EXISTENZANALYSE

GLE
INTERNATIONAL

GESELLSCHAFT FÜR LOGOTHERAPIE
UND EXISTENZANALYSE – WIEN

EXISTENTIELLE PERSPEKTIVEN BEI CHRONISCHEN ERKRANKUNGEN

Nr. 1 / 2014
31. Jahrgang

ISSN 1024-7033

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

Impressum 39
Autorenhinweis 89

ORIGINALARBEIT
Existential-Phenomenological analysis of dependence in close interpersonal relationships (Svetlana N. Skvortsova, Vladimir B. Shumskiy) 4

EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN
Existentielle Erfülltheit bei PatientInnen mit Multipler Sklerose (Karin Kalteis, Renate Lang, Alfried Längle) 14
Relationship between Existential Motivation and Depression (Vaida Mažonaitė, Paulius Skruibis) 17
Impact of meaning in life on psychological well being and stress among university students (Aisha Bano) 21

ÜBERBLICKSARBEIT
Wie wissen wir, ob wir in der Erziehung richtig handeln? (Eva Maria Waibel) 26

FORUM - GESUNDHEIT UND KRANKHEIT, DIAGNOSE
„Wen die Götter zerstören wollen, den machen sie zuerst verrückt" - Existentielle Folgen psychischer Erkrankungen (Klaudia Gennermann) 40
Die Infauste Prognose - Personaler Umgang und Finden existentiellen Halts bei lebensbedrohender Diagnose (Barbara Kernmayer) 46

FORUM - PSYCHOONKOLOGIE
Leben mit der Diagnose Krebs (Christina Strempfl) 51

FORUM - CHRONISCHE ERKRANKUNGEN
Dialog mit meinem Körper - Erfahrungen und Überlegungen zu einer existenzanalytischen Schmerztherapie (Rupert Dinhobl) 57
Annehmen chronischer Krankheit als existentielle Herausforderung (Elisabeth Petrow) 62
„Um zu können, was wir wollen, müssen wir wollen, was wir können." - Aufgaben und Arbeit in der Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen (Joachim Schmidt) 66
Warum nicht in Ruhe verrückt werden dürfen - Demenz-Kranke und ihre pflegenden Angehörigen (Christine Schnaiter) 71

FORUM - SELTENE CHRONISCHE KRANKHEITEN
„Give me ten million dollars and I find you a cure" (Rudolf P. Wagner im Gespräch mit Gerald Fischer) 76

FORUM - BEHINDERUNG
Bilder eines Weges - Psychotherapie einer Frau mit geistiger Behinderung - Eine existenzanalytisch-kunsttherapeutische Arbeit (Elisabeth Koch) 80

PUBLIKATIONEN
Buchbesprechung 86
Publikationen 86

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT

Karel BALCAR
Prag (CZ)
Renate BUKOVSKI
Salzburg (A)
Herbert CSEF
Würzburg (D)
Reinhard HALLER
Feldkirch (A)
Brigitte HEITGER
Bern (CH)
Derrick KLAASSEN
Vancouver (CA)
Christoph KOLBE
Hannover (D)
George KOVACS
Miami (USA)
Jürgen KRIZ
Osnabrück (D)
Janelle KWEE
Vancouver (CA)
Anton-Rupert LAIREITER
Salzburg (A)
Alfried LÄNGLE
Wien (A)
Mihaela LAUNEANU
Vancouver (CA)
Karin MATUSZAK-LUSS
Wien (A)
Fernando LLERAS
Wien (A)
Corneliu MIRCEA
Temesvar (RO)
Anton NINDL
Salzburg (A)
Christian PROBST
Graz (A)
Heinz ROTHBUCHER
Salzburg (A)
Christian SIMHANDL
Wien (A)
Christian SPAEMANN
Braunau (A)
Michael TITZE
Tuttlingen (D)
Gabriel TRAVERSO
Santiago de Chile (CHL)
Liselotte TUTSCH
Wien (A)
Helmuth VETTER
Wien (A)
Beda WICKI
Unterägeri (CH)
Wasiliki WINKLHOFER
München (D)
Elisabeth WURST
Wien (A)

Gelistet in PSYNDEX
Universität Trier

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Das Thema dieses Heftes befasst sich mit einem wichtigen Gebiet existentieller Arbeit: Existentielle und Psychische Perspektiven bei Chronischen Erkrankungen. – Warum ist das so?

Eine chronische Erkrankung birgt eine spezielle Herausforderung: man kann sie nicht abschütteln, auf Überwindung hoffen im Sinne von „wenn das alles vorbei ist, dann …". „Chronisch" heißt eben, diese Erkrankung bleibt eine Begleiterin im Leben. Das macht sie zu einer speziellen Herausforderung, nämlich sich die Lebensperspektive nicht rauben zu lassen, sie nicht zu verlieren, sie wieder zu finden, sie fest zu halten und trotz aller Einschränkungen und Hindernisse das Leben zum Blühen zu bringen. Doch wo beginnen? Da ist die Qual des Annehmens, es braucht die Kraft des Aushaltens, Loslassen ist Arbeit, Zulassen eine Kunst. Dies eröffnet wieder einen Raum für Leben. Der Weg ist intensiv und mühevoll, er lässt einen die Grenzen spüren. Und dennoch: er kann auch Leben eröffnen; tiefes Leben, pures Leben.

Die Beiträge dieses Themenheftes zeichnen diese Wege nach. Sie zeigen Hilfestellungen auf, die notwendige Offenheit und Genauigkeit für das leicht zu Übersehene, wenn man seinen Blick zu sehr in die Ferne richtet und nicht im Augenblick verweilt, im aktuell Brennenden.

Daneben bedarf es auch des Engagements von Angehörigen und Begleitenden, um die Augen der Welt für die Anliegen zu öffnen. Es braucht die Forschung, die soziale Solidarität, die Bereitstellung finanzieller Mittel und unterstützender Netzwerke. Darin zeigt sich der Humanismus einer Gesellschaft – im Bewusstsein der Möglichkeit einer chronischen Erkrankung, die jeden treffen kann.

Vernetzung ist also notwendig! Statt wegschauen Antwort geben.

Dieser Gedanke bietet Gelegenheit, auf eine Neuerung unserer Zeitschrift hinzuweisen. Die Antwortkultur möchten wir auch in unserer Zeitschrift fördern und fragen Sie, geschätzte Leserin, geschätzter Leser, uns in einem „letter to the editor" ihre Erfahrung oder Stellungnahme zu einem publizierten Beitrag für eine Publikation zu schicken. Wir würden sie dann dem/r angefragten Autor/Autorin zukommen lassen und die Antwort der Autoren einholen. Im Umfang von 1/2-2 Druckseiten pro letter (500-2.000 Zeichen) wollen wir gerne ein Forum der aktiven Diskussion eröffnen und Sie von Herzen einladen dabei ihren Part zu ergreifen.

Nun wünschen wir ihnen viel Freude am Lesen dieser Ausgabe!

Silvia Längle
im Namen des Redaktionsteams

INFOS ZUR GLE-INTERNATIONAL

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

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

HINWEISE

KONGRESSE GLE-INT.

Salzburg
SUCHT
Wege aus dem Verfallen-Sein
1. – 3. 5. 2015
Anmeldung und Programm:
www.existenzanalyse.org

Lindau (Vorschau)
GRENZEN DES MENSCH-SEINS
8. 4. – 10. 4. 2016

TAGUNGEN VON Ö, D, CH

Hall in Tirol, 03. – 04.10.2014
MIR REICHT´S
Der Maßlosigkeit und Überforderung entgegentreten

Hanover, 20. 9. 2014
MARKTTAG FÜR NETZWERKER
Raum für das was uns verbindet

Bern, 8. 11. 2014
WERKSTATT DER GES
Leben oder gelebt werden – Wege zur Entschiedenheit

AUSBILDUNG

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

WEITERBILDUNGEN

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

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

VORSCHAU
auf die nächsten Ausgaben

Heft 2/2014
Kongressbericht
POTENTIALE DER PERSON
Ressourcenorientierung in Psychotherapie, Beratung, Coaching und Pädagogik
Erscheint im Dezember 2014

Heft 1/2015
Themenheft
ÄLTERE MENSCHEN
Psychotherapie/Beratung aus verschiedenen Perspektiven
Erscheint im Juli 2015

gle@existenzanalyse.org
www.existenzanalyse.org

EXISTENTIAL-PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS OF DEPENDENCE IN CLOSE INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

Svetlana N. Skvortsova, Vladimir B. Shumskiy

This article presents the results of a phenomenological study of dependence in close interpersonal relationships between men and women. Interviews were conducted with participants, who experience dependence in their close interpersonal relationships. These interviews were analyzed according to A. Giorgi's phenomenological approach. From the analysis, a structural model of relationship dependence was derived, separating the stable from the variable components of dependence. Special attention was given in this study to the vicious cycle of "closeness–estrangement" which has been found to be specific to dependent relationships. The findings reveal a distinction between interpersonal dependence based on the type of deficiency that is being compensated by the partner. The pattern of these deficiencies corresponds to the content of the fundamental existential motivations, formulated by A. Laengle: lack of support, lack of feeling of life, lack of self-acceptance and self-esteem. A frustration of the meaning dimension was present in all cases of dependence.

KEYWORDS: dependence, existential fundamental motivation, interpersonal relationships, meaning, phenomenological analysis

EXISTENTIELL-PHÄNOMENOLOGISCHE ANALYSE DER ABHÄNGIGKEIT IN ENGEN ZWISCHENMENSCHLICHEN BEZIEHUNGEN

Dieser Artikel stellt das Ergebnis einer phänomenologischen Studie der Abhängigkeit in engen Beziehungen zwischen Männern und Frauen vor. Mit den Teilnehmern, die eine Abhängigkeit in ihrer engen Beziehung erleben, wurden Interviews geführt, die nach der phänomenologischen Methode von A. Giorgi analysiert wurden. Aus dieser Analyse wurde ein Strukturmodell von Beziehungsabhängigkeit abgeleitet, das stabile von variablen Komponenten der Abhängigkeit trennt. Dabei wurde in dieser Studie der „Teufelskreis" von „Nähe – Entfremdung" besonders berücksichtigt, der sich als spezifisch für abhängige Beziehungen erwies. Die Ergebnisse führen zu einer Differenzierung zwischenmenschlicher Abhängigkeit basierend auf der Art des Mangels, der durch den Partner kompensiert werden soll. Das Muster dieser Defizite entspricht dem Inhalt der vier existentiellen Grundmotivationen, wie sie A. Längle formuliert hat: der Mangel an Halt, der Mangel an Lebensgefühl, Mangel an Selbstannahme und Selbstwert. Eine Frustrierung der Sinndimension war in allen Fällen von Abhängigkeit präsent.

SCHLÜSSELWÖRTER: Abhängigkeit, Existentielle Grundmotivationen, zwischenmenschliche Beziehung, Sinn, phänomenologische Analyse

INTRODUCTION

Although the problem of dependence in relationships is quite common it has not been adequately explored psychologically (Peele & Brodsky 1975). There is even a major disequilibrium to the amount of investigations compared with other forms of dependence, especially chemical dependence like alcohol, tobacco and drugs (World Health Organization 2004; Perkinson 2012). Lately researchers started to pay more attention to non-chemical kinds of dependence: Internet-addiction, workaholism, gambling and so on (Robinson 2007; Young & Nabuco de Abreu 2011; Reilly & Smith 2013). However theoretical and empirical investigations of close relationships still remain fragmentary (Weinhold & Weinhold 2008) and the phenomenon as far as we could find is not yet grasped fully. Moreover, this theme seems to remain closed for academic science. It suffers from a lack of attention, as well as the themes of infatuation and love.

Dependence can happen in child-parent, friend-friend, manager-subordinate, teacher-pupil relationships. The aim of this research is to elaborate a comprehensive model of the phenomenon of dependence in romantic relationships between men and women.

DEPENDENCE IN CLOSE RELATIONSHIPS THROUGH THE LENS OF THREE PSYCHOLOGICAL THEORIES

What can be regarded as dependence in close interpersonal relationships? To answer this question, we will compare dependent interpersonal relationships with healthy ones.

Close interpersonal relationships always imply a certain degree of connection with the partner and therefore dependence from the partner; they are impossible without it. If we perceive the other person as close, we can't help dealing with his or her emotional state, we have to adjust in some measure to his or her character, lifestyle, habits and tastes. However this adjustment is natural as long as it allows a person to relate to himself or herself. "Healthy" dependence does not destroy the personality of any of the partners; it does not disturb the boundaries of the other; it leaves space for both and allows the partners to grow.

An attempt to establish one's boundaries and determine the degree of one's responsibility and independence, and the confidence that it is necessary for healthy relationships, is illustrated by the famous "Gestalt prayer" by F. Perls:

"I do my thing and you do your thing. I am not in this world to live up to your expectations, And you are not in this world to live up to mine. You are you, and I am I, and if by chance we find each other, it's beautiful. If not, it can't be helped" (Perls 1992)

© GLE-International/Wien

Perls's statement could be seen as radical and even somewhat egoistic. Famous family psychotherapist Carl Whitaker adds corrections to this statement, pointing out that the way to "healthy" relationships generally is not an easy one: "In fact a person should learn very long how to become 'we' without destroying himself. First you learn to love yourself, then – to love a person that is similar to you and after that courage appears to love dissimilar, wish to be touched, drive to struggle for being yourself and at the same time with the other." (Whitaker 2004, 91)

So the basis of a "healthy" close interpersonal relationship lies in a person's ability to keep their "own" in the presence of the partner, and on this basis to start a dialogue with them. In a mature relationship each partner does not lose their authenticity in the presence of the other; moreover, owing to the partner, the relationship of one with oneself becomes even stronger.

Various psychological schools suggest their own original interpretation of the phenomenon of dependence in close interpersonal relationships, in accordance with their methodological basis. Psychoanalysis considers dependent relationships to be mostly pathological and deficient. Dependence exists in narcissistic and symbiotic relationships, supported by mechanisms of projection, introjection, identification, internationalization and externalization (Horney 1991), as well as projective identification (Klein 1975). They leave for our "Self" no chance for development. The traits, feelings and characteristics, which we refuse to accept in ourselves, are projected onto the other person; while introjection includes in our inner world some elements from the outer world; and identification assimilates my "Self" to the "Self" of the other. When dependence from another person is developed, the defense mechanisms make him or her ideal, ascribing them traits and characteristics that do not exist in reality. The dialogue between two people turns out to be difficult or even impossible, as one ignores their own "Self" and the perception of the "Self" of the partner is distorted.

An important characteristic of the phenomenon is the merging of the limits between fantasy and reality (in projection and projective identification) and between two personalities (in identification and introjection). It is based on the principle: "I do not know where I start and where I end. I do not know where the other person starts and ends." This blended existence is the symbiosis, the symbiotic relationships which are natural only in a "mother-child" dyad (Leibin 2008).

The conception of confluence in dependent relationships was amplified by Gestalt therapy. There are two types of confluence: the confluence with one's own feelings, and the inability to separate oneself (one's feelings, values, wishes and needs) from the partner (his or her feelings, values, wishes and needs). The second type of confluence is included in the phenomenon of dependence, and it plays a double role. On the one hand, a certain degree of confluence is essential for empathy, for being able to understand the other without words, and experience intimacy. On the other hand, confluence threatens dependence from the partner, inability to grow, and loss of freedom (Lebedeva Ivanova 2005).

Transactional analysis also mentions the absence of individual limits. It is typical for symbiotic relationships to neglect reality and one's own ego-states: There seems to be only three ego-states in a couple instead of six. Despite the fact that there is a close relationship between the Parent ego-state of one partner and the Child ego-state of the other, it is only an illusion of a true close relationship between people, because there is no intimacy between ego-states Adult-Adult. In everyday life such relationships may seem romantic and happy, but they represent a typical symbiotic relationship. Unhealthy symbiosis is a stable formation, which is supported by partners. They feel safe in the symbiosis. An attempt of one partner to go out of the symbiotic contact can be taken as a threat; the other partner would try to protect the relationship and prevent the destruction of the symbiosis. He is really afraid of losing his partner, as he follows the line: "Without a partner I cannot be steady on my legs independently." (Steward Joines 1996)

The theoretical models of psychoanalysis, Gestalt therapy and transactional analysis allow us to point out the following characteristics of dependence in close interpersonal relationships:

- mixing and merging of personal limits;
- the loss of access to one´s own personality;
- impossibility of equal partnership (in dependence, one of the partners is dominant, the other is subordinate).

DEPENDENCE IN CLOSE RELATIONSHIPS THROUGH THE LENS OF DSM-V

The "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" of American Psychiatric Association DSM-V, as in earlier DSM-IV, presents the diagnostic category of "Dependent Personality Disorder" which enters the cluster "Anxious or Fearful Disorders". "The core feature of the Dependent Personality Disorder is a strong need to be taken care of by other people. This need to be taken care of, and the associated fear of losing the support of others, often leads people with Dependent Personality Disorder to behave in a „clingy" manner; to submit to the desires of other people. In order to avoid conflict, they may have great difficulty standing up for themselves. The intense fear of losing a relationship makes them vulnerable to manipulation and abuse. They find it difficult to express disagreement or make independent decisions, and are challenged to begin a task when nobody is available to assist them. Being alone is extremely hard for them. When someone with Dependent Personality Disorder finds that a relationship they depend on has ended, they will immediately seek another source of support." (Hoermann et al. 2013)

The diagnosis "Dependent Personality Disorder" is indicated by "five (or more) of the following:

1. has difficulty making everyday decisions without an excessive amount of advice and reassurance from others;
2. needs others to assume responsibility for most major areas of his or her life;
3. has difficulty expressing disagreement with others because of fear of loss of support or approval;
4. has difficulty initiating projects or doing things on his or her own (because of a lack of self-confidence in judgment or abilities rather than a lack of motivation or energy);

5. goes to excessive lengths to obtain nurturance and support from others, to the point of volunteering to do things that are unpleasant;
6. feels uncomfortable or helpless when alone because of exaggerated fears of being unable to care for himself or herself;
7. urgently seeks another relationship as a source of care and support when a close relationship ends;
8. is unrealistically preoccupied with fears of being left to take care of himself or herself." (DSM-IV-TR 2000)

Thus, in the diagnostic category "Dependent Personality Disorder," emotional and behavioral features of the personality dependent on the relations are described. We can say that the main characteristics of such a personality are increased anxiety because of the lack of ability to rely on themselves and on their own to cope with the requirements life set for him. Personal immaturity and, caused by it, fear of being alone in front of the threats and dangers of this world push a person into a dependent relationship.

The DSM-V first introduced cluster "Non-Substance-Related Disorders" includes only gambling. One would expect that gambling will have a certain resemblance to the dependence from relationship, which also does not have a "substance" that causes dependence. However, when looking at the symptoms of gambling presented in DSM-5, they are similar to symptoms of the "Substance-Related Disorders", because "brain imaging studies and neurochemical tests have made a strong case that activates the reward system in much the same way that a drug does" (Reilly & Smith 2013).

The idea that people in dependent relationships, because of their own immaturity, are looking for hold and support, as reflected in the diagnostic category of "Dependent Personality Disorder", in our opinion, are in good agreement with the characteristic features of dependent relationships highlighted in psychoanalysis, Gestalt therapy and transactional analysis. However, at the same time the question arises: Is the need to support and to be taken care of by other people the only possible basis for dependence in relationships? Is it possible that a man is pushed into a dependent relationship by the pleasure he or she experiences in the presence of another human being? Furthermore, according to S. Peele and A. Brodsky, dependence on relationships arises not only due to the requirement to achieve a certain level of security, but also because of the need to maintain self-esteem (Peele & Brodsky 1975).

In other words, the empirical descriptions and theoretical explanations of dependence in close interpersonal relationships given above, are certainly important, however, from our point of view, they don't cover this phenomenon in its completeness and integrity and can be seen as elements of a puzzle, which can be collected by generalization and meta-analysis of the data.

RESEARCH METHOD

To develop a comprehensive model of the phenomenon of dependence in relationships between men and women we used a phenomenological method, which allowed us to eliminate the gap between theory and practice without getting fixed on different interpretations of this phenomenon. In our research we turned to individual subjective feelings, which occur in dependent relationships. We conducted semi-structured interviews with people, *who consider themselves as being in a dependent relationship*, helping them to describe their experience openly, precisely and in detail.

