faszination, die das spannende Thema "Glück" immer schon ausgeübt hat. Und macht Lust zum Nach- und Weiterlesen!

Das nächste Kapitel beinhaltet die Lesung eines Auszugs aus dem Roman von Wilhelm Genazino, "Das Glück in glücksfernen Zeiten" und das Gespräch, das er mit Ulrike Tanzer geführt hat. Es geht im Romanausschnitt um Glücksvorstellungen und im Gespräch um die Analyse dieser Vorstellungen. Der Literatur, die sich mit dem Thema Glück beschäftigt, stellt seine sehr persönliche Sicht zur Seite, manchmal auch gegenüber.

Die beiden folgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Darstellung von Glück in der Kunst: Renate Prochno zeigt in ihrem Beitrag, dass es in der bildenden Kunst (Malerei, Bildhauerei) keine Darstellung des "dauerhaften Lebensglücks" gibt, die Werke aber Hinweischarakter haben, wie es zu erreichen sein könnte. Die ausgewählten Beispiele illustrieren die unterschiedlichen Spielarten von Glück, auch ihre Verbindung mit Natur und Musik. Das macht selbst schon Lust auf genaues Hinschauen! Fehlt der Blick auf moderne Darstellungen, weil es da nicht um Glück geht? Das wäre noch eine spannende Frage.

Damit setzt sich dann Manfred Mittermayer im Kapitel "Glück im Film" auseinander. Es scheint zwar in vielen Filmen um nichts anderes zu gehen als um Glück – die meisten Streifen enden mit einem happy-end. Andererseits muss dieses Glück erst errungen werden, weil nur die Darstellung glücklicher und zufriedener Menschen einfach langweilig wäre und damit nicht geeignet für die filmische Erzählung. Dass Glück im Film oft mit Kindlichkeit und mit (ländlicher) Natur, aber auch mit Musik, vor allem aber mit Liebe assoziiert wird, zeigt Mittermayer an vielen Beispielen aus der Filmgeschichte.

Mit der Frage, was Kinder glücklich macht ("Harribo, Taschengeld, Lob?") setzt sich Anton A. Bucher anhand mehrerer Studien auseinander und kommt zu Schlüssen, die im Hinblick auf die Befindlichkeit von Kindern großteils erfreulich sind. Andererseits zeigt sich dabei auch, wovon das Wohlbefinden von Kindern (zumindest in der westlichen Welt der Wohlstandsgesellschaften) abhängt, und das sind zum Teil verblüffende Erkenntnisse, die durchaus Bedeutung für den förderlichen Umgang mit Kindern haben.

Im letzten Kapitel dieses Buches, das von Reinhold Popp, Reinhard Hofbauer und Markus Pausch verfasst wurde, geht es um "Soziale und ökonomische Bedingungen von Lebensqualität". Der Beitrag verweist auf die Zusammenhänge des individuellen Wohlbefindens mit dem Postulat, dass dieses ohne die Mitverantwortung für das Glück aller kaum erreichbar ist, sowie auf die Zusammenhänge mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Diese Voraussetzungen und ihre Auswirkungen auf ein glückliches Leben werden an vielen relevanten Paradigmen erläutert. Wenn Glück mit Lebensqualität (für den einzelnen, aber auch für ganze Länder) gleichgesetzt wird, zeigt sich dessen Abhängigkeit von sozialen, ökonomischen, strukturellen und politischen Gegebenheiten.

Das Buch enthält ein ausführliches Literaturverzeichnis (wie jedes einzelne Kapitel inklusive Anmerkungen) samt Internetadressen und Filmographie. Es schließt mit einem Verzeichnis der Autorinnen und Autoren.

Mir hat das Buch Freude, neue Einsichten und Vergnügen bereitet, ganz im Sinne des Vorworts: "Das Glück der Suche nach dem Glück". Die einzelnen Kapitel finde ich gut aufeinander abgestimmt und inhaltlich außerordentlich vielfältig. Das einzige, was mir weniger gelungen scheint, ist das Cover: es zeigt Glückssymbole, die man hauptsächlich mit dem zufälligen Glücksgewinn, vielleicht noch mit dem Glückwunsch assoziiert, und darum geht es in diesem Buch (glücklicherweise) am allerwenigsten.