Participants for research were recruited as follows. On the website containing forums on psychology an announcement was made about the study of dependence in close interpersonal relationships, with an invitation for persons wishing to take part in the interview.

The screening study involved 25 people, 8 men and 17 women aged 24 to 40 years. Screening interview questions were quite general, aimed to clarify the following:

- external frame, in which the dependent relationship was formed and continues to exist;
- feelings, connected with experiencing the dependence from the relationship;
- subjective understanding of what the dependence is based on and why it continues to exist.

The interviews were one or two hours long. With some participants there were two meetings: During the first meeting the participant described the facts of his or her relationship, and the second meeting was dedicated to clarification of feelings of dependence in relationships.

On conducting this research, we first of all had to *differentiate dependence from other phenomena of close relationships between men and women*: infatuation, love and "unrequited love". As we have pointed out earlier, any close relationship is accompanied by a certain degree of dependence, therefore some participants, who were feeling infatuation, love or "unrequited love" also spoke of feeling dependence from the partner. The criterion of differentiation between "healthy" and "pathological" dependence (which we further mention as "dependence") is quite simple: the presence of inner consent and decision to stay in this relationship. Infatuation and love are accompanied by the feeling of inner consent. "Unrequited love" in most cases is not accompanied by the feeling of inner consent; however there is always a personal decision to stay in this relationship. In a dependent relationship there is neither inner consent nor decision.

A screening study showed that the criterion of absence of decision and inner consent to be in a relationship may be described as a specific ambivalence: "I feel that there is something wrong in this relationship, something that does not correspond with me, I am not satisfied, something goes wrong. *I do not want to continue this relationship. But this notwithstanding I am unable to resist the impulse to stay in it*, and I hope that nevertheless the relationship would give me what I lack."

Relying on this criterion we selected 10 participants, with whom we have conducted more detailed interviews. The sample consisted of 4 men and 6 women, unmarried and being in relationships with the representative of an opposite sex for 1,5 to 7 years. Note, that in our research, gender distinctions were not apparent in experience of dependent relations.

From the interviews we have received real descriptions

of feelings of dependence in relationships. This allowed us to examine the phenomenon as it is experienced by our participants, setting aside theoretical models and constructs. The transcriptions were analyzed using a phenomenological analysis technique offered by A. Giorgi (Giorgi 2009). This method gave an opportunity to separate the stable and variable components of dependence in close relationships between men and women.

The phenomenological analysis by Giorgi method consists of the following steps:

1. perceiving the text as an interconnected whole;
2. dividing the text into separate semantic components;
3. revealing the implicit psychological contents of the semantic components (transformation of initial semantic components, presented in common language, into psychological terms);
4. isolation of the general psychological structure of the phenomenon presented in the interview;
5. isolation of the invariable structure of the phenomenon based on the analysis of some descriptions (the number of interviews is to be limited if the analysis of further texts does not add any new information to the previous invariable structure).

To illustrate the method we present a short extract from one of the interviews and its analysis:

	Initial semantic components of the interview	Transformed semantic components
1	Interviewer: How, from your point of you, does dependence occur? Why do you consider this relationship as dependent? In all relationships people quarrel and make up, it is natural… Participant: I think so, because my whole emotional state depends on what is going on in this relationship. I cannot be happy about something, if there is something wrong in my relationship.	The participant clarifies, why she considers her relationship dependent. She speaks of great emotional involvement in this relationship. This relationship and what is going on in it forms the main content of her life.
2	It is wrong, I would not like to be absorbed in the relationship. I am the relationship and the relationship is me.	P. considers herself absorbed in the relationship and suffers discomfort. She believes that such a relationship is not normal.
3	And for this reason I believe this is dependence, because if this relationship does not exist, I kind of do not exist either.	According to P.'s subjective feeling, without this relationship she cannot imagine her existence, and therefore perceives herself as dependent.

In this extract we can see the *narrowing of values*, which is typical for dependence in a close interpersonal relationship between a man and a woman: A person's life becomes concentrated around the relationship, he or she feels absorbed, merged with the relationship. We can also notice that this relationship has an *impersonal pattern* – as if the partner cannot be seen, the interview concerns the relationship and not the person, whom one depends on.

VICIOUS CYCLE OF DEPENDENT RELATIONSHIPS

Generally we can say that dependent relationships are full of pain, feeling hurt, indignation, guilt, sadness, despair, restless waiting, discontent, tiredness, constant fear of losing the partner, feeling oneself as un-free, un-deciding, un-able. At the same time, in participant's words, there was also present the side of positive feelings: tenderness, passion, emotional connection, incredible happiness.

A dependent person has a clear feeling of discrepancy between the relationship and their own essence; and at the same time the person feels inability to resist the impulse to continue the relationship. A person would like to stop the relationship but his or her striving is not enough. They feel dissatisfaction with this relationship, but at the same time are not able to abandon it. As a spiritual person, one would like to refuse such a relationship, but in their actions they do not follow the value of being oneself. From existential-analytical point of view this is the main sign of dependence (Längle, Probst 1997). The specificity of dependence in interpersonal relationships is that another person takes the place of a substance (that is the object of chemical dependence).

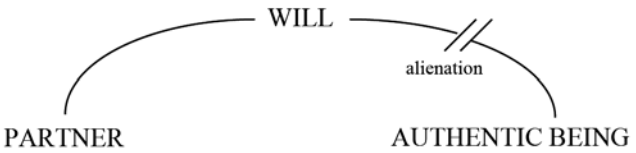

Fig. 1: Alienation of will from authentic being in dependence in close interpersonal relationships.

For a person there is no inner consent to continue a relationship. However he or she is literally drawn by something that is beyond the control of his or her will. Some participants compare the overwhelming need of the partner with the power of a drug addiction.

L., a young woman, after one of the recurrent break-ups in her relationship made a decision to not return to the partner. The partner urged her by phone and by Skype to get back together. She agreed to meet for the last time and had a firm intention to tell him once again that she would never return to him and to explain why she decided to put an end to the relationship. After more than an hour-long talk in a café, which was conducted, from L.'s point of view, "as she had planned", they went downstairs to the underground. L. was about to go home. The partner asked her to go with him, because he did not believe that it was her final decision. L. saw the metro train, which would bring her home. She imagined how she would enter the train and would leave this partner forever. She was seized by the feeling of freedom, by the feeling that she did everything right. But… she let that train pass. Another train, going in the opposite direction – in partner's direction – came. And L. felt as if her feet went into the train by themselves. She went to the partner's place. The recurrent cycle of their relationship began once again. When

L. came to a psychotherapist, she started criticizing herself severely. She said that she was unable to remain faithful to herself and her decision and betrayed herself. To the question: "So, you went to the partner again and returned to the previous relationship with him. But why do you not leave him now?" – L. answered: "Now I am not ready. Within the next few months I need to gather strength to leave him…"

As if a force exists inside a person that does not belong to them, and makes them again and again sink into a dependent relationship. At the same time a person can clearly understand what to expect: pain and suffering. Two forms of suffering are typical for dependent relationships: when you are with the partner and when you break up with them. One of the participants said that she suffered from insults, devaluation, disrespect, and unjust attitude from her partner. He always moved her to the background, reproached her, and did not accept her the way she is, constantly tried to change her. When this became excessive, she could not endure it and broke up with him. However after the break-up, without the partner, she felt emptiness, lack of vital energy, ceased to experience emotions, just functioned like a machine. Another participant described a similar experience this way: "When you enter a relationship again, when you are together with her, you understand that without her it is better. And when you are alone, without her, you feel that it is absolutely unbearable."

Dependent relationships bring a lot of pain and suffering, however the break-up does not bring long-awaited feelings of freedom and relief to everyone or it cannot be kept for a long time: A person starts to experience even stronger suffering when he or she stops the relationship, compared to the sufferings he or she experienced while staying in the relationship. One of the participants pointed out: "Without him I can only sit and cry. And make plans for restoring the relationship." When the break-up happens, the sufferings become stronger and this forces a person to resume the relationship.

This is how dependent relationships form a vicious cycle. Right after resuming a relationship a dependent person starts to feel good, a temporary relief occurs. The relationship carries a promise of something better. But after a while, when their hopes do not get fulfilled, everything becomes bad once again. Feelings of disappointment and discontent bordering on disgust and sickness start to appear: the feelings that are linked to the lack of fulfillment in a relationship.

After a while, the impossibility to be oneself, the humiliation, the absence of acceptance from the partner lead to a situation, in which suffering becomes unbearable. The person seeking relief terminates the relationship, saying "never again!" much like an alcoholic meaning to quit drinking. A strong wish to stop the relationship may bring feelings of relief and freedom for a while. But very soon these feelings transform into an irresistible desire to be with the partner.

One of the participants describes it this way: At the beginning there is an overwhelming wish to check the partner`s page on "Facebook". Then the temptation becomes stronger and the following thoughts arise: "I have already managed a month without him! Well done! Now I am not afraid any more of being drawn back into this relationship. So I can call him today, there is nothing to worry about, just a call to make small talk, to ask how he is doing. Now I can even see him. I am so strong now – I`ve managed a whole month without him!" After a meeting the next round of the relationship starts.

The impossibility to imagine one`s own existence without the partner seals a dependent relationships: "To imagine that I have lost him is as hard as to imagine the end of the world"; "I do not exist without this relationship"; "When I try to imagine that he is no longer in my life, thoughts about suicide come to me."

STABLE COMPONENTS OF DEPENDENT RELATIONSHIPS

Phenomenological analysis allowed us to outline some of the persistent essential components of dependence in close relationships: its stable and variant, or general and particular components. Stable components considered in this section were found in all ten interviews analyzed.

1. *Loss of freedom*. A person experiences dependence as an obsessive passion, as an irrepressible temptation. There is no place for free decision in dependence. A dependent person loses his or her autonomy; their behavior can no longer be self-defined. Dependence is accompanied by the painful feeling of not being free, of having no choice, of one's insignificance before the attraction towards the partner, for which one does not have inner consent. The dependent person does not like this lack of freedom and the repetition of dependent behavior. They do not like their inability to definitively separate or to rebuild the relationship in a desirable way, but they understand that they cannot manage it alone.

"…I feel badly in these relationships, and I would not go there, would not have written to him, but I catch myself for that again writing or calling him... I feel myself as tied to him – where he goes, I go… I solved nothing in these relations, he decides everything. Today he wants – we'll be together, does not want, and that's sad I look at him from the side, like a whipped dog."

"There is always a feeling of discontent with these relationships. But, nevertheless, I still go there. This is the contradiction: you feel dissatisfaction with the relations, but is forced to go there… Like some closed system: you don't want to go to it, you go, there you receive nothing, you leave angry, you come home and suddenly you start calling to her again and arranging a new meeting. What for? You aren't happy…"

2. *Impersonal behavior and attitude towards the partner*. For a dependent person the central theme or issue is not the value of the partner, but the partner's ability to satisfy their needs and fulfill their deficiencies. In case of dependent relationships there is a paradox in the perception of a partner. It is well known that in other kinds of dependence an object can be substituted by an analogous, which would satisfy the needs of a dependent

person. For example, in case of dependence on sex there is no dependence on a particular partner: It doesn't matter with whom one has sex with. By contrast in dependent relationships the specific partner is irreplaceable. However, despite that a dependent person affirms that "everything depends on the partner", "my whole life depends on him", there is no acceptance of the partner in his or her unique individuality, with his or her peculiarities and limitations. The partner is perceived as depersonalized and functional. Only one demand exists: to satisfy the needs and deficits of the dependent person. The aspects of the partners character and behavior, which are not connected with the needs of the dependent person, are either ignored or provoke irritation or even frighten the dependent. Driven only by "deficiency motivation", as discussed previously, one loses contact with oneself, estranges oneself from one's essence. Owning to an impersonal attitude towards the partner and the dependent`s loss of themselves, dependent relationships become formal, superficial; there is a lack of authentic dialogue, profound encounter does not happen.

"It is as though the mere fact of this relationship nourishes me. It is specifically the fact of this relationship. The person with whom I am in the relationship doesn't give me anything!"

"My partner often tells me what I want to make him comfortable for myself. And that my life with him didn't assume that I also somehow must adapt to him. That I don't want, shouldn't want adapt to him."

3. *Narrowing of values and loss of connection with the world.* The value of the relationship with the partner becomes dominant. At the same time the world and life's horizon seem reduced, they are narrowed down to the relationship. On a cognitive level the dependent person understands that there is a life beyond this relationship: there are professional interests and goals, there are relatives and other people with whom to communicate. But on an emotional level the relationship with the partner is seen as the core, as the main part of life, to which everything else is connected. It is as though everything in a dependent person's life exists only due to and by the means of this relationship. So all the values of the world become concentrated only around one particular man or woman and do not go beyond them. Absorbed in this relationship the dependent person starts to react excessively to every annoying detail of it. They pay too much attention to these feelings and have no time for other necessary things:

"Any fight with him can totally unsettle me, and I will not be able to concentrate on anything, even if it is something urgent. My life have no guidelines except these relations. All the attention is completely absorbed by them. All the rest becomes too blurry, too mechanistic: as if I become the robot which should go to work, to write the thesis…"

4. *The absence of meaning that could lead to fulfillment.* On the one hand, a dependent person may feel and tell their partner: "You are the goal and meaning of my life!" Without the partner the direction in life could be lost. On the other hand, a dependent person has a clear feeling that this relationship has no future. The dependent repeatedly feels that they are not going to get what they want in this relationship, and consider their behavior – suffering without the partner, that leads to resuming the relationship – as being meaningless. In other words, from a close perspective, the dependent person cannot imagine his or her life without the relationship with this partner, but in the long run, this relationship is seen as having no future. Furthermore, the dependent person always feels a profound lack of fulfillment and therefore experiences meaninglessness of the whole of life; it is a feeling rooted in the absence of relationships with oneself and self-alienation.

"There is some permanent background feeling that these relations – they are unnatural, shallow, superficial. That they are no longer what it was or what might happen. On the other hand, when I'm with her, some of the time, everything is experienced as ideal. And then again – the feeling that from the point of view of bigger context it is some kind of disaster."

5. *Vicious cycle of "closeness-estrangement"* in a dependent relationship has been discussed earlier. The dependent person is fully involved in the vicious cycle of his relationship with the partner and cannot get out of it. As a matter of fact, a person in such a relationship also experiences a vicious cycle of suffering: suffering from the fact that this relationship will never be the way one wants it to be, and suffering of one's inability to stop the unsatisfactory relationship. While being in this vicious cycle, the dependent person also faces feelings of hopelessness and fear of remaining in it forever.

"We regularly breaking up. We leave – and we meet again then … about once in three months. And we are constantly in such a dance. I'm very tired of this and interested to change somehow this circle which repeats, much working on it, but so far everything remains the same…"

6. *"Emotional swings"* that gradually provoke an *emotional exhaustion* in a dependent person. This vicious cycle that lasts for years is experienced as exhausting, distressing and hard. For a dependent person it is not only the separation that hurts, but also being with the partner. There is a chronic background of dissatisfaction with the relationship: the superficiality of contact, the absence of common future. The dependent is also dissatisfied with themselves: they feel disgust because of forgetting themselves and following the partner, it is a self-betrayal. The relationship with the partner rocks between the two poles "everything is great - everything is terrible": "I was unbelievably happy with him, but without him I fell into a horrible state." These "emotional swings" show sharp changes from euphoria to despair, from feeling oneself irreplaceable to feeling useless and abandoned. This switch may occur due to

different reasons or even spontaneously, without any cause from the partner's side: "There was no news from him during the whole day, and in the evening I started to feel that life is over." Dependent relationships are experienced as heavy, provoking anxiety and emotionally devastating. The dependent person is as though "burning in an emotional flame". After the final parting with the partner the dependent usually needs a few years to recover, to get over this cycle of suffering and subsequent emotional exhaustion.

"I had a feeling as if I'm on the swing. When he was in a good mood and we were together, I was on top of the world and felt absolutely happy. But it is not exactly… It is impossible to call it „pleasure", „happiness" or something like that. I never and with anyone feel myself so good. But when he did not want to communicate – was silent, avoided me... I was sick with the same strength as well, only with a different sign. I felt very miserable, I did not want anything. Even to live. I get suicidal thoughts."

7. *Unrealistic hopes for improvement of the relationship.* In the beginning this hope is supported by the belief of the dependent that all the difficulties in a relationship can be overcome. But as time goes by, nothing changes, the harmony in the relationship does not occur. The state of bliss, which starts to appear more rarely, can no longer compensate the negative emotions, which are also connected with the partner. Nevertheless, the hope remains, so high is the value of the relationship with the partner, in which "everything is as it should be". After fruitless attempts to harmonize the relationship this hope, without the support, turns into a hope for a miracle. Or the dependent might hope for some radical changes to happen in their partner's life, which would initiate his or her personal development, and cause positive changes in the relationship. In most cases the dependent person comes to the conclusion that they will never get what they want from this relationship, but they continue to hold on to their unrealistic expectations, moving in a vicious cycle of dependent relationships, leaving and getting back together time and again.

"I always had the hope that he will finally appreciate me. I would now again agree to start anew, knowing that again I will go in a circle, knowing that all of this will be painful. Deep down, I have a glimmer of a thought that everything can be good with us... Nevertheless there is a foolish hope that we can be together. Again I am ready to entrust my destiny in his hands..."

8. *Spiritual feelings.* From our point of view, the feelings, that the dependent person experiences while everything is fine in their relationship with the partner, represent something bigger than simple pleasure or reduction of tension. It is also something bigger than a feeling of lightness of being or absence of problems. Things which the dependent person experiences are similar to the feelings, which underline different kinds of adrenaline or endorphin dependences: gambling, obsessive need of extreme sports activities and so on. These are strong emotions, which are inaccessible in everyday life: infinite boundless joy, delight, euphoria, bliss, absolute happiness. Nevertheless, in dependent relationships there are other feelings, which are difficult to put in words. There are, what Maslow called, "peak experiences"; in existential analysis they can be called "pure spiritual feelings". Trying to reveal the contents of these feelings the participants added a mystical note to them: "arrival to the Promised Land", "unearthly bliss of dissolving into something bigger than I am", "it is as though we took off and are going towards something transcendental", "like the doors to another dimension of existence are opened", "it feels like I can die peacefully now", "this experience makes my whole life meaningful". In the light of the above it becomes clear what Viktor Frankl meant when he spoke about "experiential values". We suppose that it is precisely these peak experiences that compose the value which the dependent person seeks in the relationship. Probably it is a hope to experience these feelings again that helps the dependent to bear this exhausting vicious cycle of suffering in a dependent relationship.

"I am ready to do everything for that unearthly happiness that felt close to him. For me this is amazing state, this is the basic experience, without which I can't. It's a kind of acceptance: „I exist and I'm accepted now.""

VARIABLE COMPONENTS OF DEPENDENT RELATIONSHIPS

Above we described the stable or general components of dependence in close relationships between men and women. We also considered, what is the specific deficiency that the dependent person seeks to fulfill in a relationship with a partner? It is such a deficiency that is experienced as "inner emptiness" that cannot be compensated by the person themselves and should be filled up from the outside, by another person.

In our research we found that differentiation and typology of dependence in close relationships is associated with the kind of deficit on the level of existential motivation (FM) (Laengle 2006) within the person for which one seeks fulfillment in the partner:

- 1st FM – lack of support;
- 2nd FM – lack of feeling of life;
- 3rd FM – lack of self-respect and self-acceptance.

Feeling or experiencing a lack of one of these fundamental existential motivations represents a variant component of dependence. In individual cases we can see a combination of different existential motivation deficiencies. As stated before, the deficiency of meaning (4th FM) is present in all cases of dependence.

From ten cases analyzed two were connected with deficiency in 1st FM, three – with deficiency in the 2nd FM, three – with deficiency in the 3rd FM, in two cases of dependence were caused by a combination of deficiencies of the first three fundamental existential motivations.

The participants described their feelings, associated with the 1st FM deficiency in the following way: "Life without him is unbearable and unreal"; "After a fight with her I felt as if there was a strong wind blowing, that made me fall down and I would not be able to get myself back up again"; "I call her, she hangs up. After that I immediately start to feel that something is changing inside me: it is a catastrophe. I write her a message, and she does not answer for 15 minutes. That`s it… I immediately feel like falling…" Without a partner an intense lack of support appears. It is as though there are no other resources to support the dependent person in present or future apart from the partner. The dependent often experiences a severe anxiety that can be handled only with a confirmation that the partner will not leave. The presence of the partner or just a phone or internet contact with them returns the feeling of support and decrease anxiety. Moreover, the dependent person can feel support only in a joint world, which they built or are going to build with the partner. Without the partner, the world turns into ruins and the dependent falls into emptiness.