Christine Koch

HELENE DREXLER

Maskentanz

Wie Menschen ihr wahres Ich verstecken.

Wien: Goldegg Verlag, 2012, 304 Seiten

Ein besonderes Buch. Der Autorin gelingt die Beschreibung und Analyse von maskenhaftem Leben und stellt dieses einem Personalem Leben gegenüber ohne einer simplen Dichotomie zu verfallen. Die Wirklichkeit ist wie meistens sehr vielfältig und dieser Vielfältigkeit wird die Autorin durch das Beschreiben des Phänomens aus verschiedensten Perspektiven gerecht.

Maskenhaftes Leben ist damit nicht, wie man anfangs meinen könnte an sich schlecht. Masken können "aufgesetzt" werden um zu anderen Menschen leichter in Kontakt zu kommen. Sie können aber auch benutzt werden um genau einen solchen Kontakt abzuwehren, wie es W. Klages beschreibt. Dementsprechend können Masken störend oder sehr hilfreich sein.

Gleich zu Beginn des Buches stellt uns die Autorin ihre vier Protagonisten in annocenhaftem, telegrammartigen Stil vor. Das weckt Neugierde und die Leserin / der Leser wird mit hineingenommen in ein turbulentes Leben, welches Bernhard, Karin, Daniel und Silke (so heißen die Protagonisten) führen und welches die Autorin in knappem, flachem und marketinghaftem Stil beschreibt. Das scheint oberflächlich, aber fast unbemerkt entfaltet und entwickelt die Autorin ihre Protagonisten in ihrer Vielfalt und Tiefe. Wie nebenbei gewinnt die Leserin / der Leser außerordentlich profunde psychologische Einblicke in das Gewordensein, die Kämpfe und Störungen der vier Hauptpersonen.

Die inhaltliche Struktur des Buches - "Begegnung auf einer Party, Auswirkungen auf die einzelnen Personen, Beschreibung der Masken, Veränderung zu einem neuen Leben, neuerliche Party" - folgt einem lebensimanenten Ablauf von "Hochphase - Niedergang - Reflexion - Veränderung - Hochphase".

Der Kunstgriff der Autorin keine echten Fallschilderungen einzubringen, sondern ihre Figuren aus mehreren unterschiedlichen Personen zusammenzusetzen gelingt, weil ihre langjährige Erfahrung als Psychotherapeutin einfließt und weil dadurch eine fiktive Geschichte entsteht, die sich für die Leserin / den Leser nahezu wie ein Roman lesen lässt und doch deutlich kein Roman ist. Existenzanalytische Theorie fließt kontinuierlich, aber nicht vordergründig in die Darstellungen ein. Gerade für jemanden, der nicht mit dieser Theorie vertraut ist, wird das Buch ein Gewinn sein, weil die Verbindung zwischen Theorie und Praxis hervorragend gelungen ist und die genaue Kenntnis von existenzanalytischer Begrifflichkeit nicht vorausgesetzt ist. Für jene, die mit existenzanalytischer Theorie vertraut sind, kann das Buch ein Gewinn sein, weil es existenzanalytisches Wissen in neuartiger Weise zur Darstellung bringt. Wobei es nicht bei der Darstellung bleibt, sondern weit darüber hinausgeht. Besser gesagt geht es der Autorin nicht um die Darstellung von existenzanalytischer Theorie sondern um die einzelnen Menschen und wie sich diese durch ihren Alltag bewegen und sich dabei verfehlen und sich wieder (er)finden. Es ist spannend den zwei Frauen und zwei Männern dabei zuzusehen, ihnen zu folgen und sie besser verstehen zu lernen. Dabei auch für sich selbst wieder einmal genauer zu überlegen, ob denn das Maskenhafte nicht schon längst von einem Besitz ergriffen hat. Dann von der Autorin zu erfahren, dass es eigentlich wenig braucht - "Raum und Zeit, Wärme, Aufmerksamkeit und Respekt" - um zu sich zu kommen. Es wirkt so einfach und ist doch so schwer herzustellen oder zu erlangen. Die Autorin lässt zwei Protagonisten in ihrem Buch diese einfachen Dinge als "außergewöhnlich" beurteilen. Wir sollten als PsychotherapeutInnen nie übersehen, das einfachste Dinge oder nebenbei Äußerungen für unsere KlientInnen oft Schätze sind und das es die großen Erkenntnisse und wahnsinnigen Entwicklungen vor allem im maskenhaften Dasein gibt.