When the 2nd FM is in deficit the surge of life can be experienced only with the partner: When intense emotions arise, the world becomes brightly colored. Thus, there is an obvious dependence from constantly changing emotions, which are experienced in dependent relationships: "In this relationship I feel that something constantly happens with me, that I can always find a reason to be very happy or very angry. Well, in other words, to feel myself alive." Relationships give vital energy, and energetic nourishment: "It was enough for me to hear his voice on the phone for everything to change inside me. I got energy. I felt like I was filled with blood and life." After a break-up in the relationship, this feeling of life disappears: The person experiences inner emptiness, lack of energy and even total inability to do or to feel anything. The dependent person experiences that the emotions which make them feel alive cannot be received from any other source but the relationship with the partner: "I cannot get the same emotions from anywhere else! If he goes away, I will be empty."

In case of self-acceptance or self-value deficiency (3rd FM) the dependent person delegates to the partner the power to evaluate themselves and everything that happens to them as good or bad, right or wrong, possible or inadmissible. Without the partner they cannot evaluate the level of their own significance and the significance of what they do. When the partner gives them acceptance and acknowledgement, the dependent person feels happiness and inner harmony, without the partner they feel as a nobody. The feeling of self-value can be obtained only from the partner, only they can give this feeling and no one else: "I start to be something only when he appreciates me. When he does not, it feels like he takes away my right to be myself." When faced with rejection or humiliation from the partner, the dependent person with the deficit in the 3rd FM may experience a feeling that could be expressed as: "I have no right to be the way I am, I have no right to be at all." This way the partner becomes the one, who gives them the right to be. The dependent can experience incomprehension and fear about the fact, that the partner has such a magic power over them. They feel as a nobody in connection to the partner. But they also experience the same feelings with themselves, because of their attraction to the partner, which they cannot stand, and it destroys them.

CLINICAL CONTEXT OF DEPENDENCE IN CLOSE RELATIONS

Is it possible to say that dependence in close relationships is a kind of dependence in the clinical sense of the word? From our point of view it can try to be estimated having used criteria from DSM-V for the diagnostic category "Substance-Related Disorders" – if in the description of symptoms to replace the words "substance use" on "interaction with the object of dependence", meaning another person as an "object of dependence". According to DSM-V, "dependence" is diagnosed when during one year some typical characteristics occur in a person's behavior (two or three symptoms indicate a mild dependence, four or five symptoms – a moderate, and six or more symptoms indicate a severe dependence) (Hartney 2013). Without enumerating all the symptoms of dependence from DSM-V, we point out those that occur in dependent relationships and on the grounds of which, in our opinion, it is possible to diagnose this phenomenon clinically:

1. Interacts with the object of dependence in larger amounts or for longer than he/she meant to.

2. Wanting to cut down or stop interacting with the object of dependence but not managing to.

3. Spending a lot of time getting, using, or recovering from interactions with the object.

4. Cravings and urges to interact with object.

5. Not managing to do what should be done at work, home or school, because of interactions with the object of dependence.

6. Continuing to interact with the object, even when it causes problems in relationships.

7. Giving up important social, occupational or recreational activities because of interactions with the object of dependence.

8. Continuing to interact with the object of dependence despite knowledge of a physical or psychological problem that could have been caused or made worse by the object.

9. Development of withdrawal symptoms, which can be relieved by making more interactions with the object of dependence.

We can see that the symptoms of dependence presented in DSM-V correspond well with the stable and variable components of dependence in close relationships outlined above.

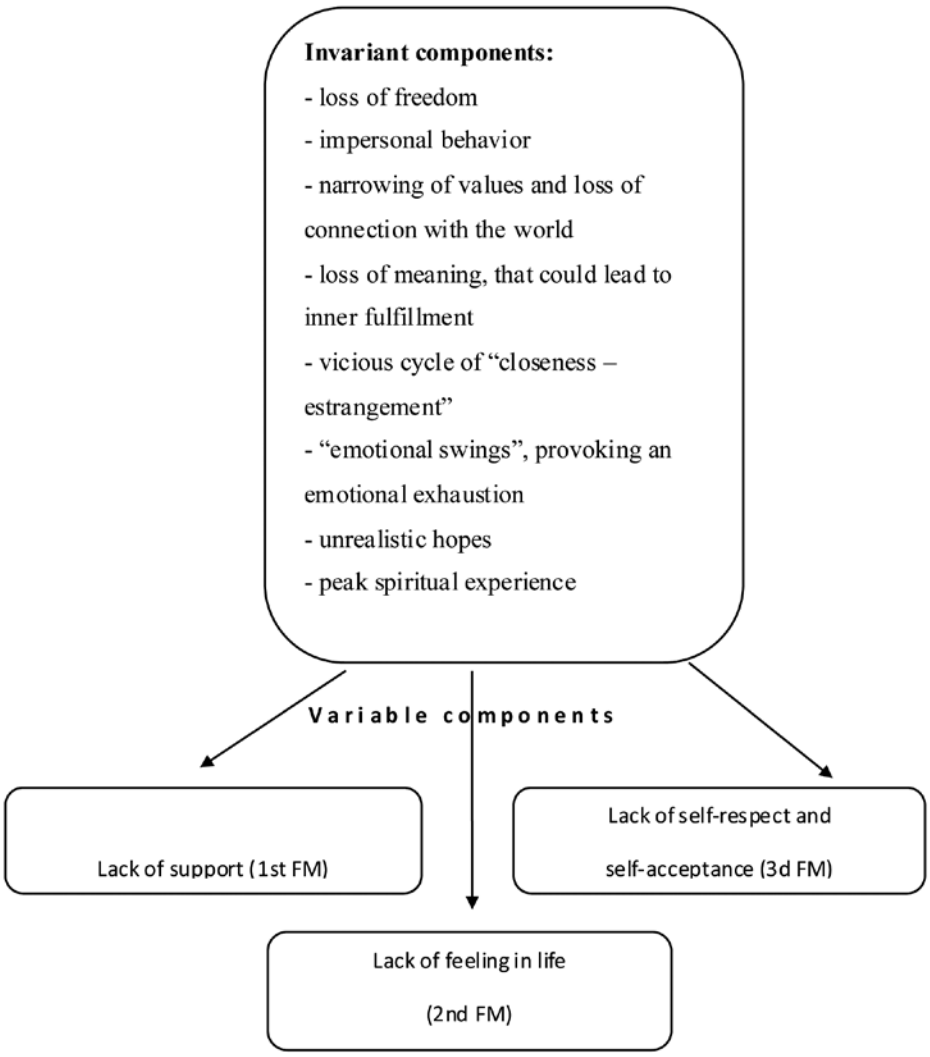

Fig. 2: Structural model of dependence in a close interpersonal relationship.

STRUCTURAL MODEL OF THE PHENOMENON OF DEPENDENCE IN CLOSE INTERPERSONAL RELATIONSHIPS

Based on the results of our research we can schematically present the integral structural model of dependence in close relationships between men and women. (Fig. 2)

We can say that dependent relationships are destructive, which can be experienced on an individual level as wrong and defective, but would still be maintained by the person. The dependent rushes into the relationship as if there is some kind of power which, on the one hand pushes, but on the other hand attracts them. The dynamic power that underlines dependence in close interpersonal relationships between men and women has two components:

1. An inner driving motive to eliminate the deficit on the level of one of the three fundamental existential motivations.
2. A value, which as an external imperative attracts dependent behavior; the sparks of spiritual feeling of the foundation of existence, the fundamental value of life and the person, which come to the dependent person in rare moments of personal closeness with the partner. These feelings make a great impression on the dependent and raise passionate desire to experience them again.

CONCLUSION

Existential-phenomenological analysis of dependence in close interpersonal relationships between men and women allowed us, on the one hand, to see the phenomenon in its totality and, on the other hand, to specify the structure of the phenomenon and distinguish its general and particular elements. It gave us a possibility to construct an integral structural model of this phenomenon, to amplify and systematize the conception of it that exists in other schools of psychology and psychotherapy.

We hope that this research will make psychological work with clients dependent on relationships more effective and accurate. As a general rule, the dependent person does not seek help until they have already suffered from a dependent relationship for a long time. They feel tiredness and emo-

tional devastation and have a sincere aspiration for getting out of these relationships, for being rescued from the vicious cycle of „getting closer – dissociation“. Psychological help in overcoming the addictions should be directed towards the recognition of general and specific components in the particular picture of dependence, and towards assisting the person in finding the opportunities to fill his existential deficiencies out of the relationship, in other areas of life and in relationships with oneself.

References

DSM-IV-TR (2000) Diagnostic Criteria for Personality Disorders: Cluster C (Fearful – Anxious). Retrieved April, 19, 2014, from http://wps.prenhall.com/wps/media/objects/5097/5219346/tools/diag_crit_personality_disorders_cluster_c.pdf

Giorgi A. (2009) The Descriptive Phenomenological Method in Psychology. Pittsburgh: Duquesne University Press.

Hartney E. (2013) DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders. Retrieved April, 19, 2014, from http://addictions.about.com/bio/Elizabeth-Hartney-PhD-50314.htm

Hoermann S., Zupanick C., Dombeck M. (2013) DSM-5 The Ten Personality Disorders: Cluster C. Retrieved April, 19, 2014, from http://www.behavioralconnections.org/poc/view_doc.php?type=doc&id=480&cn=8

Horney K. (1991) Neurosis and Human Growth: The Struggle Towards Self-Realization. New York: W. W. Norton & Company.

Klein M. (1975) Envy and Gratitude and Other Works, 1946 – 1963. New York: The Free Press.

Laengle A. (2006) Chto dvighet chelovekom? Eksistencialno-analiticheskaya teoriya emotsiy [What Moves the Person? Existential-analytical Theory of Emotions]. Moscow: Genesis.

Längle A., Probst Ch. (Hg.) (1997) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: GLE-Verlag.

Lebedeva N.M., Ivanova E.A. (2005) Puteshestvie v geshtalt. Teoria i practika [Journey into the Gestalt. Theory and Practice]. St. Petersburg: Resch.

Leibin V.M. (2008) Psichoanalis [Psychoanalysis]. St. Petersburg: Piter.

Peele S., Brodsky A. (1975) Love and Addiction. New York: Taplinger Publishing.

Perkinson R. (2012) Chemical Dependency Counseling: A Practical Guide. Thousand Oaks, CA: Sage.

Perls F. (1992) Gestalt Therapy Verbatim. Gouldsboro: Gestalt Journal Press.

Reilly C., Smith N. (2013) The Evolving Definition of Pathological Gambling in the DSM-5. Retrieved April, 19, 2014, from http://www.ncrg.org/sites/default/files/uploads/docs/white_papers/ncrg_wpdsm5_may2013.pdf

Robinson B. (2007) Chained to the Desk: A Guidebook for Workaholics, Their Partners and Children, and the Clinicians Who Treat Them. New York: New York University Press.

Stewart I., Joines V. (1987) Transactional analysis today (Part IV). Nottingham and Chappel Hill: Lifespace Publishing.

Ukolova E.M., Shumskiy V.B. (2012) Test eksistencialnuch motivatsiy v meslichnostnuch otnosheniach: razrabotka i aprobacia [The Test of Existential Motivations in the Interpersonal Relations: Development and Approbation] // Eksistencialnyi analis. № 4. P. 187–202.

Weinhold J., Weinhold B. (2008) The Flight from Intimacy: Healing Your Relationship of Counter-Dependence – The Other Side of Co-Dependency. Novato, California: New World Library.

Whitaker C. (2004) Midnight Musings of a Family Therapist. New York: W. W. Norton & Company.

World Health Organization (2004) Neuroscience of psychoactive substance use and dependence: summary. Retrieved April, 19, 2014, from http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf

Young K., Nabuco de Abreu C. (Eds.) (2011) Internet addiction, A handbook and guide to evaluation and treatment. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.

Anschrift der Verfasser:

Mag.phil. Skvortsova Svetlana
skvorcova.svetla@mail.ru

Ph.D., Univ. Doz. Vladimir Shumskiy
National Research University "Higher School of Economics", Moskau
vshymsk@hse.ru

EXISTENTIELLE ERFÜLLUNG BEI PATIENTINNEN MIT MULTIPLER SKLEROSE

Karin Kalteis, Renate Lang, Alfried Längle

Multiple Sklerose ist eine chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems und mit erheblichen psychischen und sozialen Folgen verbunden. Viele Betroffene sind in ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität eingeschränkt. Die Unvorhersehbarkeit des Verlaufs und der Symptomatik stellen eine Herausforderung an den Umgang mit der Krankheit dar. Ziel dieser Studie war die Erhebung der existentiellen und personalen Kompetenzen der Multiple-Sklerose PatientInnen. Die Ergebnisse wurden mit einer Gruppe von PatientInnen mit internistischen Erkrankungen verglichen. Die PatientInnen waren signifikant jünger als die PatientInnen der Vergleichsgruppe. Insgesamt verfügen die PatientInnen mit Multipler Sklerose über eine gute existentielle und personale Kompetenz, die sie befähigt, mit ihrer Krankheit umzugehen. Sie unterscheiden sich lediglich in der Subskala Selbst-Distanzierung von der Vergleichsgruppe. Die Belastung durch die Symptomatik der Erkrankung schränkt möglicherweise die Fähigkeit ein, zu sich selbst auf Distanz zu kommen.

SCHLÜSSELWÖRTER: chronische Krankheit, Existenzanalyse, Existenzskala, Multiple Sklerose, Selbst-Distanzierung

EXISTENTIAL FULFILLMENT FOR PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Multiple sclerosis is a chronic inflammatory disease of the central nervous system and connected with serious mental and social consequences. In matters of health, many affected persons are confronted with a diminished quality of life. The unpredictability of the course and the symptomatology pose a challenge to the way the illness is dealt with. The objective of this study was to raise existential and personal competencies of multiple sclerosis patients. The results were compared with a group of patients with internal diseases. The patients were significantly younger than the patients of the comparison group. On the whole, multiple sclerosis patients possess good existential and personal competencies enabling them to manage their illness. They merely differ from the comparison group in the subscale self-distancing. The burden caused by the symptomatology of the illness possibly limits the ability to establish self-distance.

KEYWORDS: chronic disease, Existential Analysis, existence-scale, multiple sclerosis, self-distance

MULTIPLE SKLEROSE

Multiple Sklerose (MS) ist eine chronisch verlaufende, entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems. Sie tritt mit einer Häufigkeit von 1 ‰ auf. Die Erstmanifestation ist häufig zwischen dem 20. und 45. Lebensjahr (Delank & Gehlen 2004). Frauen erkranken zwei- bis dreimal so häufig wie Männer (Schipper et al. 2011). Das Charakteristikum der Multiplen Sklerose sind multilokuläre Funktionsstörungen des Zentralnervensystems, die in Schüben und mit Remissionen auftreten (Delank & Gehlen 2004). Die Symptome können sehr unterschiedlich sein, ebenso die Verlaufsformen. Häufig ist ein schubförmiger Verlauf, er ist durch Erkrankungsschübe mit vollständiger Remission oder verbleibenden Residuen gekennzeichnet. Beim primär progredienten Verlauf kommt es ohne Schübe zu einer langsam zunehmenden Verschlechterung von Krankheitsbeginn an. Die sekundär progrediente Multiple Sklerose entwickelt sich aus einem schubförmigen Verlauf. Die häufigste Verlaufsform ist der schubförmige Verlauf bei etwa 85% der PatientInnen (Yaldizli, Kappos 2011). Die neurologische Symptomatik ist unterschiedlich, da die MS-Läsionen über das gesamte Zentralnervensystem verteilt auftreten können. Häufige Erstsymptome sind Sehstörungen, Parästhesien und Paresen, später treten oft urologische Störungen auf. Psychische und kognitive Störungen sind ebenfalls häufig (Schipper et al., 2011). Fatigue, ein chronisches Erschöpfungssyndrom, tritt bei 75 bis 90% aller Erkrankten auf. 50 bis 60% der Betroffenen geben an, dass sie stark unter Fatigue leiden und dies sowohl soziale und berufliche Konsequenzen nach sich zieht (Penner, Calabrese 2007).

Multiple Sklerose weist eine hohe Variabilität und Unvorhersehbarkeit von Verlauf und Symptomatik auf. Zusätzlich belasten die begrenzte Wirksamkeit sowie Nebenwirkungen der Medikation die Betroffenen. Die ständige Ungewissheit ist eine Herausforderung. Durch das frühe Erkrankungsalter werden häufig lange Lebensabschnitte von der Krankheit geprägt. Sie tritt oft zu einer Zeit auf, in der die berufliche Ausbildung, Karriere- und Familienplanung im Mittelpunkt stehen (Feicke et al. 2011).

Die Lebensqualität der Betroffenen ist im Vergleich zur Normalbevölkerung signifikant eingeschränkt. MS-PatientInnen mit erst kurzer Erkrankungsdauer und nur geringen körperlichen Einschränkungen gaben bereits eine niedrigere Lebensqualität an. In Bezug auf die Krankheitsverarbeitung finden sich sowohl problem- als auch emotionsbezogene Strategien zur Bewältigung. Studien zeigen, dass ein ausgeprägt depressiver oder bagatellisierender Bewältigungsstil mit einer schlechteren physischen und psychischen Lebensqualität zusammenhängt (Schipper et al. 2011).

PERSONALE UND EXISTENTIELLE KOMPETENZ BEI MS-PATIENTINNEN

Eine chronisch verlaufende Erkrankung stellt eine Herausforderung an die Person dar. Beim Umgang mit der Erkrankung sind personale und existentielle Fähigkeiten wichtig. In der Existenzanalyse ist die Bedeutung einer erfüllten Existenz wesentlich. Voraussetzungen für eine erfüllte Existenz sind spezifische personale und existentielle Fähigkei-

 © GLE-International/Wien

ten. Dazu zählen die Fähigkeiten der Selbst-Distanzierung, der Selbst-Transzendenz, der Freiheit und Verantwortung (Längle et al 2008).

Das Ziel der vorliegenden Studie ist die Erhebung von den existentiellen Voraussetzungen für eine erfüllte Existenz bei PatientInnen mit Multipler Sklerose. Als Vergleichsgruppe wurden PatientInnen mit internistischen Erkrankungen gewählt. Folgende Forschungsfrage steht im Mittelpunkt der Studie: Gibt es einen Unterschied in der Ausprägung der personalen und existentiellen Kompetenz zwischen PatientInnen mit Multipler Sklerose und PatientInnen mit internistischen Erkrankungen?

METHODE

Zur Erhebung der personalen und existentiellen Fähigkeiten wurde die Existenzskala (ESK, Längle et al. 2000) eingesetzt. Insgesamt besteht das Selbstbeurteilungsverfahren aus 46 Items und vier Subskalen. Die ESK misst die Kompetenz einer Person, mit sich und der Welt umgehen zu können. Dies kann als Kompetenz der Person für Existenz charakterisiert werden. Die theoretische Grundlage der Skala ist die existenzanalytische Anthropologie Frankls sowie die Sinnerfassungsmethode nach Längle. Die Existenzskala setzt sich aus vier Subskalen zusammen, Selbst-Distanzierung (SD) und Selbst-Transzendenz (ST) beziehen sich auf personale Fähigkeiten (P), Freiheit (F) und Verantwortung (V) auf Existenzialität (E). Personalität und Existentialität bilden gemeinsam den Gesamtwert, der den Grad der inneren Erfülltheit darstellt.

STICHPROBE

In Kooperation mit dem Evangelischen Krankenhaus Wien wurde den PatientInnen mit Multipler Sklerose psychotherapeutische Beratung und Behandlung angeboten. An diesem mehrjährigen Projekt nahmen einige PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision teil. Sie boten den PatientInnen niederschwellig psychotherapeutische Gespräche an. Im Rahmen dieses Projekts wurde den PatientInnen die Existenzskala vorgelegt, um ihre personalen und existentielle Kompetenzen zu erheben. Als Vergleichsstichprobe wurden PatientInnen mit internistischen Krankheitsbildern, die im selben Zeitraum stationär behandelt wurden, gebeten, ebenfalls die Existenzskala zu bearbeiten. An der Studie nahmen 40 PatientInnen mit Multipler Sklerose sowie 30 Patienten von der internen Station als Vergleichsgruppe teil.