Zur äußeren Gestaltung des Buches ist zu sagen, dass es durchaus etwas kantiger und haptisch ansprechender ausfallen hätte können. In der jetzigen äußeren Fassung ist die Gestaltung des Einbandes eher konventionell und mäßig einfallsreich. Dafür kann aber die Autorin nichts. Sie hat ein Buch geschrieben, welches einerseits fein zu lesen ist und andererseits durch den von ihr eingebrachten großen Erfahrungsschatz zu einer Bereicherung des Lesers/der Leserin auf fachlich psychotherapeutischer Ebene wie auch auf einer konkreten persönlichen Ebene zu führen vermag.

Wilfried Peinhaupt

ABSCHLUSSARBEITEN

Entstehung und Therapie von Suchterkrankungen aus existenzanalytischer Sicht

Huberta Holzmann

In der vorliegenden Arbeit geht es um Entstehungsfaktoren und -bedingungen von Suchterkrankungen aus der Sicht der Existenzanalyse, ergänzt durch die Schilderung der Psychotherapie einer süchtigen Klientin.

Eingangs werden die theoretischen Grundlagen der Existenzanalyse und Logotherapie bzw. das zugrunde liegende Menschenbild und die Motivationslehre zusammengefasst. In weiterer Folge geht es um Entstehung von Sucht, um das Verhältnis von Sucht und Person und um die Situation der Angehörigen suchtkranker Menschen. Versucht wird, einen besonderen Blickwinkel auf den Zusammenhang zwischen Suchterkrankungen und Traumatisierungen zu legen.

Den abschließenden Teil bildet die ausführliche Schilderung der psychotherapeutischen Arbeit mit einer suchtkranken Klientin.

Schlüsselwörter: Angehörige, Fallschilderung, Suchtentstehung, Suchttherapie, Sucht und Person-Sein, Traumatisierung

Die Montessoripädagogik – ein existenzieller Ansatz?

JUTTA HÖFIG-RENNER

Diese Arbeit geht der Frage nach, ob die Montessoripädagogik ein existenzieller Ansatz ist.

Die Prinzipien der Montessoripädagogik werden erläutert und jeweils in Bezug zur Existenzanalyse gesetzt. Hinsichtlich Anthropologie, phänomenologischer Grundhaltung und Personverständnis werden Parallelen zwischen der Montessoripädagogik und der Existenzanalyse aufgezeigt.

Die 4 Grundmotivationen sind gesondert ausgeführt und es wird dargestellt, welchen Stellenwert diese in der Montessoripädagogik haben und wie sie dort zum Vollzug kommen.

Schlüsselwörter: Anthropologie, Grundmotivationen, Pädaogik, Person, Phänomenologie

Das Märchen vom verwunschenen Erbe

Das Leben und Leiden eines Narzissten – lesbar gemacht und existenzanalytisch betrachtet

LUKAS HUSSL

In meiner Abschlussarbeit nähere ich mich dem Leben, Leiden, Zusammenbruch im Burnout sowie der Heilung eines Narzissten aus existenzanalytischer Sicht in Form eines Märchens.

Dies auch, weil ich nichts Vergleichbares gefunden habe und aus meiner Überzeugung, Menschen in Form von Geschichten oder eben Märchen besser in ihrem Wesen erreichen zu können als über oft zu wissenschaftliche Abhandlungen.