ERGEBNISSE

Das Alter der MS-PatientInnen lag zwischen 33 und 77 Jahren (MW: 52,0 SA: 10,69). 22,5% (n=9) der Patienten waren Männer, 77,5% (n=31) Frauen. 37,5% (n=15) PatientInnen lebten allein, 60% (n=24) in Partnerschaft (n=1 unbekannt). Die PatientInnen mit internistischen Erkrankungen waren zwischen 35 und 87 Jahre alt (MW: 67,90, SA: 14,36). 26,7% (n=8) der PatientInnen waren männlich, 73,3% (n=22) weiblich. 47% (n=14) lebten allein, 53% (n=16) in Partnerschaft. Im Durchschnitt waren 147 Monate (SA: 95,25, Minimum: 3, Maximum: 348) seit der Diagnosestellung vergangen. Das Alter der beiden Gruppen unterscheidet sich signifikant (Z: -4,258, p=0,000). Die MS-PatientInnen (MW: 52,0, SA: 10,69) waren signifikant jünger als die internen Patienten (MW: 67,90, SA: 14,36).

Die Auswertung erfolgte mit SPSS. Die Werte in der ESK sind normalverteilt (K-S-Test). Da die Varianzen nicht homogen sind, wurde ein nicht-parametrischer Test (Mann-Whitney U-Test) verwendet.

Die PatientInnen mit Multipler Sklerose gaben im Durchschnitt einen Wert von 33,70 (SA: 7,80) in Bezug auf die Selbst-Distanzierung an. Der Mittelwert der Vergleichsgruppe lag bei 39,62 (SA: 5,29). In der Subskala Selbst-Distanzierung gab es einen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen. Die PatientInnen mit MS wiesen eine niedrigere Fähigkeit zur Selbst-Distanzierung auf. Hinsichtlich der Selbst-Transzendenz lag der Mittelwert der MS-PatientInnen bei 70,80 (SA: 13,90). In der Selbst-Transzendenz zeigten sich keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (PatientInnen mit internistischen Erkrankungen: MW: 68,21, SA: 10,33). Die personale Kompetenz einer Person setzt sich aus der Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz zusammen, beim personalen Wert zeigte sich kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SA) sind in nachfolgender Tabelle 1 abgebildet.

Skalen	MS-PatientInnen MW (SA) N=40	Vergleichsgruppe MW (SA) N=30	Z	Sign.
Selbst-Distanzierung (SD)	33,70 (7,80)	39,62 (5,29)	-3,128	0,002
Selbst-Transzendenz (ST)	70,80 (13,90)	68,21 (10,33)	-1,807	0,071
Person-Faktor (P)	102,00 (24,72)	107,83 (13,88)	-0,292	0,770
Freiheit (F)	51,28 (9,49)	54,48 (10,84)	-1,492	0,136
Verantwortung (V)	57,95 (13,04)	59,10 (7,56)	-0,154	0,877
Existenz-Faktor (E)	109,23 (21,38)	113,52 (17,99)	-0,705	0,481
Gesamtwert (G)	213,73 (39,86)	223,21 (29,34)	-0,823	0,411

Tab. 1: Vergleich der Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SA) der beiden Gruppen (MS-PatientInnen und Vergleichsgruppe von PatientInnen der internen Station)

Die Subskalen Freiheit und Verantwortung bilden gemeinsam die existentielle Kompetenz einer Person. Die Pa-

tientInnen mit multipler Sklerose erzielten durchschnittlich einen Wert von 51,28 (MW: 9,49) in der Subskala Freiheit, die PatientInnen mit internistischen Erkrankungen einen Mittelwert von 54,48 (SA: 10,48). Zwischen beiden PatientInnengruppen konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. In Bezug auf die Verantwortung gaben MS-PatientInnen einen Durchschnittswert von 57,95 (SA: 13,04) an, die Vergleichsgruppe einen Mittelwert von 59,1 (SA: 7,96). Damit unterschieden sich beide Gruppen nicht signifikant voneinander. Auch hinsichtlich der existentiellen Kompetenz und dem Grad der erfüllten Existenz konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt werden.

DISKUSSION

Multiple Sklerose bedeutet vor allem auch durch die ständige Ungewissheit eine existenzielle Bedrohung für die Betroffenen. Eine chronisch progrendiente Erkrankung stellt eine existentielle Herausforderung im Hinblick auf ihre Bewältigung dar.

Diese Studie zeigt die Ergebnisse von Multiple Sklerose Erkrankten in Bezug auf existentielle Erfülltheit. Als Vergleichsgruppe wurden PatientInnen mit internistischen Störungsbildern gewählt. Beide Gruppen unterscheiden sich in Bezug auf das Alter. Die Multiple Sklerose PatientInnen sind jünger, dies entspricht dem jüngeren Erkrankungsalter bei MS. In beiden Gruppen nahmen überwiegend Frauen an dieser Untersuchung teil. Bei MS entspricht dies den Häufigkeitsschätzungen der Fachliteratur, wonach die Erkrankung bei Frauen zwei- bis dreimal so häufig auftritt. Die personalen Voraussetzungen für ein erfülltes Leben sind Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz. Die Ergebnisse zeigen eine geringere Selbst-Distanzierung bei den MS-PatientInnen im Vergleich zu den PatientInnen mit internistischen Störungsbildern. Beim Vergleich dieser Ergebnisse mit den Normwerten Gesunder und anderer Krankheitsgruppen unterscheiden sich die Ergebnisse der MS-PatientInnen einer Stichprobe z.B. von PatientInnen einer psychosomatischen Klinik gerade dadurch, dass psychosomatische PatientInnen nur die SD im Normbereich haben, während alle anderen Werte reduziert sind, was im Sinne einer Alexithymie ausgelegt werden kann (MW: 33; Hefti 2002, zit. nach Eiter et al. 2008). Gerade das findet sich bei MS-PatientInnen aber nicht. Ihr existentielles Profil ist in allen Werten im Normbereich, nur nicht in der SD (ich Profil ist daher spiegelbildlich zu Psychosomatik-PatientInnen in dieser Untersuchung).

Die existentiellen Fähigkeiten Freiheit und Verantwortung unterscheiden sich nicht signifikant von der Vergleichsgruppe. Beim Vergleich der Werte mit den Normwerten finden sich ebenfalls keine Unterschiede.

Insgesamt verfügen die PatientInnen mit Multipler Sklerose über gute existentielle und personale Kompetenz, die sie befähigen, mit ihrer Krankheit umzugehen. Sie unterscheiden sich in der Subskala Selbst-Distanzierung von der Vergleichsgruppe. Das Leiden an einer MS-Erkrankung schränkt möglicherweise durch seine Belastung die Fähigkeit ein, zu sich selbst auf Distanz zu kommen. Die PatientInnen klagten in den Gesprächen häufig über Fatigue. Inwieweit diese Erschöpfungssymptomatik die Kraft, sich zu sich selbst auf Distanz zu bringen, beeinträchtigt, bedarf weiterer Untersuchungen.

Der im Vergleich zur internistischen Gruppe tendenziell höhere Wert in der Selbst-Transzendenz kann bei Vorliegen einer niederen Selbst-Distanzierung als Ablenkungsversuch im Sinne einer scheinbaren Außenorientierung gedeutet werden, in der man aber doch bei sich und seinen Problemen und Wünschen verhaftet bleibt. Darin sind die MS-PatientInnen mit den psychosomatischen PatientInnen offenbar ähnlich, denn auch die können sich von ihrem Befangensein in sich und ihren Problemen schwer lösen, was bei selbst chronischen internistischen Erkrankungen nicht so sehr als Problem in Erscheinung tritt.

Literatur

Delank HW, Gehlen W (2004) Neurologie. Stuttgart: Thieme.

Eiter H, Längle A, Steinert K (2008) Personale und existentielle Kompetenz von Krebspatienten. Psychologische Medizin, 19, 3, 4-10

Feicke J, Spörhase U, Wirtz M (2011) Ressourcen und Selbstmanagementfähigkeiten bei Multiple-Sklerose-Erkrankten. Lässt sich die Skalenstruktur des Fragebogen FERUS replizieren? Rehabilitation.

Längle A, Holzhey-Kunz A (2008) Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas.

Längle A, Orgler C, Kundi M (2000) Existenz-Skala (ESK). Göttingen: Beltz Test

Penner I-K, Calabrese (2007). Kognitive Störungen und Fatigue bei Patienten mit Mulitpler Sklerose: Über den Einsatz subjektiver und objektver Screeningverfahren.

Psychoneuro, 33 (12), 508–515

Schipper S, Wiesmeth S, Wirtz M, Towrk S, Kugler J (2011) Krankheitsverarbeitungsstile und gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multiple-Sklerose-Erkrankten. Psychother Psych Med, 61, 347-355

Yaldizli Ö, Kappos L (2011) Klinische Grundlagen der Multiplen Sklerose (1-10). In: Steinlin Egli (Hg). Multiple Sklerose verstehen und behandeln. Berlin: Springer

Anschrift der Verfasser:

Mag. Dr. Karin Kalteis

Blindengasse 52

A-1080 Wien

dr.kalteis@gesundheitspsychologin.at

RELATIONSHIP BETWEEN EXISTENTIAL MOTIVATION AND DEPRESSION

Vaida Mažonaitė, Paulius Skruibis

The aim of this research was to examine the relationship between depression and existential motivation. The Test of Existential Motivation (TEM - Längle & Eckhardt 2000) was used in this study. The psychometric characteristics of the test had been checked and they were found to be good. The test consists of four subtests corresponding to the four existential motivations – man's relationship with the world, it's reality and possibilities; life, the present relationships and feelings; being oneself as a unique, autonomous person; and meaning – circumstances and activities, enabling one to seek perfection. It was found that depressed people's existential motivation is lower than that of those without this diagnosis – statistically significant differences in assessment of the subtests and the entire test were found.

KEYWORDS: depression, existential motivation, Test of Existential Motivation (TEM), psychometric characteristics

DIE BEZIEHUNG ZWISCHEN EXISTENTIELLER MOTIVATION UND DEPRESSION

Das Ziel dieser Forschung war die Beziehung zwischen existentieller Motivation und Depression zu untersuchen. Dazu wurde der Test für Existentielle Motivation (TEM - Längle & Eckhardt 2000) verwendet. Die psychometrischen Charakteristika dieses Tests wurden überprüft und für gut befunden. Der Test besteht aus vier Subtests, die vier existentielle Motivationen messen – die Beziehung des Menschen zur Welt, ihrer Realität und Möglichkeiten; Leben, die präsenten Beziehungen und Gefühle; sich selbst sein als einmalige und autonome Person; und Sinn – Bedingungen und Aktivitäten, in denen man nach Vollendung suchen kann. Es wurde gefunden, dass die existentielle Motivation depressiver Menschen geringer ist als für Menschen ohne diese Diagnose. Die Unterschiede in der Bewertung der Subtests und des Gesamttests erwiesen sich als statistisch signifikant.

SCHLÜSSELWÖRTER: Depression, Existentielle Motivation, Test der Existentiellen Motivation (TEM), psychometrische Charakteristika

INTRODUCTION

Importance of analyzing depression and associated existential factors

Depression is a severe and chronic illness tending to a high risk of relapse (Han & Wang 2005) and suicide (Joiner et al. 2004; Meehl 1973). It was also found that depressed people are most likely to commit suicide at the periods of remission (Joiner et al. 2004; Meehl 1973; Dembinskas 2003).

V. E. Frankl (2008/1946) stated, that during the periods of remission of depression, a relatively recovered person becomes obsessed with reflections on the meaning of life. Thus, we may assume that one of the reasons why the relatively healthy periods have tendency towards a high risk of relapse and suicide may be that at these periods people raise many questions about their illness, it's meaning, the meaning of life, human existence in the world or their own personalities. If during these subtle moments people cannot find answers to the essential questions, they may get depressed again or even commit suicide. Thus, it is worth to explore depression from existential perspective, to study the relationship between depression and the meaning of life as well as other existential factors.

Existential perspective on depression

Existential perspective on depression is an attempt to describe depressed person's phenomenological world, understand person's perception of the world (Arieti & Bemporad 1978). Numerous studies have been made exploring person's phenomenological world and factors, associated with depression. One of these factors is a lack of authenticity – in existential perspective depression is understood as a sense of "nonbeing", arising from inability to live authentically (Bootzin & Acocella 1984). I. D. Yalom (1980) also stated that depression may be associated with the lack of responsibility – inability to realize, that person creates his destiny, feelings and suffering himself. Moreover, depression is associated with helplessness – Yalom explained depression, using „learned helplessness" model, which posits that depression can be caused by human disbelief, that he is responsible for what is going on in his life (Yalom 1980). Existentialists also associate depression with the meaning – it was found in the studies, that depression is negatively correlated with the meaning of life (Crumbaugh & Maholick 1964; Mascaro & Rosen 2008). Thus, in existential perspective, depression was examined and attributed to various factors – autonomy, responsibility, helplessness, meaning and other. However, relationship between depression and existential motivation has been little examined.

The concept of existential motivation

The concept of existential motivation was suggested by A. Längle (2003a). It is defined as "a process in dialogical movement from the present, given reality towards the person's goals and intentions" (Längle 2003a). In this process, one must experience the dialogical interaction with the four cornerstones of existence: *the world*, its realities and opportunities; *life* with its network of relationships and feelings; *being oneself* as a unique, independent person; and after these tasks are committed, the person is open to experience the dialogical interaction with the fourth cornerstone of existence – *meaning* (Längle 2003a).

It is important to consider the following four corners-

© GLE-International/Wien

tones of existence. The *first* cornerstone of existence encompasses a man's relationship with the world, his environment and opportunities – his ability to deal with his presence in the world, to claim his place in the world in the given conditions and having available possibilities, as well as his ability to understand his being in the world. A person also has to accept what is positive and endure what is negative – he has to accept what he cannot change. Thus a person confronts with the *second* cornerstone of existence – life, his attitude towards the relationships and emotions, also the main question of life – if a person likes being alive. Thus the person's decision to actively participate is necessary. It is important for a person to find the dialogical interaction with other people, when he moves towards others, has intimate feelings or starts a relationship. The *third* cornerstone of existence involves being oneself – person's attitude towards the uniqueness and conscience, his individuality, diversity and originality. Here the main question of being a personality is raised about a person's right to be what he is and behave the way he behaves now. Thus, the third existential motivation is concerned with persons' need for individuality, his ability to forgive himself and others, his need to be evaluated and ability to evaluate others. The *fourth* cornerstone of existence deals with the meaning and recognition of what person's life is all about. Yet it is not enough just to be in the world and find oneself. Basically, people have to transcend themselves, to be productive and find the fullness of their lives. The meaning lies in not expecting something from life, but finding what life wants from the person, what this moment demands from a man (Längle 2003a).

Thus existence demands continuous confrontation and dialogical exchange with these four aspects. These four realities challenge a man to answer the questions and ask for his inner agreement. They not only demand person's strength, but lead his existence forward (Längle 2003b). Therefore the study of relationship between depression and existential motivation could help us understand person's illness, his feelings, his dialogical interaction with the world, his relationships, himself and the meaning of his life. Thus the aim of this research work is to compare the existential motivation of the depressed in-patients with that of the people without this diagnosis, and examine how these cornerstones of existence are related to depression.

METHODOLOGY

Test of Existential Motivation

The Test of Existential Motivation (TEM), created by Längle and Eckhardt (2000), has been used in this research. It was created on the basis of four main personal-existential motivations:

1st Existential motivation: to be in the world – to be able: I am – can I be?
2nd Existential motivation: to live – to like: I live – do I love my life?
3rd Existential motivation: to be oneself – to be able: I am the way I am – can I be myself?
4th Existential motivation: meaningful living: I live – has my life meaning to anybody?

The Test of Existential Motivation consists of 56 questions and each 14 of them are based on the four basic existential motivations.

This test was translated to Lithuanian language by a professional translator, then back translation was made, then it was reexamined by a professional psychologist together with the translator. Also, as psychometric characteristics of the Lithuanian version of test have never been studied, one of the aims of the study was to examine psychometric characteristics of the test.

Participants

66 participants were involved in the study of psychometric characteristics. The study of relationship between existential motivation and depression involved 64 subjects – 32 patients with depression and 32 subjects without diagnosis of depression. There were 6 males and 26 females in both groups; their age was 21 – 63. Mean age of the first group was 46,2, and the standard deviation 11,7; mean age of the second group was 44,7 and the standard deviation 11. In-patients with depression were investigated in day hospital departments of Vilnius Vasaros Hospital, a psychiatric branch of Republican Klaipėda Hospital and Šiauliai Republican psychiatric hospital. The control group subjects without diagnosis of depression, has been chosen so as to match the experimental group by age, gender and education.

RESULTS

Psychometric characteristics of the Test of Existential Motivation

After the first part of the research was completed it was found that psychometric characteristics of the test are high – test-retest reliability R = 0,943 and internal consistency measured by Cronbach's alpha was 0,951.

Relationship between depression and existential motivation

Existential motivation	Means of the first group	Means of the second group	p value
First existential motivation	26,6	43,8	0,000*
Second existential motivation	35,2	48,4	0,000*
Third existential motivation	29,7	43,4	0,000*
Forth existential motivation	29,6	43,4	0,000*
Basic existential motivation	121,1	180,6	0,000*
* - the difference between two groups is statistically significant, when p < 0,05			

Tab. 1: Comparison of those, who suffer from depression and those without diagnosis scores of the TEM.

It was found that depressed people have lower existential motivation than people without this diagnosis – statistically significant differences in subtests and the entire test were

found (p - value - 0,000). The results are represented in the Table 1.

DISCUSSION

According to the results on the psychometric characteristics, the test can be used in further studies, and all the results are reliable.

It was also found that depressed people have the first existential motivation in TEM (encompassing the world, its realities and opportunities) lower than people without this diagnosis (see Table 1). Based on the results we can assume that depressed people‘s relationship with the world is disturbed – they cannot find their place in the world, life seems unsafe for them; furthermore they feel disappointed and insecure. Also, their existing conditions are not acceptable to them and they do not see their opportunities. Depressed people’s first existential motivation may be lower for several reasons.

The lack of dialogical relationship between the person and the world may be related to depression – depressed people cannot accept their living conditions, and – they cannot create their own conditions as well. However, accepting existing conditions, a person can gain strength to live with what is inevitable. Also, as V. E. Frankl (2008/1946) stated, acceptance of depression is the first step in the psychotherapy of depression – person has to accept depression as endogenous and patiently bear his mental illness, realizing that inability to see his values and meaning of life is a consequence of his depression. Another reason why depressed people’s first existential motivation is lower may be their inability to see possibilities. A depressed person feels helpless, worthless, and it seems to him impossible to reach his goal in life (Frankl 2008/1946). As a result, he does not pursue available opportunities and as it is stated in the „learned helplessness“ model, he cannot accept that he is responsible for what is going on in his life (Yalom 1980). However Yalom emphasized the significance of taking responsibility and finding available possibilities, arguing that a person is confronted with difficulties, but each one is responsible for what he is doing with handicaps, for his attitude to difficulties. Moreover, a person always has the opportunity to take spiritual attitude towards the inevitable suffering (Frankl 1997).

It was also found that depressed people have the second existential motivation in TEM (encompassing life with its network of relationships and feelings) lower than those without this diagnosis (see Table 1). People with depression rate their lives, existing relationships and emotions as much worse. They do not like their living, and grieve that so few things delight them. Life is a burden and suffering for them, and they do not feel that they are good for anything. Depressed people’s relationship with other people is also disturbed – they do not feel loved by others, do not feel amiability that other people show them.

One of the reasons why depressed people’s second existential motivation is lower may be the lack of dialogical relationship with others. Depressed people may not have such a relationship in which they could experience reciprocity, where they could receive and give. Thus, depressed people may encounter difficulties in taking responsibility and establishing relationships with others. Moreover, as V. E. Frankl (2008/1946) stated, in the case of endogenous depression, person feels the distance between his personality and the ideal, he feels disability to reach his goals and experiences the feeling of inferiority. We can assume that such a feeling of helplessness discourages people’s turning towards others. Also, a person who suffers from endogenous depression decries not only himself, but also the world at large, he abhors not only himself, but also others (Frankl 2008/1946). Furthermore, a person who suffers from depression, while being unable to establish a mutual relationship with others, may face an existential loneliness, which is defined as an insurmountable chasm between himself and other beings, as well as human separation from the world (Yalom 1980). In the existential perspective this loneliness is seen as one of the factors associated with depression – it is stated that it is hard for people to accept loneliness, and this may be one of the causes of depression (Bootzin & Acocella 1984). However, only when a person gets to know his loneliness and is able to accept it, he can turn to others and accept them (Yalom 1980).

Depressed people have the third existential motivation in TEM (encompassing being oneself) lower than those without this diagnosis (see Table 1). The depressed people underestimate themselves, their individuality, personality and diversity more than people without the diagnosis. They assess other people opinion about themselves as much worse – they do not think others value and accept them. They often feel shame, they cannot respect themselves and do not value themselves for their works We can assume that depressed people‘s relationship with themselves, their uniqueness is impaired, and they may not be aware or less aware of their independence, a sense that they are the masters of their own existence.

It is important to note that person’s dialogical relationship with existential motivation is essential. Person who suffers from depression may not have what is important for him, but despite this, he has some opportunities. First of all, he can recognize and evaluate himself; he can allow himself to be the way he is. He can find the reasons why he can respect himself and discover his authenticity. What is important is that even if person cannot find what he can respect himself for, he can respect himself for the fact that he is enduring his illness – we can even say that endure – is also a kind of „merit“, if endurance is inevitable (Frankl 2008/1946). When a person discovers what he can appreciate himself for, he can begin to respect himself and be more active in discovering his identity.

Estimates of the forth subtest (encompassing meaning) also differed significantly in the two study groups (see Table 1). It was found that depressed people appreciate their meaning of life much less than people without this diagnosis. Depressed people do not see improvement in their lives, they feel that most of what they were doing, they never wanted to do and do not feel that their work makes them feel alive. Depressed people also see their life as meaningless and empty and do not know what their life should be like. They do not feel that there is a place where they can be productive and do not see themselves in the larger context, which could provide the structure of their lives.

We can assume that depressed people feel less meaning of life, because they do not believe that not only they can require something out of life, but life can also demand something from them. According to V. E. Frankl (2008/1946), a human being means being a conscious and responsible being, who takes every life situation like a challenge and acknowledges that not one has to ask, what is the meaning of his life, but that he has been asked this question. Depressed people may have difficulties understanding what is expected from them in their life situations. Therefore, one of the steps that can help a depressed person to find the meaning of life – is to help him accept his difficulties and feelings as tasks and links to what a person should understand and do in his living situation. There are several approaches in existential perspective, what depression requires of person. It is alleged that, in particular, person suffering from depression has to accept his illness, to take a spiritual attitude towards the illness and to discover its meaning (Elmer 2006). He also has to understand that life is something more than depression and a person can transcend it (van Deurzen 2002). Also, depression can help a person to find out that he has a meaning and purpose in life (Elmer 2006). And a man's task is not to deny the troubles, but to understand their meaning and gain strength to live constructively with them (van Deurzen 2002). Thus, depressed person, who discovered what is required by his illness may find its meaning and endure it. The results of this study show, that depressed people's existential motivation is lower than of those without this diagnosis. We can assume that depressed person's moving from the present given reality towards his goals and intentions is disturbed and depressed person may lack dialogical interaction with the cornerstones of existence. A person may find it difficult to understand that not only the world, the life, uniqueness and meaning must be given to him, but he is responsible and has opportunities to give to these cornerstones of existence. A man also always has the opportunity to accept what he cannot change. And when he accepts the existing conditions, he can see the opportunities available and experience his existence moving forward (Längle 2003b). These insights could be used in the therapeutic work, trying to understand the depressed person's relationship with the existential motivation, helping him to accept the inevitable conditions, discover the opportunities and help him establish a dialogical relationship with the world, life, relationships, self, and the meaning of life.

References

Arieti S, Bemporad J (1978) Severe and Mild Depression: The Psychotherapeutic Approach. In: Tavistock publications

Bootzin R R, Acocella J R (1984) Abnormal Psychology Current Perspectives, Fourth Edition. New York: Random House

Crumbaugh J C, Maholick L T (1964) An Experimental Study in Existentialism: The Psychometric Approach to Frankl's Concept of Noogenic Neurosis. In: Journal of Clinical Psychology, vol. 20, p. 200 – 207

Dembinskas A. Pagrindiniai (2003) psichikos sutrikimų simptomai ir sindromai. In: Psichiatrija (p. 127 – 239) / Dembinskas A. (red.) Vilnius: UAB „Vaistų žinios"

Elmer E M (2006) The meaning of depression: A reassessment of my own condition. In: The International Network on Personal Meaning

Frankl V E (1997) Žmogus ieško prasmės ...vis vien sakyti gyvenimui Taip. Logoterapijos santrauka. Vilnius: Katalikų pasaulis

Frankl V E (2008) Sielogyda: gydytojo rūpestis – siela (A. Merkevičiūtė, Trans.). Vilnius: Vaga (Original work published in 1946 as Ärztliche Seelsorge).

Han D, Wang E C Y (2005) Remission from Depression In: Pharmacoeconomics, vol. 23 (6), p. 567 – 568

Joiner T E Jr, Rudd M D, Pettit J W (2004) Is There a Window of Heightened Suicide Risk If Patients Gain Energy in the Context of Continued Depressive Symptoms? In: Professional Psychology: Research and Practice, vol. 35 (1), p. 84–88

Längle A (2003a) The Art of Involving the Person – Fundamental Existential Motivations as the Structure of the Motivational Process. In: European Psychotherapy, vol. 4 (1), p. 25 – 36

Längle A (2003b) The Search for Meaning in Life and the Fundamental Existential Motivations. In: Psychotherapy in Australia, vol 10 (1), p. 14 – 19

Längle, A., Eckhardt, P. (2000). Test on Existential Motivation. Manuscript. Vienna: International Society for Logotherapy und Existential Analysis (GLE).

Mascaro N, Rosen D H (2008) Assessment of Existential Meaning and Its Longitudinal Relations With Depressive Symptoms. In: Journal of Social and Clinical Psychology, vol. 27, p. 576 – 593

Meehl P (1973) Why I do not attend case conferences. In: Psychodiagnosis: Selected papers. Minneapolis: University of Minnesota Press, vol. 13, p. 225 – 280

van Deurzen E (2002) Existential Counselling & Psychotherapy in Practice. (2nd ed.) London: Sage Publications

Yalom I D (1980) Existential psychotherapy. New York: Basic Books

Address of the authors:

Vaida Mažonaitė, Paulius Skruibis

Vilnius University, Lithuania

mazonaite.vaida@gmail.com

IMPACT OF MEANING IN LIFE ON PSYCHOLOGICAL WELL BEING AND STRESS AMONG UNIVERSITY STUDENTS

Aisha Bano

The present study aims to explore the impact of meaning in life on psychological well-being and stress among university students. Viktor Frankl's paradigm provided the theoretical foundation for this study. A sample of 560 university students was recruited from Quaid-i-Azam University Islamabad, Pakistan. Data was collected using the Existence Scale (Längle, Orgler, & Kundi, 2003), Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale (Parkinson, 2006), and Stress Scale (Levibond & Levibond, 1995). Results of linear regression analysis revealed a high perception of meaning in life will lead to high psychological well-being and low stress among university students. In this research sample, t-test showed no statistically significant differences between men and women with respect to the meaning in life variable.

KEY WORDS: existential, meaning, psychological, stress, well-being

DIE AUSWIRKUNG VON SINN IM LEBEN AUF DAS PSYCHISCHE WOHLBEFINDEN UND STRESS UNTER UNIVERSITÄTSSTUDENTEN

Die vorliegende Studie zielt darauf ab, die Auswirkung von Sinn im Leben auf das psychische Wohlbefinden und Stress unter Universitätsstudenten zu untersuchen. Viktor Frankls Paradigma liefert die theoretische Grundlage für die Studie. Eine Stichprobe von 560 Studenten der Quaid-i-Azam University Islamabad in Pakistan ließ sich zur Teilnahme motivieren. Die Daten wurden mithilfe der Existenz-Skala (Längle, Orgler, & Kundi 2003), dem Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (Parkinson 2006) und der Stress Scale (Lovibond & Lovibond 1995) ermittelt. Resultate der linearen Regressionsanalyse ergaben eine hohe Wahrnehmung von Sinn im Leben als förderlich für hochgradiges psychisches Wohlbefinden und niedrigem Stress unter Universitätsstudenten. In dieser Stichprobenauswahl ergab der t-Test keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Männer und Frauen im Bezug auf die Variable Sinn im Leben.

SCHLÜSSELWÖRTER: Sinn, existentiell, psychologisch, Stress, Wohlbefinden

IMPACT OF MEANING IN LIFE ON STRESS AND PSYCHOLOGICAL WELL-BEING

Meaning in life refers to the idea that individuals are strongly motivated to find meaning in their lives, that is, to be able to understand the nature of their personal existence, and feel it is significant and purposeful (Ratni & Rastogi 2007). Psychological well-being is defined by Parkinson (2006) as positive mental health with two aspects: hedonic (subjective experience of happiness and life satisfaction) and eudaimonic (psychological functioning, good relationships with others, and self realization). Stress is defined by Lovibond and Lovibond (1995) as a condition of being over-aroused, tense, unable to relax, touchy, easily upset, irritable, easily startled, nervy, jumpy, fidgety, and intolerant of interruption or delay (Ghadirian 1983).

The philosophy of meaning in life is based on the assumption that life has unconditional meaning which cannot vanish under any circumstance (Steger, Kashdan, Sulivan & Lorentz 2008) although the experiential validation of this thesis is still open. Moreover, meaning is important not only for survival but also for health and well-being. In fact, meaning in life plays a major role in maintaining positive mental health (Wong, & Fry 2009). Existential theory asserts that people are motivated by more than just basic drives and defense mechanisms as asserted by Freud. Moreover, "will to meaning" is a fundamental and universal human drive. According to Frankl, people who do not realize the will to meaning may experience an existential vacuum. Warning signs of such a vacuum include a sense of purposelessness, feelings of world-weariness, lack of interest, and indifference. Frankl's theory postulates that prolonged experience of meaninglessness can lead to a noögenic neurosis, a condition typified by boredom and apathy. Frankl states that life gives the person an assignment and one has to learn what that assignment is in order to achieve this goal of life.

Certain stressors can create barriers and may ultimately affect one's sense of well-being (Fabry 1988). Researchers have also discovered a strong positive relationship between psychological well-being and having meaning in life. Ratni and Rastogi (2007) examined meaning in life and psychological well-being in pre- adolescence, adolescence, and adults. It was concluded that meaning in life was highly correlated with psychological well-being. This study has provided an insight for the meaning in life and psychological well-being of students of early and late adolescence period. If a person perceives his or her life to be meaningful then he or she will feel more psychologically well off than those who do not perceive their life to be meaningful. De Klerk, Boshoff and Van Wyk (2004) also found a positive relationship between the variables of meaning in life and positive health.

According to Antonovsky (1987), sense of coherence is a significant factor in determining an individual's position on the health ease-disease continuum. The sense of coherence consists of three intertwined factors (comprehensibility, manageability, and meaningfulness) that are influenced by life experiences. Research data has shown that each of these components has different well-being and health related correlates and that the meaningfulness component plays a big role. Without meaningfulness, the impact of both com-

© GLE-International/Wien

prehensibility and manageability are likely to be temporary. High meaningfulness motivates the individuals to make sense of their environment and manage their coping resources. Specifically, some studies have also found that people who have a sense of life-purpose also report higher levels of well-being and do not tend to struggle with issues like depression (Mascaro & Rosen 2006) and stressors (Antonovsky 1987).

One of the key qualities of meaning in life has been theorized to be its capability to act as buffer against stress, such that in highly stressful circumstances, a meaningful approach gives a person resiliency against the development of negative psychological effects. Specifically, some studies have found that people who have a sense of life purpose also report higher levels of well-being, and do not tend to struggle with issues like stress, anxiety, and depression (Mascaro & Rosen 2006; Shek 2003).

The construct of meaning in life is of maximum value in determining how people may become motivated to accomplish their goals at school, university, work and in day to day life experiences. Frankl (1976) stated that the quest of meaning in life has an overwhelming urgency particularly for young people, due to the many decisions and life stressors with which they are constantly faced (as cited in Shek, 2003). University life is considered to be full of struggle and motivated toward achievement of life goals. Proceeding toward meaning in life may be one of these goals.

In the view of Fitzgerald (2005), the search for meaning in life is a necessary component of normal adult development. Young adults are always engaged in the process of goal setting. These goals include: getting an education, finding job stability, and self-actualization. Reconciling personal goals with available opportunities in education and employment emerges as critical to the construction of a sense of coherence (Devadason, 2007).

In a recent study, university students were found exhibiting moderate to high levels of stress (Shah, Hasan, Malik, & Sreeramareddy 2010). This is especially salient for young people, as more and more adolescents and young adults are experiencing life as hopeless and meaningless (Santrock 2003). It is worth mentioning that one of meaning's key qualities has been theorized to be its capability to act as a buffer against stress, such that in high stress circumstances, a meaningful approach gives a person resiliency against the development of negative psychological effects. Mascaro and Rosen (2006), on a sample of 143 college undergraduates, tested the hypothesis that a sense of existential meaning buffers against the effect of stress on depression and hope. Results suggest that meaning (having a sense of coherence) is related positively to hope and negatively to depression, within a nonclinical college-age population. For this purpose, young adults were regarded as the unit of analysis in this study.

Gender related differences on psychological well-being supports the notion that males tend to score higher on psychological well-being indicators in comparison to females. In a study by Carmel and Bernstein (2003), it was found that women scored lower than men on psychological indicators of well-being (as cited in Carmel & Nigavekar 2007). However, the results of an Austrian sample of adults revealed no gender bias for the Existence Scale (Längle, Orgler & Kundi 2003). A study by Pirtle and Plata (2008) also found no significant gender differences in the Purpose of Life test (PIL).

Keeping in view the significance of constructs, the goal of the present research is to explore gender differences and the relationship of meaning in life with stress and psychological well-being in young adults. The following hypotheses were tested in the study:

1. Perception of meaning in life will negatively predict stress among Pakistani students.

2. Perception of meaning in life will positively predict psychological well-being among university students.

3. Male students will be higher on meaning in life, compared to female students.

METHOD

Sample

The sample for this study was selected from Quaid-i-Azam University, Islamabad. The sample consisted of 560 students. It was drawn using a stratified random sampling technique. Sample characteristics were as follows. The age range was from 19 to 38 years, (M = 22.81, SD = 2.71). Education levels ranged from master's students to the doctoral students. M.Sc. students represented 75.2% of the sample, M.Phil students were 18.7%, and PhD students were 6.1%. The gender split was 42% male (n = 233) and 58% female (n = 327).

Instruments

The four instruments (Demographic Information sheet, Existence Scale, Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale & Stress Scale) were presented in the form of a booklet. The demographic information sheet was prepared in order to gather data on education and gender.

The Existence Scale

The 46 item Existence Scale is based on Frankl's theory of meaning in life using four basic dimensions of existence: Self-distance (SD), Self-transcendence (ST), Freedom (F) and Responsibility (R). To obtain the strength of agreement with the item statement, a six point Likert-type scale was used. The score on each item ranges from 1 to 6. Items 2, 15, 21, 26, and 36 are reversed scored. The maximum score that can be obtained by adding up the item values is 276. The total score is an index of the magnitude of the perception of meaning in one's life. For the present study, the Cronbach's Alpha coefficient (α), as a measure of the internal consistency, for the full scale and its subscales namely, Self-distance, Self transcendence, Freedom and Responsibility were .87, .62, .71, .60, and .68 respectively. For the estimate of reliability the Existence Scale's sub-scale total score was corre-

lated with the total score of the Existence scale (full), showing a significant positive relationship ranging from .54 to .86. The internal consistency and construct validity measure for the ES scale and subscales were similar to past findings (Längle, Orgler & Kundi 2003).

Stress Scale

The fourteen item Stress Scale includes items that measure symptoms of stress such as tension, irritability, and a tendency to overreact to stressful events. Subjects were asked to use a four point severity/frequency scale to rate the extent to which they have experienced each state over the past week. The score on each item ranges from 0 to 3. The maximum score that can be obtained by adding up the item values is 42. The total score is an index of the magnitude of one's perception of stress. Scores above the mean show a high perception of stress, whereas a score below the mean represents a low perception of stress. For the present study, the Cronbach Alpha coefficient (α), computed for the 14 items Stress Scale (full), is .82. For the estimate of construct validity, the Existence Scale's sub-scale total score was correlated with total score of the Stress Scale (full), showing a significant negative relationship ranging from -.36 to -.39. The internal consistency and construct validity measure for the Stress Scale was similar to past findings (Imam 2006).

Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale

The fourteen item Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale measures one's positive mental health. Positive mental health is one of the best indicators of psychological well-being (Parkinson 2006). Items on the scale have five response categories and respondents are instructed to answer keeping the previous two weeks in mind. For each item, the score ranges from 1-5. The maximum score that can be obtained by adding up the item values is 70. The total score is an index of the magnitude of one's positive mental functioning. A score that is above the mean indicates high positive psychological functioning whereas a score below the mean represents a low degree of positive psychological functioning. For the present study, the Cronbach Alpha coefficient (α) computed for the 14 items "Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale" (full) is .81. For the estimate of construct validity, the Existence Scale's sub-scale total score was correlated with total score of Existence Scale and Warwick Edinburgh Mental Well-Being Scale (full), showing a significant positive relationship ranging from .28 to .46. The internal consistency and construct validity measure for the Warwick Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS) was similar to past findings (Parkinson 2006).

Procedure

After completing the selection procedure of the sample, subjects were approached either individually or in groups in their classes. Initially, a brief interview was conducted to determine fit for the research selection criteria. Participants were told that within the booklet they had to complete there were three paper based inventories along with a biographical inventory designed for the purpose of the research. The respondents were encouraged to mark the very first answer to the question that came to their mind. Respondents were also asked to answer in light of their own personal views, as was deemed important for the present research objectives. After the collection of the data, for the purpose of analysis, the raw scores of all the inventories were loaded onto a spreadsheet for statistical analysis and interpretation. The Statistical Package for Social Sciences 13 (SPSS) was used for this purpose. The raw score data which was fed into the computer was later "recoded (into same variable)" in SPSS, in order to transform the raw scores into scale scores for the purpose of statistical analysis.

Results

Table 1 shows the mean Existence Scale score, the mean Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale score and the mean Stress Scale score.

In order to determine the impact of the meaning in life variable (as measured by the Existence Scale) on stress (as measured by the Stress Scale) and positive psychological well-being (as measured by the Warwick-Edinburg Mental Well-Being Scale) as hypothesized, linear regression analysis was carried out.

Scale	M	SD
Existence Scale	166.11	27.02
Subscales of Existence scale		
Freedom (F)	39.02	7.40
Responsibility (R)	45.08	9.29
Self-Distance (SD)	26.01	6.24
Self-Transcendence (ST)	55.97	9.29
Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale	48.03	8.64
Stress Scale	19.60	7.30

Tab. 1: Means and Standard Deviations of Existence Scale, Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale and Stress Scale (N = 560)

Results in table 2 and 3 revealed that perception of me-

Variables	B	SE β	B	t.
Existence Scale	.14	.013	.42	10.89***
R^2 = .18, Adjusted R^2 = .17, *** p < .001				
Note. Please read b as Unstandardized Coefficients; SE as Standard Error; and β as Standardized Coefficients				

Tab. 2: Linear Regression analysis using Existence Scale as predictor variable for Warwick Edinburgh Mental Well Being Scale (N = 560)

Variables	B	SE β	B	t.
Existence Scale	-.12	.01	.42	11.37***
R^2 = .43, Adjusted R^2 = .19, *** p < .001				
Note. Please read B as Unstandardized Coefficients; SE as Standard Error; and β as Standardized Coefficients				

Tab. 3: Linear Regression analysis using the Existence Scale as a predictor variable for the Stress Scale (N = 560)

aning in life was a highly significant predictor of the relationship among the variables, accounting for 17% of the variance in positive psychological well-being and 19% of the variance in stress.