Und genau das ist auch das Ziel meiner Arbeit. Schlüsselwörter: Burnout, Existenzanalyse, Märchen, Narzissmus, Therapie

Von der Theorie in die Praxis in der **Psychotherapie**

ALMUTH MARGREITER

In dieser Arbeit wird untersucht, ob die Fachspezifika der Österreichischen Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse und der Österreichischen Gesellschaft für Verhaltenstherapie ausreichend auf den Übergang von der Theorie in die Praxis vorbereiten. Weiters wird analysiert, welche Phänomene beim Berufseinstieg auftreten und wie die Einzelnen damit umgehen.

Es wurden problemzentrierte Interviews mit je 5 VertreterInnen der beiden psychotherapeutischen Schulen geführt und mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring ausgewertet.

Die befragten Personen erlebten den Übergang von der Theorie in die Praxis rückblickend durchwegs positiv. Sie haben sich durch die Psychotherapieausbildung relativ gut auf den Berufseinstieg vorbereitet gefühlt, wiesen aber auch auf einige Mängel hinsichtlich der Ausbildung hin. Ausnahmslos alle InterviewpartnerInnen berichten von Herausforderungen und Belastungen beim Berufseinstieg. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Erkenntnissen aus der wissenschaftlichen Literatur: Der Berufseinstieg von PsychotherapeutInnen ist belastend. Es lässt sich feststellen, dass sich im Laufe der ersten Berufsjahre Veränderung hinsichtlich der Einstellung und bezüglich Verhaltensweisen der Betroffenen einstellen, die dazu beitragen, dass der Beruf besser ausgeübt werden kann.

Schlüsselwörter: Berufseinstieg, Psychotherapieausbildung, Psychohygiene

Notfall Suizid

Betreuung Angehöriger nach Suizid in der Notfallarbeit unter existenzanalytischen Gesichtspunkten

BARBARA RADAUER

Ein Suizid ist kein singuläres Ereignis, sondern betrifft in seiner zerstörerischen Dimension auch die nächsten Angehörigen, FreundInnen und ArbeitskollegInnen. Die Belastungen, wenn sich ein geliebter Mensch das Leben nimmt, sind in der vorliegenden Arbeit ebenso Thema wie die Arbeit des psychosozialen Notdienstes der promente Oberösterreich, welcher Unterstützung für die Angehörigen anbietet. Neben einer kurzen Übersicht der existenzanalytischen Theorie und den Grundsätzen der Notfallarbeit wird versucht, in vier Fallbeispielen die Betreuung möglichst konkret darzustellen und den Bezug zur Existenzanalyse sichtbar zu machen. Dabei ist besonders die Arbeit mit den ersten drei Grundmotivationen und der personalen Existenzanalyse von Bedeutung.

Schlüsselwörter: Betreuung Angehöriger nach Suizid, Fallvignette, Grundmotivationen, Notfallarbeit, personale Existenzanalyse, Suizid.

Dem Glück auf der Spur

INGRID SCHELLING

Nach einer kurzen Erläuterung der aristotelischen Sichtweise des Glücks als höchstem Gut wird auf die verschiedenen Bedeutungsunterschiede des Wortes "Glück" eingegangen.

Vor der Schilderung der Glückssuche aus existenzanalytischer Sicht werden die Grundlagen der Existenzanalyse und Logotherapie dargelegt. Danach folgt die existenzanalytische und logotherapeutische Sichtweise des Glücks, welche sich von der aristotelischen in der Form unterscheidet, dass sie nicht das Glück als höchstes Gut sieht, sondern den Sinn.

Im letzten Teil der Arbeit erfolgt die Definition des Glückes aus buddhistischer Sichtweise, die einen klar definierten Sinn als oberstes Ziel beinhaltet. Der buddhistische Weg auf der Glückssuche durch die Arbeit mit Kognition und Emotion wird erläutert.

Abschließend wird versucht, bei dieser Glückssuche Gemeinsames der Existenzanalyse und Logotherapie mit dem Buddhismus herauszuarbeiten.