Scatter plot reveals a positive relationship among the

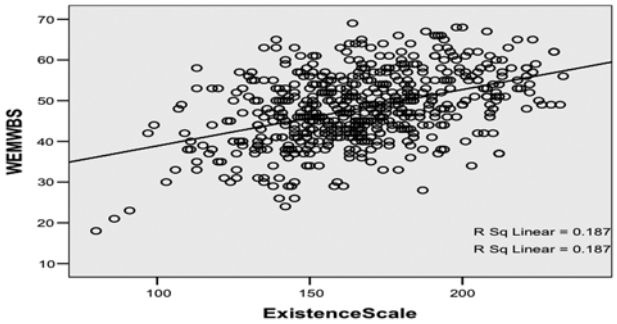

Figure 1: Linear Regression Analysis using the Existence Scale as a predictor variable for the Warwick Edinburgh Mental Well Being Scale; R squared linear data (N = 560)
Note: Vertical axis: variable Y-- Warwick Edinburgh Mental Well Being Scale – Horizontal axis: variable X-- Existence Scale

two variables (i.e., as one variable increases the other variable increases).

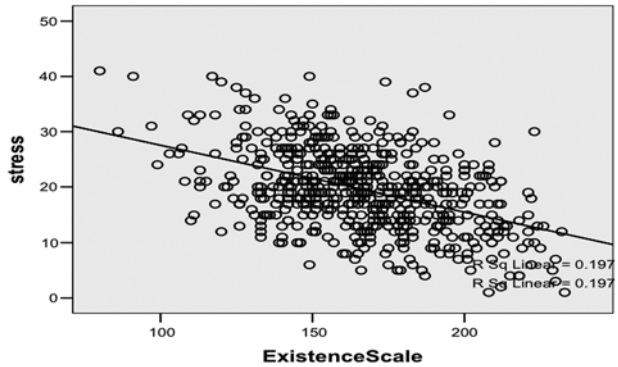

Figure 2: Linear Regression Analysis using the Existence Scale as a predictor variable for the Stress Scale; R squared linear data (N = 560)
Note: Vertical axis: variable Y--Stress Scale – Horizontal axis: variable X-- Existence Scale

A scatter plot reveals a negative relationship among the two variables (i.e., as one variable increases the other variable decreases).

For determining any significant differences in the manifestation of meaning in life between males and females, as hypothesized, the following research findings were reported via the *t-test* results. Males and females displayed similar

Gender	n	M	SD	t
Male	233	166.48	26.21	
				0.28
Female	327	165.83	27.61	
df = 558. p = n.s. *p < .05				

Tab. 4: Means, Standard Deviations and t-values on Existence Scale with regard to Gender (N = 560)

levels of perception of meaning in life, with no significant gender differences being found.

DISCUSSION

The present research aimed at examining the impact of meaning in life on one's perceived stress and psychological well-being. The study also explored gender differences in perceived meaning in life.

The findings of the present study may be concluded as: meaning in life is a highly significant predictor of the levels of stress and psychological wellbeing; accounting for 17% of the variance in positive psychological well-being and 19% of the variance in stress. It is also found that meaning in life is the same for both genders in this study, concluding that meaning in life is a universal phenomenon independent of gender. Moreover, the results of this study supported the stated hypothesis that the perception of meaning in life will negatively predict stress and positively predict psychological well-being among university students. Existential meaning is related to particular variables of psychological health because the Purpose in Life Test (PIL) is at least as much a measure of psychological health as it is a measure of existential meaning (according to Mascaro & Rosen 2006). The Stress Scale is based on the tripartite model of anxiety, depression, and stress. It states that stress is a significant factor of the two psychopathological states of anxiety and depression (Imam 2006). Mascaro and Rosen (2006) concluded that perceived meaning in life acts as a defense against the effects of stress on well-being. There exists a strong positive relationship between meaning in life and well-being (Ratni & Rastogi 2007). In research by Scannell, Allen and Burton (2002), perceived meaning in life is regarded as a correlate of well-being. This study highlighted the significance of the construct of meaning in life in one's well-being.

The implications and applications of the meaningfulness construct to the health care field is via the biopsychosocial model. This model is assessing the biological, psychological, and social dimensions of human life.

Though we hypothesized that male students will depict higher levels of meaning in life (literature shows inconsistent findings across cultures), our findings did not support the stated prediction. It indicated that personal-existential ability, as assessed by the Existential Scale, has no gender-preferences in this sample. This result is in line with the results of a study using a sample of Austrian adults which also revealed no gender preferences in the Existence Scale

(Längle, Orgler & Kundi 2003). A study by Pirtle and Plata (2008) also found no significant gender differences on the Purpose in Life test.

The present study suggests some speculative and practical implications for researchers, professionals, and educators. Agreeing upon the sensitivity, importance, and assessment in broad settings (in clinical and counseling settings in particular), psychometrically sound measures of the meaning construct such as the Existence Scale can make major contributions towards supportive and remedial services in the field of applied psychology within Asian culture. This study highlighted the significance of the construct of meaning in life in particular. If professional psychologists and psychotherapists have the diagnostic ability to recognize the contribution of existential factors to the etiology of the client's suffering, s/he can begin to service clients as an authentic existential psychotherapist. Health teams should work not only to recover objective health status but also to recuperate the meaning status of the client after identifying it as an underlying etiology. Preventive interventions can be setup at home, in schools, or in places of work. Such mediation could focus on changing behaviors relevant to the construction of a healthy or strong meaningfulness stance towards life. Further educating the public and providing choice in the environment may help to foster a strong meaningfulness during the stressful transitions of age periods workplace, life matters.

References

Antonovsky A (1987) Unravelling the mystery of health- How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Carmel S, Nigavekar A (2007) Gender differences among old persons Worldwide: Facts and Conclusions. Retrieved from http://haec-clients-public.s3.amazonaws.com/ilcga/pdf/2010/12/10/Gender_Differences_among_Old_Persons_Worldwide_-_Facts_and_Conclusions.pdf

De Klerk J J, Boshoff A B, Van Wyk R (2004) Work wellness – does workplace spirituality has a role to play? Retrieved from http://www.choixdecarriere.com/pdf/6573/de_Klerk (2005).pdf

Devadason R (2007) Constructing Coherence? Young adults' pursuit of meaning through Multiple transitions between work, education and unemployment. Journal of Youth Studies. 10(2). 203-221

Fabry J (1988) Guidespots to meaning. Oakland, CA: New Harbinger.

Ghadirian A M (1983) Human responses to life stress and suffering. Retrieved from http://www.bahai-library.org/articles/bsnb3-1.ghadirian.html

Imam S S (2006) Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Revisited. The 4th International Postgraduate Research Colloquium. Bangkok, Thailand: IPRC Proceedings: 184-96

Längle A, Orgler Ch, Kundi M (2003) The Existence Scale. A new approach to assess the ability to find personal meaning in life and to reach existential fulfillment. In: European Psychotherapy 4, 1, 135-151

Mascaro N, Rosen D H (2006)The Role of Existential Meaning as a Buffer against Stress. Journal of Humanistic Psychology, 46(2), 168-190, doi: 10.1177/0022167805283779

Parkinson J (2006) Establishing national mental health and well-being indicators for Scotland. Journal of Public Mental Health, 5(1), 42–48

Pirtle T, Plata M (2008) Meaning in life among latino university Students perceptions of meaning in life among first-semester latino university students. International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy 2 (1).

Ratni N, Rastogi R (2007) Meaning in Life and Psychological Well-Being in Pre-Adolescents and Adolescents. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology. 33(1), 31-38

Santrock J W (2003) Adolescence. (9th ed.). New York: McGraw-Hill.

Scannell E, Allen F, Burton J (2002) Meaning in life and positive and negative well-being. North American Journal of Psychology, 4, 93-111

Steger M F, Kashdan T B, Sullivan B A, Lorentz D (2008) Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. Journal of Personality, 76, 199-228

Shah M, Hasan S, Malik S, Sreeramareddy C T (2010) Perceived stress, sources and severity of stress among medical undergraduates in a Pakistani Medical School. doi:10.1186/1472-6920-10-2

Shek D T L (2003) Meaning in life and psychological well-being: an empirical study using the Chinese version of the Purpose in Life Questionnaire. The Journal of Genetic Psychology. 153(2), 185-200, doi 10.1007/s11205-004-8035-x

Wong P T P (1998) Meaning-centered counseling. In P. T. P. Wong & P. Fry (Eds.), The handbook of personal meaning: Theory, research, and practice (pp. 395-435). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates

Address of the author:

Aisha Bano

Quaid e Azam University Islamabad, Pakistan

aisha_latest@hotmail.com

WIE WISSEN WIR, OB WIR IN DER ERZIEHUNG RICHTIG HANDELN?

Eva Maria Waibel

Wie wissen wir, ob etwas richtig ist, in Erziehung und Schule? Für uns selbst als Erziehende?
Für Andere, beispielsweise die uns anvertrauten Kinder? Können wir überhaupt für Andere wissen, was richtig ist? Wie wissen wir, ob unsere Erziehungshandlungen und -haltungen richtig sind? Und wie können wir Kinder dabei begleiten, dass sie erkennen (lernen), was (auch für sie) richtig ist? Damit ergibt sich die Frage: Wer oder was ist das Maß für Werte?
Wie gewiss können die Antworten sein? Welche Instanzen geben darüber Auskunft?
Zu einer tragfähigen Antwort führen im Großen und Ganzen zwei Hauptstraßen: Da sind zum einen die Komponente der Ethik und zum anderen das Konzept der inneren Stimmigkeit – anders gesagt: des Gewissens. Beide spielen in der Erziehung eine große Rolle.
In den folgenden Überlegungen wird versucht, sich diesen Fragen grundlegend zu nähern, zunächst der Ethik, den Allgemeinen Werten, in weiterer Folge der Stimmigkeit, die in den Personalen Werten abgebildet wird. Zu guter Letzt werden diese Antworten auf Erziehung fokussiert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Existenzielle Pädagogik, Legalität, Moralität, Person, Wert

HOW DO WE KNOW WHETHER WE ARE TAKING APPROPRIATE ACTION IN EDUCATION?

How do we know what matters in education and in school? For us as educators? For others, for example for children under our care? Are we ever in the position to decide, what is „right" for others? How do we know whether our educational acts and approaches are 'right'? And how can we help children, to find out for themselves what is "right" for them? This leads to the question: Who or what is the appropriate yardstick for our values?
How certain can answers be? Which authorities can provide us with reliable information? Two paths lead to sustainable answers: on the one hand, components of ethics and on the other hand the concept of inner accordance, in other words, of conscience. Both play a major role in education. The article approaches these questions, starting with ethics and general values, followed by inner accordance, which is reflected upon in „personalised" values, and ends by drawing conclusions for educational practice.

KEYWORDS: Existential Pedagogy, Legality, Morality, Person, Value

ETHIK: WAS IST RICHTIG?

Den meisten Menschen geht es nicht um das Handeln an sich, sondern darum, ob sie ihr Handeln gutheißen können. Ob etwas als richtig angesehen werden kann, hängt von vielen Faktoren ab, in jedem Fall aber von der Situation und dem Kontext einer Handlung, entscheidend aber von der Person. Nicht von den ersten beiden „objektivierbaren" Sichtweisen und damit von einer allgemeinen Ethik soll hier die Rede sein, sondern von der subjektiven Perspektive der Person, die durch diese Fragen immer auch existenziell herausgefordert wird.

Die Gesinnungsethik Immanuel Kants

In Fragen der Ethik stellt Immanuel Kant eine unübersehbare Autorität dar. Bekanntlich unterscheidet er zwischen zwei Ebenen, der Moralität und der Legalität einer Handlung (vgl. Böhm 2011, 1f). Eine moralische Handlung ist nicht automatisch legal und eine legale Handlung nicht von vorneherein moralisch. Ist „richtig" nun moralisch richtig oder legal richtig? Kant ortet den Unterschied zwischen beiden darin, dass die Moralität am Menschen Maß nimmt und die Legalität an der Gesellschaft (vgl. Böhm 2011, 118). Für Kant steht der Mensch im Zentrum seiner Überlegungen. Daher ist für ihn eine Handlung – im Gegensatz zu Platon[1] – dann sittlich gut, wenn die Beweggründe der Handelnden sich an deren innerer Gesinnung – im Gegensatz zu den Konsequenzen einer Handlung – orientieren. Hingegen steht beispielsweise Dewey für die andere Position und meint, dass eine sittliche Handlung an den Folgen einer Tat zu messen sei (vgl. Böhm 2011, 79).

Für Kant war offenkundig, dass es ein dem Menschen innewohnendes Sollen gibt, eine Instanz, die ihn auf die Richtigkeit seines Tuns verweist. Seine Frage lautet daher: Wie ist dieses Sollen möglich? Da dieses Sollen für ihn eine absolute Verpflichtung darstellt, kann es – nach Kants Meinung – nicht aus der Erfahrung stammen. Er sieht das Sollen in jedem Menschen grundgelegt und dieses bildet für ihn daher die „absolute Basis" für ethisches Handeln. Ethisches Handeln betrifft damit den guten Willen, aber nicht die Konsequenzen des eigenen Handelns, da diese im Vorfeld nicht überblickbar sind. So fokussiert Kants Ethik folglich auf die Gesinnung der Person und nicht auf die Konsequenzen, die sich aus einer Handlung ergeben (können). Ob etwas als gut oder schlecht angesehen wird, hängt damit von der jeweiligen Gesinnung des Menschen ab und nicht von den Folgen, die seine Handlung verursacht. Mit anderen Worten: Kant begründet eine absolute Moral vom Menschen her (vgl. Skirbekk & Gilje 1993, 525)[2]. Auf diese Weise verlagert Kant die Frage nach „richtig" oder „falsch" ins Innere der Person und damit in deren Subjektivität.

[1] Platon begründete eine absolute Moral von objektiven Ideen her (vgl. Böhm 2011, 79).
[2] Diese Überlegungen bilden den Grund für Kant's Kategorischen Imperativ: „Handle so, dass die Maxime deines Handelns jederzeit zugleich als Prinzip einer absoluten allgemeinen Gesetzgebung gelten kann" (vgl. Skirbekk & Gilje 1993, 525).

 © GLE-International/Wien

Durch die sittlich richtigen Handlungen bringt sich der Mensch nun in die Welt ein und macht die Welt „menschlich“ (vgl. Böhm 2011, 117), vielleicht sogar „persönlich“. Jede Handlung erfordert zunächst eine Wahl unter verschiedenen Möglichkeiten und schließlich eine Entscheidung (vgl. Böhm 2011, 169). Da Menschen nicht wissen können, wie sich ihre Wahl und in der Folge ihre Entscheidung in der Welt auswirken, sind sie auf das Fühlen ihrer inneren Instanz – das Gewissen – angewiesen. Dieses ist zwar die sicherste Instanz, auf die sie sich in dieser Frage stützen können, bringt aber auch keine letzte Gewissheit. Letztlich können Menschen einzig und allein darauf hoffen, darauf vertrauen, dass ihr Handeln „richtig“ und verhältnismäßig ist. Im Leben ist nichts sicher; es ist immer ein Entwurf, „der der Ungewissheit von Gelingen und Scheitern ausgeliefert ist“ (Böhm 2011, 180). Eine absolute Sicherheit gibt es in keinem Bereich des Existenzvollzugs. Weder in der Ethik, Politik oder Pädagogik ist es möglich, bereits im Vorfeld festzulegen, was in einer bestimmten Situation getan oder eben nicht getan werden sollte. Es kann daher keinen Leitfaden für alle auftretenden Eventualitäten geben (vgl. Böhm 2011, 24).

In seiner Rede „Gegen die Sophisten“ vertrat bereits Sokrates die Meinung, dass es kein allgemein anwendbares Handlungswissen gebe, das von der Person und Situation abgelöst werden könne und Tugendhaftigkeit garantiere (vgl. Böhm, Fuchs, & Seichter 2011, 212). Für Nicolai Hartmann, den auch Frankl intensiv studiert hatte, sind ethische Werte relativ, aber nicht „relativ auf das wertende Subjekt, sondern auf die Realstruktur des Menschenlebens und die in ihm vorherrschenden Situationstypen (vgl. Hartmann 1944, o. S, zit. nach Böhm 2011, 23f). Max Scheler geht in seinem Ansatz des Personalismus noch einen Schritt weiter: In seinem Buch „Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik“ legt er den Grund für einen ethischen Personalismus. Er fokussiert auf die von ihm postulierte Wertethik, die – im Gegensatz zu Kant[3] – Werte der Person anerkennt. Aus Schelers Sicht handelt ein Mensch dann ethisch richtig, wenn er „seine“ Werte wählt. Der Mensch ist für ihn in diesem Sinne das höchste Lebewesen insofern als er Träger von „Akten“ ist (als er handelt) und insofern als er eigene Werte sieht und realisiert (vgl. Scheler 2008, 105). So kommen sowohl Hartmann als auch Scheler zur Erkenntnis, dass der Wertgehalt von der Person und der Situation abhängt (vgl. Hartmann 1926, 12f). Damit wird das dialogische Verhältnis des Menschen zur Welt und schließlich der Bezug der Person zu ihren Werten besonders akzentuiert. Diese Betrachtungsweise ist auch in der Existenzanalyse leitend und zeigt sich in der Bedeutung der Personalen Werte. Im Bereich des menschlichen Handelns und der menschlichen Erkenntnis kann es deswegen kein sicheres Wissen geben, weil sich der Mensch aufgrund seiner Freiheit immer so oder so entscheiden kann (vgl. Böhm 2011, 24). Damit ist das Handeln eines Menschen nicht im Vorfeld bestimmbar und standardisierbar (vgl. Böhm 2011, 23). Auf der anderen Seite sind Menschen aufgrund dieser existenziellen Herausforderung in ihrer ganzen Person gefordert, sich selbst engagiert in die Welt einzubringen und ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Ohne ein solches Engagement können eigene Ziele und Werte nicht verwirklicht werden.

Denken und Handeln als Theorie und Praxis

Im Denken entwerfen Menschen ihre Lebenspläne, im Handeln realisieren sie diese. Denken und Handeln gelten daher als „Weisen der Lebensgestaltung“ (Böhm 2011, 14f.). Es ist daher unabdingbar, Grundsätze des Handelns zu markieren, um Leitlinien für die praktische Umsetzung zu haben, die den Menschen in seiner Entscheidung unterstützen. Nennen wir sie Werte.

WERTE

Etymologisch geht das Wort Wert wahrscheinlich aus der indogermanischen Wortgruppe „werden“ hervor und bedeutet ursprünglich „gegen etwas gewendet“. Daraus entsteht die Bedeutung „einen Gegenwert habend“. Heute wird die Geschätztheit oder Erstrebtheit von etwas Seiendem als Wert bezeichnet. Was Menschen schätzen oder erstreben ist subjektiv. Ein Wert entsteht für sie daher durch die Bedeutung, die ein Inhalt für sie hat (vgl. Becker & Böing 1968, 625; vgl. Dudenredaktion 1963, 762; vgl. Waibel 2009, 106 und Waibel 2013, 70). Wert kann damit als „Kostbarkeitscharakter der Dinge“ (Guardini & Klimmer 1985, 192f) beschrieben werden. Praktisch gesehen ist er ein Maßstab für eine Entscheidungsfindung (vgl. Biller & de Lourdes Stiegeler 2008, 518).

In der Logotherapie Frankls werden im Wesentlichen zwei unterschiedliche Kategorien von Werten unterschieden, nämlich die Allgemeinen und die Personalen Werte.[4] Mit den Personalen Werten hatte sich Frankl – angeregt durch Scheler – intensiv auseinandergesetzt. In den Allgemeinen Werten spiegelt sich zum Teil die Kant’sche Idee von Legalität, die für an der Gesellschaft orientierte Werte steht.

Die Allgemeinen Werte

Die Allgemeinen Werte bilden einen mehr oder weniger stimmigen Wertekodex und regeln das soziale Leben der Menschen untereinander. Sie beziehen sich auf die Welt und damit auch auf gesellschaftliche Zielvorstellungen. Allgemeine Werte entwickelten sich im Laufe der Menschheitsgeschichte und entwickeln sich nach wie vor weiter. Sie sind – zwar von langer Hand, aber doch – veränderbar, in der aktuellen Situation aber jeweils leitend oder vorgegeben. Sie zeichnen in einer Momentaufnahme jene Werte nach,

[3] In Schelers Kritik an Kant – obwohl er dessen Lehre für das Vollkommenste hielt, das bis zu diesem Zeitpunkt gedacht wurde – wendet er sich gegen dessen „unfruchtbaren Formalismus“ und gegen die Einseitigkeit seines Arbeits- und Pflichtethos (vgl. Scheler 2008, 9). Für Scheler sind Freude und Liebe tiefste Ursprungsquellen allen sittlichen Seins und Wirkens (vgl. Scheler 2008, 15). Für Kant, der den Menschen im Geiste der Aufklärung sieht, ist der Mensch ein Vernunftwesen, für Scheler ist er vor allem ein Wesen mit Gefühlen. Für Scheler sind daher Werte „Grundphänomene des Fühlens“ (Scheler 2008, 270).

[4] Nicht eingegangen wird an dieser Stelle auf individuelle Werte von Gruppen und sogenannte Konventionen. Diese entstehen in kleineren oder grösseren Sozietäten, wie in der Familie, in Vereinen, in der Schule, in Firmen, … . Sie sind wegleitend für das Zusammenleben der Menschen in ihren unmittelbaren Lebenszusammenhängen.

die von der Mehrheit einer Gesellschaft im Allgemeinen als gut empfunden werden. Solche Wertekataloge von Gesellschaften beruhen einerseits auf einer – allerdings nur annäherungsweise vollkommenen – Idee als Basis für sittlich richtiges Handeln wie sie Platon vorschwebte[5] und andererseits formen sie sich im Laufe der jeweiligen Menschheitsgeschichte durch dass Mitdenken und Zutun der beteiligten Menschen heraus. Aus diesen Quellen entwickeln sie sich beständig weiter. In vielen Gesellschaften besteht eine hohe öffentliche Verbindlichkeit gegenüber den Allgemeinen Werten, die sich darin äußert, dass deren Einhaltung erwartet und deren Nichteinhaltung sanktioniert wird. Ihrer zentralen Stellung verdanken sie ihren Einzug in die Verfassung und in das Zivil- und Strafgesetz. Damit bilden die Allgemeinen Werte in der staatlichen Gesetzgebung eine zentrale Richtschnur für das Handeln der Bürgerinnen und Bürger. Sie machen deren Pflichten deutlich. Im Gegenzug können sich diese in Rechtsstaaten wiederum im Großen und Ganzen darauf verlassen, dass ihre im Gesetz verankerten Rechte geschützt sind und gewahrt werden.

Auf diese Weise werden Allgemeine Werte zum Spiegelbild der jeweiligen Gesellschaft. Sie kristallisieren sich aber auch durch „Weltwissen" und „Menschheitserfahrung" – hier sind wir nahe bei der vollkommenen Idee Platons – zu Wertuniversalien, die als „Leitwerte" heute weltweite Gültigkeit beanspruchen, wie dies etwa an den „Menschenrechten" deutlich wird. Aber auch diese befinden sich in ständiger Weiterentwicklung – und sind noch längst nicht überall umgesetzt.

Auch wenn die Allgemeinen Werte für den Einzelnen nicht immer konsistent, sondern auch widersprüchlich erscheinen, haben sie wichtige Funktionen: Allgemeine Werte können zwar versklaven[6], aber auch befreien. Einerseits wird Menschen ein Wertekorsett vorgelegt, an das sie sich zu halten haben, das ihnen aber gleichzeitig auch aufzeigt, was richtig ist. Andererseits wird ihnen durch die Allgemeinen Werte eine „Wertepalette" als Referenzpool angeboten, die ihnen verschiedene Möglichkeiten aufzeigt und eine erste Empfehlung für eine richtige Entscheidung bieten kann.

Die Allgemeinen Werte reichen im Allgemeinen aber als Kompass nicht aus, um das eigene Leben sinnvoll auszurichten, da sie sich ja hauptsächlich an den Bedürfnissen der Gemeinschaft – der Außenwelt – und weniger am Einzelnen – der Innenwelt – orientieren. Sie könnten aber als Theorie oder Hintergrundfolie im Sinne von Winfried Böhm (2011) angesehen werden. In diesem Bilde ermöglichen die Personalen Werte den praktischen Lebensvollzug. Letztere bilden Wegweiser zur Steuerung des eigenen Lebens, da diese ganz subjektiv auf die einzelne Person fokussieren. Personale Werte zeigen vor allem die Stimmigkeit eines Wertes und einer Handlung in Bezug auf die Person auf.

Die Personalen Werte

Die Stärke und zugleich „Schwäche" der Personalen Werte liegt in ihrem unbedingten Bezug zur Person – und zwar zu einer einmaligen und einzigartigen Person und zu keiner anderen. Da jeder Mensch einmalig und einzigartig ist, hat kein Inhalt für jeden Menschen die gleiche Bedeutung. Personale Werte können daher nicht in einen allgemeingültigen Wertekodex gefasst und damit gleiche Bedeutung für alle haben. Die Personalen Werte ergeben sich aus der Resonanz einer Person zu einer Möglichkeit in der Welt, beispielsweise wenn jemand eine besondere Vorliebe für Spaziergänge im Wald, für das Besteigen von Bergen, für die Betreuung von Kindern, für die Mitgestaltung an der Politik, für die Verfolgung einer Idee, … zeigt. Beim „Bewerten" der Optionen, welche die Welt für ihn bereit hält, ist der Mensch auf sich allein gestellt, er ist letztlich auf seine Person als Referenzpunkt angewiesen.[7] Daher rücken immer dann, wenn es um Personale Werte geht, das Wesen und die Potenzialität einer Person in den Vordergrund und damit ihre Vorlieben und Stärken. Durch die und mit der Person entscheidet sich, ob sie etwas als Wert ansieht. Anders formuliert: Welche Bedeutung der einzelne Mensch einem Wert beimisst, ist von Person zu Person verschieden (vgl. Waibel 2011, 70). Mit ihrem Kostbarkeitscharakter zeigen Personale Werte auf das, womit das Individuum Beziehung aufnehmen mag und kann, worin es lebendig werden und womit es seine Lebensziele umsetzen kann. Personale Werte sind daher radikal subjektiv. Sie gelten – wenig überraschend nach dem bisher Dargelegten – „ad personam" und „ad situationem"[8] (Frankl 1987b, 122), d. h. sie erhalten ihre Bedeutung je nach Person und Situation.

Mit anderen Worten: Ein Personaler Wert erhält seinen Wert nicht an sich und aus sich, sondern die Person schreibt ihm zu, ob sie ihn als gut ansehen kann oder nicht. Denn Personale Werte sind weder die Dinge oder Handlungen an sich noch die Eigenschaften von Dingen und Handlungen. Sie werden zwar an Dingen und Handlungen deutlich, sind aber keine konstitutiven oder konstanten Merkmale dieser. Als Personaler Wert wird in der Existenzanalyse der tiefe Grund definiert, warum Menschen etwas bevorzugen oder zurückstellen. Als wertvoll wird das angesehen, was für sie lebensfördernd ist (vgl. Längle 2000, 45). Das Gespür, ob ein bestimmter Wert das Richtige für einen Menschen ist,

[5] Dass auch Wertekataloge keine absoluten, objektiven Ideen beinhalten, sondern sich je nach Wissens- und Reflexionsstand der Protagonisten entwickeln, lässt sich am Beispiel der Frauenrechte zeigen. Richtiger wäre es, deutlich zu machen, dass sich diese Ideen auch verändern.

[6] Versklaven können Allgemeine Werte dann, wenn sie zu blinder Gefolgschaft gegenüber Religion, Ideologien, politischen Überzeugungen, Tyrannei, … führen (vgl. Böhm 1997, 120). Nicolai Hartmann spricht in diesem Zusammenhang auch von der „Tyrannei der Werte" (Hartmann 1926, 574). In der Existenzanalyse wird in ganz ähnlicher Weise dann von Versklavung gesprochen, wenn Menschen sich einem Wert völlig hergeben und andere Werte aufgrund ihrer fehlenden Offenheit nicht mehr sehen oder nicht gelten lassen können.

[7] Beim Sensibilisieren für und Erkennen von Werten können außenstehende Personen helfen, wie dies in einer Werteerziehung vorgeschlagen wird, die auf Personalen Werten beruht.

[8] wie dies Frankl in Anlehnung an Max Scheler ausdrückt (vgl. Frankl 1987a, 91).

[9] Alfried Längle unterscheidet in seinem Artikel „Kann ich mich auf mein Gefühl verlassen" klar und treffend zwischen Gefühlen als „Hinweisschilder" und Gefühlen als „Fährtenleser". Gefühle, die ersteren zugeordnet werden (Angst, Traurigkeit, Selbstzweifel, …) zeigen auf, dass etwas bei sich selbst verändert werden muss. Fährtenleser sind Gefühle hingegen dann, wenn sie den Menschen auf die Spur für das Wesentliche und Richtige bringen (vgl. Längle 2003b, 11ff).

beruht vor allem auf dem je eigenen, inneren Empfinden.[9] Von Werten werden Menschen daher angezogen; sie müssen nicht zu ihnen geschoben werden. Sie gehen sie an und ihnen nahe, sie liegen ihnen am Herzen und sie verursachen ihnen möglicherweise Herzklopfen und Schmetterlinge im Bauch.

Die Bevorzugung, Zurückstellung und damit Entscheidung für einen Wert geschieht durch die Person. Im Erkennen des Sollens, nämlich in dem, was sie als ihre Aufgabe erkennt, spürt die unversehrte Person die für sie stimmigen Personalen Werte. Von ihnen wird sie nicht nur angesprochen, sondern diese veranlassen sie auch geradezu, sich in Bewegung zu setzen. Sie bilden die Grundlage des Wollens.[10] Ihre Werte verwirklichen kann die Person dann geradewegs angehen, wenn ihr dabei die drei grundlegenden Dimensionen der menschlichen Befindlichkeit nicht entgegenstehen.[11] Die zentrale Frage für sie ist dabei: Welche der sich ihr darbietenden Möglichkeiten soll sie ergreifen? Eine Halt gebende Struktur und ein sich bietendes Tätigkeitsfeld vorausgesetzt, spürt sie den inneren Drang – einen mehr oder weniger starken Willen – sich aufzumachen und das, was ihr wichtig und wertvoll erscheint, umzusetzen und in ihr „Lebensbuch" zu schreiben und dadurch ihr Leben sinnvoll zu gestalten.

Frankl hat in Anlehnung an die Wertephilosophie Max Schelers die Personalen Werte in drei Wertstraßen eingeteilt, nämlich erstens in die Werte der vita contemplativa, die Erlebniswerte, zweitens in die Werte der vita activa, die Schöpferischen Werte und drittens in die Einstellungswerte, die dann zum Zug kommen, wenn die ersten beiden Wertstraßen verschüttet sind (vgl. Frankl 1987a, 81ff). Straßen heißen sie deswegen, weil sie Wege zum Sinn sind.

In der Gegenüberstellung von Allgemeinen und Personalen Werten (siehe Tab. 1) werden die Unterschiede zwischen den beiden Wertekategorien zusammenfassend verdeutlicht.

Für beide Wertkategorien gilt: Sie sind auf Dauer hin angelegt. Sie geben Schutz, Raum und Halt, sie „erfüllen" Beziehungen und sie setzen Achtung, Gerechtheit und Wertschätzung gegenüber der Person voraus. Alle diese Bereiche bilden das Grundgerüst für das Wollen und beflügeln damit das Handeln. Damit dienen sie der Entfaltung und dem Wachstum der Person und fördern die Gemeinschaftsbildung. Immer aber ist es die Person, die sich für diesen oder jenen Weg entscheidet – und zwar nicht vorrangig kognitiv, sondern intuitiv – und zwar für das, was in ihr Resonanz auslöst.

Die Personalen Werte fordern Menschen durch ihre beinahe unendliche und immer mehr zunehmende Vielfalt sowie durch ihr weitgehendes Fehlen von Referenzangeboten und Sicherheiten in ihrer Person heraus. Personale Werte und ihre breitgefächerten Optionen verlangen vom Menschen den Einsatz für seine Sache und damit eine Entschiedenheit, obwohl ihm letzte Gewissheiten und Sicherheiten bei seiner Wahl und Entscheidung fehlen. Denn im Vorfeld kann keineswegs vorausgesagt werden, ob die geplanten Vorhaben die „richtigen" sind geschweige denn glücken. Kant folgend kommt es jedoch – wie schon gesagt – nicht in erster Linie darauf an, ob etwas „glückt", sondern auf intentional richtiges Handeln. Worauf Menschen sich bei ihren Entscheidungen für das Richtige jedoch am weitest gehenden abstützen können, ist das Gewissen[12]. Es ist das Gewisseste, das ihnen zur Verfügung steht.

Allgemeine Werte	Personale Werte
orientieren sich an der Gemeinschaft	orientieren sich an der Person
gelten für alle innerhalb der Gemeinschaft	gelten für die einmalige und einzigartige Person
sind Bestandteil von Wertekodices	sind in den drei Wertstraßen kategorisiert
sind vorgegeben	müssen gesucht und gefunden werden
sind klar als Werte ersichtlich	liegen in einer unabsehbaren Fülle in der Welt bereit
objekthafter Charakter	subjekthafter Charakter
„objektiv"	„subjektiv"
werden vor allem „gewusst"	werden vor allem gefühlt
sind eher am „Über-Ich" ausgerichtet	sind eher an der Intuition (dem Gewissen)[12] ausgerichtet
haben hohe öffentliche Verbindlichkeit	haben hohe innere Verbindlichkeit
öffentliche Sanktionierung folgt, wenn sie nicht umgesetzt werden	innere Konsequenzen folgen, wie Angst, Depression, Verlust des Selbstwerts, …, wenn sie nicht umgesetzt werden
kanalisieren Handlungsoptionen	erweitern Handlungsoptionen
mobilisieren „legales" Handeln	mobilisieren „moralisches" Handeln
geben bereits im Vorfeld Raum, Schutz und Halt	geben erst nach der Umsetzung Raum, Schutz und Halt
versuchen Beziehung und gegenseitige Achtung zu ermöglichen	bilden Beziehung und gegenseitige Achtung aus
bilden ein Spiegelbild der Gesellschaft – die Gesellschaft spiegelt sich in ihnen	bilden ein Spiegelbild der Person – die Person spiegelt sich in ihnen
bilden mehr die äußere Realität des Menschen ab	bilden mehr die innere Realität der Person ab
binden Menschen an die „Außenwelt" an	binden Menschen an seine „Innenwelt" an

Tab. 1: Gegenüberstellung der Allgemeinen und der Personalen Werte

DAS GEWISSEN

Das Gewissen als höchst sensibles Wahrnehmungsorgan bildet und ordnet den Resonanzraum zwischen der Innenwelt und der Außenwelt des Menschen, zwischen dem gespürten inneren Anruf und den tatsächlichen Anforderungen der Welt. Gewissen als Teil der Person wird in der Existenzanalyse definiert als das Gespür, sich innerhalb unterschiedlicher Werte daraufhin ausrichten zu können, was für sich selbst in einer bestimmten Situation als gut und richtig angesehen werden kann. Mittels des Gewissens lässt sich dann das „Richtige" erspüren, wenn das Gewissen nicht etwa

[10] Mittels des Berührt-Werdens durch einen Wert erwächst der Wille des Menschen, sich dieses Wertes anzunehmen (vgl. Waibel 2012, 85ff).
[11] Die drei Grunddimensionen des Menschen bilden erstens die Beziehung des Menschen zur Welt, zweitens seine Beziehung zum Leben und drittens seine Beziehung zu sich selbst ab. Diese werden in der Existenzanalyse als grundlegende Motivationen des Menschen bezeichnet. In der vierten Dimension wird die alle Dimensionen umfassende Frage nach dem persönlichen Sinn berührt (vgl. Längle 2003a, 2).
[12] Gewissen wird hier in der Bedeutung verwendet, wie sie Alfried Längle beschrieben hat (vgl. Längle 2000, 22).

durch eine nur teilweise Wahrnehmung, durch Unachtsamkeit oder durch Angst behindert wird. Im Gewissen als geistig Unbewusstem gründet die Person in ihrer Freiheit und Unfassbarkeit. „So gesehen kann das Gewissen zwar selbst nicht irren, wohl aber in die Irre geführt werden" (Längle 2000, 22) Das wohlmeinende Gewissen bildet gemeinsam mit dem Gehorsam fordernden Über-Ich die beiden moralischen Instanzen des Menschen (vgl. Längle 2000, 22). Beide bilden auf diese Weise wiederum Legalität und Moralität ab.

Wem soll der Mensch nun folgen? Den Allgemeinen oder den Personalen Werten? Die Antwort lässt sich weder aus dem Entweder noch aus dem Oder erschließen, denn immer ist der Mensch herausgefordert, die Anforderungen der Welt und seinen inneren Anruf zur Deckung zu bringen. Raissa Martains Überlegungen im Zusammenhang mit einer christlichen Erziehung führen in dieser Frage zu Jesus von Nazareth als Vorbild für jemanden, dem es ihrer Meinung nach gelungen sei, den Buchstaben des Gesetzes zu überhöhen. Daraus zieht sie den Schluss, dass der Mensch sich zwar an das Gesetz halten, aber sich nicht daran fesseln sollte. Stattdessen sollte er aus dem eigenen göttlich inspirierten Geist – Frankl würde vom geistig Unbewussten sprechen[13] – heraus, sein Leben kraft seines Gewissens selbst in die Hand nehmen, wählen und entscheiden, sodass er zum Gestalter seines eigenen Lebens werden kann (vgl. Böhm 2002, 208-212).

DAS DIALOGISCHE VERHÄLTNIS VON PERSON UND WELT

Die Auseinandersetzung mit den Allgemeinen und den Personalen Werten führt geradewegs zu den existenziellen Fragestellungen des Menschen und zur dialogischen Auseinandersetzung zwischen der Innenwelt und der Außenwelt des Menschen. Nie steht der Mensch allein in der Welt. Immer ist er eingebunden in die Welt und mittels der Allgemeinen und Personalen Werte im Dialog mit ihr. Die Allgemeinen Werte betonen eher die Forderungen der Welt, die Personalen Werte eher die der Person und setzen das In-Sich-Hineinhören voraus, um das Seine zu entdecken. Da der Mensch ein dialogisches Wesen ist, steht er immer – gerade auch in Bezug auf seine Werte und der Frage nach der Richtigkeit seines Tuns – im Austausch und bestenfalls in der Balance zwischen seiner Außenwelt und seiner Innenwelt. In jedem personalen Handeln greift der Mensch aus sich heraus auf die Welt zu. Personales Handeln geht – im Gegensatz zum mehr psychodynamischen Reagieren – von der Person aus – und führt auf sie zurück.

DIE PERSON

Es ist eine ausschließliche Leistung der Person, zwischen Außenwelt und Innenwelt eine Balance zu finden. Dabei bilden nicht nur die Legalität, sondern auch die Moralität wichtige Leitsysteme. Für die Ausrichtung an der inneren Gesinnung benötigt sie – wie schon gesagt – Resonanzfähigkeit mit sich selbst und der Welt und damit auch die Fähigkeit, das für sie Stimmige mit sich und ihrem Umfeld abzugleichen. Deshalb wird hier zunächst der Frage nachgegangen, was denn Person ist und wie diese zu ihrer inneren Stimmigkeit und in der Folge zu einer entsprechenden Entscheidung finden kann.