Schlüsselwörter: Buddhismus, Existenzanalyse, Glück, Logotherapie, Sinn

Evaluation der Therapiewirksamkeit eines Falles mittels subjektiver und objektiver Verfahren

Edit Varga

Die folgende Arbeit versucht der Therapiewirksamkeit nachzugehen anhand eines Fallbeispiels. Mittels subjektiver und objektiver Messmethoden wurde der Frage nachgegangen, wie Therapiewirksamkeit damit messbar sei. Dabei wurden diese aus zwei Blickwinkeln, dem therapeutischen Blickwinkel sowie der Sicht des Klienten festgehalten. Ergänzend fand ein Interview mit dem Therapeuten statt um den subjektiven Eindruck festzuhalten und abzurunden. Parallel dazu wurden spezielle existenzanalytische Fragebögen sowie Testverfahren eingesetzt.

Zentrale Fragestellungen waren dabei, ob sich die subjektiv erlebten bzw. vom Therapeuten wahrgenommenen Veränderungen mit objektiven Messmethoden messen lassen bzw. wie nachhaltig die Therapieerfolge waren.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Existenzskala (ESK), Fragebogen zur Existentiellen Lebensqualität (ELQ), Grundmotivationen menschlicher Existenz, Psychotherapiewirksamkeit, Test zur Existentiellen Motivation (TEM), Symptom-Checkliste von L. R. Derongatis (SCL-90-R)

MASTERARBEIT

In Anbetracht der Sichtweise

Versuch eines Modells phänomenaler Kategorien im psychotherapeutischen Kontext eingereicht

JOACHIM ARNOLD

Diese Arbeit ist der Versuch eines Kategorien-Systems

zur Einordnung von Phänomenen nach ihrer Erscheinungsweise. Das hier vorgestellte Modell der vier phänomenalen Kategorien Repräsentation, Illusion, Symbol und Chaos wird als Möglichkeit diskutiert, den Wahrnehmungsprozess im psychotherapeutischen Kontext zu reflektieren. Diese Systematisierung könnte zu einem besseren Verständnis beitragen, wenn es zu Störungen in der Wahrnehmung der äußeren und inneren Welt kommt.

Neben der Darstellung des Modells erfolgt eine Bezugnahme zur Phänomenologie und zur Psychologie, weiters wird der Versuch unternommen, das Modell sowohl hinsichtlich allgemeiner Prinzipien der Psychotherapie zu beleuchten und im Besonderen in das personalexistentielle Menschenbild der Logotherapie und Existenzanalyse einzubinden

Schlüsselwörter: Chaos, Illusion, Kategorie, Phänomen, Repräsentation, Symbol

Existenzanalytische Anthropologie und Ethikunterricht

MICHAELA PAYR

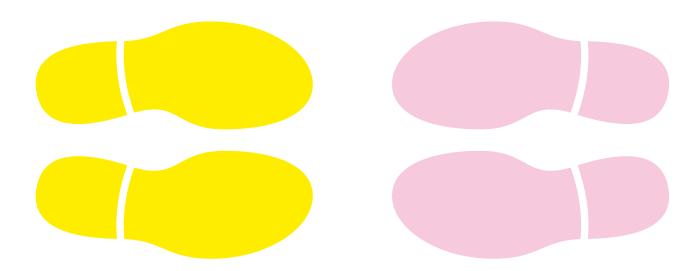
Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, wie sich das existenzanalytische Menschenverständnis in der Schule im existenzanalytisch geleiteten Dialog zwischen Schüler und Lehrer allgemein im Unterricht und speziell im Ethikunterricht auswirkt. Dazu werden die wesentlichen Modelle der existenzanalytischen Anthropologie vorgestellt und ihre Bedeutung für pädagogische Überlegungen dargelegt. Moral entsteht in der Stellungnahme der Person, die ihre reflektierte Entscheidung vor sich und der Gemeinschaft vertreten kann, weil sie darin sich, den anderen und der Situation gerecht wird. Daraus ergeben sich pädagogische Anforderungen, die sich an jeden Lehrer richten.

In dem Teil der Arbeit, der sich speziell mit dem Ethikunterricht befasst, wird die Situation in Österreich und konkret jene an der HLW Graz, Schrödingerstraße, skizziert.

Schließlich wird in der Konklusion die Frage, ob die existenzanalytische Pädagogik, wenn sie zum Unterrichtsprinzip wird, das Unterrichtsfach Ethik ablösen soll, bearbeitet.

Schlüsselwörter: Anthropologie, Ethik, Pädagogik, Unterricht





KONFRONTIEREN

Herausfordern zur Stellungnahme

Fachtagung für Beratung und Psychotherapie Samstag, 15.09.12, von 9:00 – 18:30 Uhr

VORTRÄGE

- Dr. Christoph Kolbe, Hannover
- Helmut Dorra, Quickborn

WORKSHOPS

zum Thema in den Anwendungsfeldern

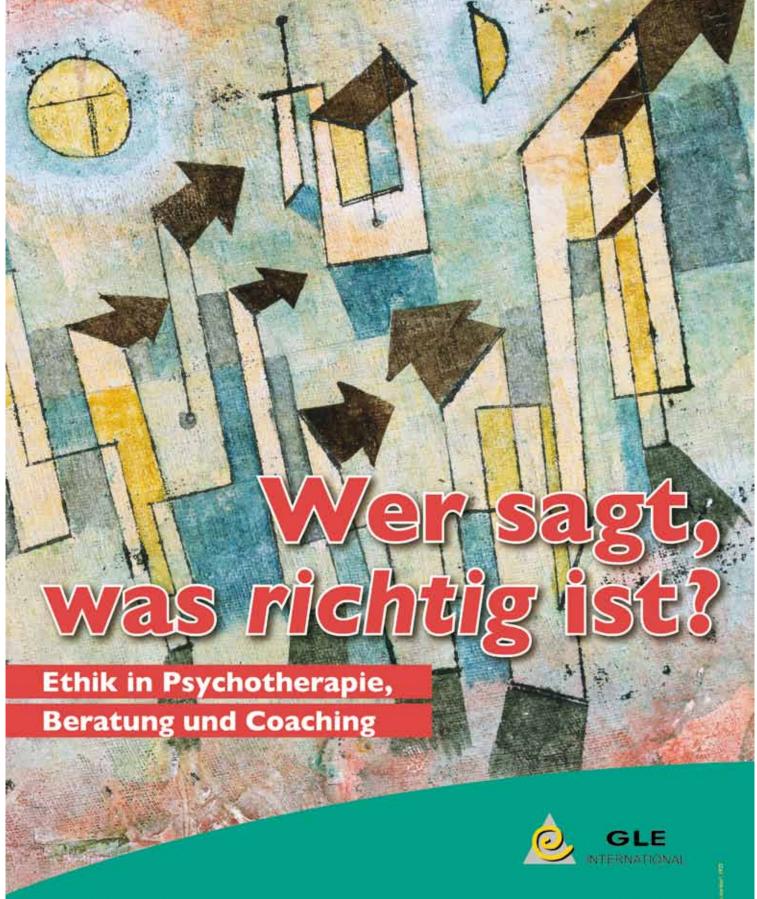
- Lebensberatung Psychotherapie
- Coaching Pädagogik

Fachhochschule Hannover
Design Center, Expo Plaza 2, 30539 Hannover

Ständig aktualisierte Informationen finden Sie unter: www.gle-d.de | www.existenzanalyse.com

Tagungsleitung: Dr. Christoph Kolbe

Veranstalter: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse in Deutschland e.V. (GLE-D)
Borchersstraße 21 | 30559 Hannover | Tel. 0511-5294977 | Fax 0511-521371 | buero@gle-d.de
Die Akkreditierung der Tagung wird bei der Psychotherapeutenkammer beantragt.



Technopark Zürich

www.existenzanalyse.org

3.-5. Mai 2013

Tel. und Fax: +43 (0) | 985 95 66