Die Entwicklung des Personbegriffs

Die Geburt des Personbegriffs lässt sich bereits bei Sokrates und den Sophisten ausmachen. Der entscheidende Unterschied zum bis dahin vorherrschenden Denken besteht darin, dass der Mensch den letzten Grund einer Betrachtungsweise oder eines Handelns nicht mehr in einer außerhalb seiner selbst liegenden Autorität sucht, sondern in seiner eigenen Vernunft. Diese „Entdeckung des Geistes" lässt sich als eine erste „anthropologische Wende" und als erste „Aufklärung" bezeichnen (vgl. Snell 1947, zit. nach Böhm 2004, 13f). Sokrates betont in weiterer Folge zum ersten Mal in der abendländischen Geistesgeschichte Freiheit und Verantwortung des Menschen (vgl. Böhm 2004, 20). Später entwickelt Seneca einen differenzierten, philosophischen Begriff von Person (vgl. Böhm 2004, 31). Zur vollen Blüte gelangte die Idee von Person durch das Christentum: Da im christlich-jüdischen Glauben Gott als Person gesehen wird, der Gottesbegriff daher „personal" ist, ist auch der Mensch, der sich den Worten seines Gottes nach als dessen Ebenbild verstehen darf, „Person". Als Person verfügt er eigenständig und eigenverantwortlich über die Gestaltung seines Lebens (vgl. Böhm 2011, 33). Dazu zählt das verantwortungsvolle, personale Handeln (vgl. Böhm 2011, 36). In weiterer Folge beschreibt Augustinus erstmals die Bedeutung der Innerlichkeit für den Menschen und erkennt die Person in der dem Menschen eigenen Verzahnung von Sein, Wissen und Wollen (vgl. Böhm 2011, 36). Für ihn zählt nicht nur die Perspektive vom Menschen in der Welt, sondern auch die von der Welt im Menschen (vgl. Böhm 1997, 115). Als Person kann demnach dieses vom Menschen ständig zu leistende Werk in ihrer sittlichen Aufgegebenheit angesehen werden, das in der Tatsache gipfelt, dass der Mensch im Laufe seines Lebens seine eigene Lebensgeschichte „schreibt". Diese ist ein Werk der Freiheit und damit seiner Alternativen und Entscheidungen (vgl. Böhm 2011, 123).

Schließlich wird „Person" bei Comenius und Schleiermacher zu einem *pädagogischen* Grundbegriff. Beide sehen den Menschen ebenfalls als Gottes Ebenbild, das mit Vernunft, Freiheit und Sprache ausgestattet ist. Das bedeutet eine personale Berufung des Menschen und eine Forderung nach jenen Erziehungsaufgaben, die es ermöglichen, die im Menschen liegenden Möglichkeiten wirklich werden zu lassen (vgl. Böhm 1997, 124).

Guiseppe Flores d'Arcais, einer der Begründer des pädagogischen Personalismus, postuliert vier Dimensionen der Person: die eigene Innerlichkeit (Ich), ihre Sozialität (Du, Wir), die denkende Erfassung der Welt (Theorie) und das tä-

[13] Dem geistig Unbewussten, das Frankl neben dem triebhaft Unbewussten von Sigmund Freud postulierte, widmete er sich in seiner Publikation „Der unbewusste Gott" (Frankl 1992).

tige Handeln in ihr (Praxis und Poiesis).[14] Alle Dimensionen sind miteinander verbunden und eine die Person fördernde Erziehung sieht vor, dass sich die Person in alle vier Bereiche hinein entfaltet. Dieses Modell kann als Wegweiser für eine an der Person orientierte Erziehung angesehen werden. Das Maß für Erziehung – aber auch deren Ziel – wird dabei zwar in den Menschen gelegt, aber nicht im Sinne einer subjektiven Beliebigkeit, sondern in die Abstimmung mit allen vier Ebenen (vgl. Flores d'Arcais 1992, zit. nach Böhm 1997, 125f) und damit der Person.

Das Personbild in der Existenzanalyse

An diesem historisch-kulturellen Hintergrund, der Religion des Judentums und seinem philosophischen Hintergrund knüpft Viktor E. Frankl mit seiner Anthropologie an. Person als ein Zentralbegriff der Existenzanalyse bezeichnet die geistige Dimension des Menschen und damit das Freie, nicht Festgelegte, das in der Person Sprechende und sie Ansprechende. Die Person nimmt daher Stellung zu ihrer somatisch-psychischen Verfasstheit sowie zu den Gegebenheiten in der Welt und kann auf diese so oder so – der einmaligen, einzigartigen Person gemäß – antworten. Damit wird die Person auch hier zum Inbegriff der Potenzialität des Menschen (vgl. Längle 2000, 30). Das Werden des Menschen geht von seiner Person aus.

Sich an einem solcherart skizzierten Bild von Person auszurichten, heißt nicht, diese als ein fixes, abgeschlossenes und logisches Konstrukt anzusehen, sondern sie als ein offenes und dynamisches Wesen zu sehen, das nicht endgültig festgelegt und determiniert werden (vgl. Böhm 2011, 161) und das sich auch immer anders entscheiden kann. Entscheiden heißt in diesem Sinne, sich – gemäß Kant – für das entscheiden zu können, was als gut und richtig angesehen wird. Alle diese Überlegungen laufen in einem Menschenbild zusammen, bei dem davon ausgegangen wird, dass sich der Mensch zu jedem Zeitpunkt kraft seines Willens verändern und neu ausrichten kann.

Der Mensch als Naturwesen und Rollenträger

Eine so beschriebene Grundannahme von Person steht im Gegensatz zu Auffassungen vom Menschen als naturbestimmtes oder sozialisationsbestimmtes Individuum (vgl. Böhm 1997, 125), gegen das sich auch Frankl leidenschaftlich gewandt hat, wenn er beispielsweise den Nihilismus anprangert, der für ihn besonders im „Psychologismus" und im „Soziologismus" deutlich wird (vgl. Frankl 1984, 257 – 316 und Frankl 1987a, 34 - 55) oder wenn er das biologische, psychologische und soziologische Schicksal beschreibt (vgl. Frankl 1987a, 124 - 135). Da seit der Neuzeit Fortschrittsgläubigkeit und technische Machbarkeit regieren, die durch ein grundsätzliches Misstrauen gegenüber der „undomestizierten, menschlichen Natur" gekennzeichnet sind (vgl. Böhm 2011, 104), wird der Personalismus immer mehr konkurrenziert. Das neuzeitliche, naturwissenschaftliche Menschenbild hat zur Folge, dass Denken, Wollen und Handeln und damit die Moralität der Handlung aus Gründen der nicht so sehr auf der Hand liegenden „Zugänglichkeit" zur Nicht-Messbarkeit des Menschen weitgehend ausgeklammert werden. Stattdessen wird ein wesentliches Schwergewicht auf die Bedeutung der Natur und/oder die Gesellschaft gelegt. Das heißt, der Mensch wird entweder als Teil eines Vergesellschaftungsprozesses und damit immer mehr als Rollenträger oder als Naturwesen gesehen, bei dem biologische Prozesse als zentral angenommen werden (vgl. Böhm 2011, 110ff.). Auf diese Weise rücken die biologisch-psychologische Entwicklung und die gesellschaftsbedingte Sozialisation in den Vordergrund und führen zu einer antimetaphysischen Betrachtungsweise des Menschen, wie sie beispielsweise besonders im Behaviorismus deutlich wird (vgl. Böhm 2011, 78).[15] Aber auch durch eine soziologische Anthropologie, welche die natürliche Individualität und den Menschen als Person nicht wahrhaben will bzw. aus dem Blickfeld verliert, gerät die Person ins Hintertreffen. Dabei werden Bildung und Erziehung hauptsächlich im Modus des gelernten Verhaltens beschrieben und von deren „technischer" Machbarkeit ausgegangen sowie Freiheit, Verantwortung und Selbstbestimmung aus den Erziehungswissenschaften eliminiert (vgl. Böhm 1997, 121-123). Damit wird das Bild des Menschen nur auf der Summe der beobachtbaren und beschreibbaren Merkmale seines Verhaltens reduziert. Sich zu Vollstreckern sogenannter objektiver Ansprüche und Bedingungen zu machen, ohne Ziele und Werte zu thematisieren, deutet auf einen „Verlust an Menschheit" hin (vgl. Wilkinson 1960, 50, zit. nach Böhm 1997, 121).

Zunehmend richten sich Erziehung und Bildung heute nicht mehr an einem „so nebulösen und höchst dubiosen Faktor wie dem freien Willen des Menschen" aus, wie Böhm ironisch anmerkt (Böhm 2011, 83)[16], sondern an messbaren und damit scheinbar machbaren Kriterien. Heute ist folglich konsequenterweise weniger von Person und Bildung die Rede, sondern von Standards und Kompetenzen. Besonders Lernprozesse werden zu einem technisch machbaren Geschehen bzw. auf dieses verkürzt. In diesen Sog gerät auch die zeitgenössische Pädagogik.[17] Durch diesen Gegenwind wird allerdings die Person nicht nur in ihrer Bedeutung, sondern auch in ihren Möglichkeiten eingeschränkt, denn wer nicht an menschliche Freiheit glaubt, wird die Dreidimensionalität[18] der Person nicht beachten, sondern vernachlässigen und daher auch nicht umsetzen.

Um diese verschiedenen Zugänge für Menschenbilder zu verdeutlichen, werden diese in einer tabellarischen Übersicht (siehe Tab. 2) einander gegenübergestellt:

[14] Ähnliche Themen bilden sich auch in den vier Grundmotivationen von Alfried Längle ab.

[15] Auch die Humanistische Psychologie mit ihren wesentlichen Vertretern Rogers und Maslow rückt zwar die menschliche Person in den Vordergrund, meint aber hauptsächlich das mit Trieben ausgestattete Individuum. Die Erfüllung der Selbstverwirklichung erfordert in der hierarchisch angeordneten Maslow-Pyramide zunächst die Befriedigung der als „natürlich" angesehenen Bedürfnisse des Individuums (vgl. Böhm 1997, 120).

[16] Wie Wert, Wille, Sinn und Motivation zusammenhängen und für Erziehung fruchtbar gemacht werden können, wird im Artikel „Wo ein Wille ist, ist ein Wert" dargelegt (vgl. Waibel 2012), der im Vorjahr an dieser Stelle publiziert wurde.

[17] So weist beispielsweise Krautz darauf hin, dass der Begriff Kompetenz alles andere als klar ist, aber vor allem auch nicht die Ausfaltung der „personalen Existenz des Menschen" im Blick hat und die Person funktionalisiert (vgl. Krautz 2009, 92).

[18] Mit drei Dimensionen (somatische, psychische und noetische) wird die Person in der Existenzanalyse charakterisiert. Frankl (2002, 61ff) beschreibt das Zusammenwirken von Leib, Gefühls-Seele und Geist mittels der drei Dimensionen. Damit lässt sich deutlich machen, dass der Mensch als Einheit und Ganzheit durch alle drei Erscheinungsweisen gekennzeichnet ist (vgl. Längle 2013, 173f).

Naturalismus	Soziologismus	Personalismus
Nimmt an der „natürlichen“ Entwicklung und den genetischen Voraussetzungen des Menschen Maß.	Nimmt an den Auswirkungen von Umwelt und Gesellschaft Maß.	Nimmt an den die Person konstituierenden Merkmalen des Menschen Maß (Freiheit, Verantwortung, ...).
Ethische Dimension: Natur	Ethische Dimension: Legalität	Ethische Dimension: Moralität
Die Steuerung des menschlichen Handelns erfolgt durch spontane, natürliche Kräfte, durch Lust, Verfolgung des eigenen Nutzens, Sympathie, „natürliche“ Bedürfnisse, Neigungen, Triebe, …	Die Steuerung des menschlichen Handelns erfolgt durch gesellschaftliche objektive Forderungen und Notwendigkeiten durch Gefolgschaft gegenüber Religion und Politik, Herrschaft von Ideologien, …	Die Steuerung menschlichen Handelns erfolgt durch die Person selbst, indem sie ihre Selbstgestaltungskräfte in Freiheit und Verantwortung mobilisiert.
Die Entwicklung des Menschen wird durch „natürliche“ Kräfte gelenkt.	Erziehung und Unterricht können je nach Vorgaben von außen „gemacht“ werden.	Erziehung und Bildung sind wesentlich Selbstergreifen und Selbstgestaltung.
„Gesunde“ Entwicklung kann „gemessen“ werden.	Abweichendes Verhalten kann „gemessen“ werden.	Zentrale Aspekte von Person liegen jenseits von Messbarkeit.
Bei Eingriffen in die Entwicklungsvorgänge treten Entwicklungsstörungen auf.	Bei Nichtanpassung treten Verhaltensstörungen auf.	Der Mensch kann sich selbst verfehlen. Das Maß dafür liegt im Menschen selbst.
Biologisch-medizinische Diagnosen werden gestellt.	Psychologische Diagnosen treten in den Vordergrund.	Pädagogische Maßnahmen sind zentral.
„Krankhafte“ Entwicklungen können geheilt werden.	„Anpassungsstörung“, mangelnde Anpassungsfähigkeit, kann therapiert werden.	Freiheit und Verantwortung, Sprache und Vernunft können schlechtestenfalls eingeschränkt sein.
Der Mensch wird damit als über Jahrtausende unveränderlich angesehen, da er als ein sich seinen inneren Bauplan Entwickelnder gesehen wird.	Der Individualität der menschlichen Natur wird keine Beachtung geschenkt; allenfalls ist ein soziologisch entworfener Gesellschaftsindividualismus möglich.	Jeder Mensch wird im Verlaufe eines geglückten Prozesses von Personentwicklung immer mehr er selbst, immer mehr einmalige und einzigartige Person. Diese kann sich jederzeit verändern.
Geht von der „vormoralischen“ Gutheit des Menschen aus (Rousseau).	Geht von der „Vergesellschaftung“ des Menschen aus (Durkheim).	Geht von Freiheit und Verantwortung der Person und ihren Gaben Vernunft und Sprache aus.
Für folgende Ideen leitend: • Erziehung vom Kinde aus (Neurousseauismus) • Antiautoritäre Erziehung • Reformpädagogische Ansätze[19].	Für folgende Ideen leitend: • Behaviorismus • Taxonomie von Lernzielen[20] • Programmierter Unterricht • Atomistische Didaktik.	Für folgende Ideen leitend: • Personorientierte Pädagogik • Existenzielle Pädagogik.
Erziehung ist vor allem Entwicklung.	Erziehung ist vor allem Lernen; Lernen ist vor allem Verhaltensmodifikation.	Erziehung ist vor allem Anregen der Selbstgestaltungskräfte des Menschen und damit seines Wählens und Entscheidens, um seine Potenzialität wirklich werden zu lassen und sich selbst die eigene Form zu geben.
Die (Entwicklungs)Psychologie bildet die Basis des pädagogischen Denkens.	Die „Einpassung“ des Menschen in seine vorgegebenen Verhältnisse (Soziologie) bildet die Grundlage des pädagogischen Denkens.	Die Person bildet das Prinzip allen pädagogischen Denkens.
BEDÜRFNISPÄDAGOGIK	MACHBARKEITSPÄDAGOGIK	EXISTENZIELLE PÄDAGOGIK

Tab. 2: Drei wesentliche Sichtweisen zum Menschen und damit zum Maßnehmen in der Erziehung (vgl. Böhm 1997, 114ff)

DIE GRUNDPOSITIONEN DER EXISTENZIELLEN PÄDAGOGIK

Diese drei Zugänge zum Menschen führen direkt zur Frage, welche Konsequenzen für Erziehung sich aus den dargelegten Überlegungen ergeben: Wer sagt uns in der Erziehung, was richtig ist? Woher wissen wir, ob wir „richtig“ erziehen oder anders gefragt, wie wir zum „Richtigen“ hin erziehen? Wie können Erziehende sicher(er) sein, dass sie das „Richtige“ tun? Diese Frage bzw. die Antworten darauf bedürfen weiterer Präzisierung, denn Richtigkeit kann sich auf die Frage nach der Legalität, der Moralität und Stimmigkeit von Seiten der Erziehenden sowie auf das Kind beziehen, denn in der Erziehung sind ja mindestens zwei Personen in wechselseitiger Bezogenheit im Spiel. Zu guter Letzt taucht noch die Frage auf, wie Erziehende Kinder und Jugendliche dabei begleiten können, ihrerseits das „Richtige“ zu tun. Die Antwort darauf führt zur Werteerziehung, die in der Existenziellen Pädagogik zwei Ausfaltungen erfährt, nämlich eine Allgemeine und eine Personale Werteerziehung.

Zunächst werden die Grundpositionen der Existenziellen Pädagogik dargelegt.

Die möglicherweise größte Herausforderung von Erziehung besteht darin, dass an diesem Geschehen immer mindestens zwei Personen beteiligt sind und Erziehungshandeln definitionsgemäß immer auf Interaktion beruht. Auf der Grundlage einer Begegnung entsteht durch die dialogische Auseinandersetzung mit dem gerade anstehenden Thema (z. B. Mithilfe im Haushalt, Zimmer aufräumen, …) etwas Neues und Anderes. Es gilt, die existenzielle Relevanz des Themas im Dialog vor dem Hintergrund der Beziehung zu heben und zu halten. Das Thema stellt in der Regel – zumindest für eine der beiden beteiligten Personen – einen Wert dar. Die Person der Erziehenden, die Person des Kindes und der Wert, um den es gerade geht, bilden dabei ein Dreieck. Das gesamte Ge-

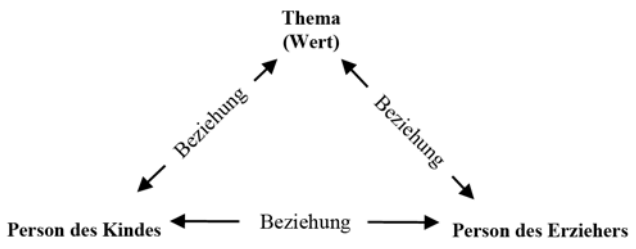

Abb. 1: Die Grundpositionen der Erziehung

[19] Hier sind besonders jene reformpädagogischen Ansätze angesprochen, die die Person der Erziehenden als bedrohlich bzw. störend für die Entwicklung des Kindes sehen und die davon ausgehen, dass sich ein Kind dann am besten entwickelt, wenn es möglichst wenig von äußeren Einflüssen, auch von Seiten der Erziehenden, beeinträchtigt wird, wie es Winfried Böhm in seinem Buch zur Reformpädagogik dargelegt hat (Böhm 2012).

[20] Dabei werden Ziele und Leistungen bevorzugt, die am Verhalten des Kindes gemessen werden können und sich als gelerntes Verhalten beschreiben lassen. Ziele, die nicht darunter subsumiert werden können, werden vernachlässigt, wie beispielsweise Freiheit, Verantwortung, Selbstgestaltung, Motivation u. a.

schehen ist zudem in den je spezifischen Kontext eingebettet.

Die Abbildung (vgl. Abb. 1) macht deutlich, dass bei einer Existenziellen Erziehung mindestens folgende Aspekte in Hinblick auf die Auseinandersetzung mit dem richtigen Handeln berücksichtigt werden müssen:

Menschen entwickeln sich an der Welt und an ihren bereit liegenden, „stimmigen" Werten sowie entscheidend am jeweils anderen Menschen. Das Ich wird am Du, wie Martin Buber (vgl. Buber 1983, 18) meint – und das gilt für Erziehung im Besonderen. In einer personal und existenziell orientierten Pädagogik steht neben der Person des Kindes auch die Person der Erziehenden im Mittelpunkt.[21] Dies hat zur Folge, dass mindestens diese beiden Perspektiven im Auge behalten werden müssen.

Die Person der Erziehenden

Erziehende arbeiten mit ihrer und durch ihre Person; sie ist ihr wesentlichstes Erziehungsinstrument, da eine an der Person und deren Existenzialität orientierte Erziehung Berührt-Werden und Berühren voraussetzt. Deshalb ist die Stärkung der Person, vor allem im Sinne des Mehr-um-sich-Wissens für Erziehende unumgänglich. Das bedeutet, geklärt zu haben, was für sie selbst richtig und wichtig ist, für das eigene Leben, aber auch für die Erziehung. Wenn Erziehenden beispielsweise daran gelegen ist, dass das Kind z. B. sein Zimmer aufräumt, so werden sie sich die Frage stellen, ob ihnen dieses Ansinnen wirklich wichtig ist, ob es gerechtfertigt ist, wie es im Gesamtkontext ihrer Erziehungsbemühungen einzuordnen ist, welche Bedeutung es hat und ob es ihnen so viel wert ist, dass sie dafür „in den Ring steigen". Denn es könnte sein, dass sie Widerstand ernten und dann wirklich für ihr Anliegen eintreten müssen oder herausgefordert werden, in die Aus-einander-setzung zu gehen und Argumente dafür haben sollten oder Zeit aufwenden müssen oder alles zusammen. Es gilt also die eigene Beziehung zum gerade anstehenden Wert des aufgeräumten Zimmers zu klären, zu eigener Wertklarheit zu kommen. Gesetzt den Fall, das Aufräumen des Zimmers würde von keiner der beteiligten Personen als Wert angesehen, wäre das Thema wohl erledigt. Warum sollte sich dann jemand dafür einsetzen?

Die Person des Kindes

In weiterer Folge wird es hilfreich sein, wenn Erziehende das „Verhältnis", also die Beziehung des Kindes zur Frage des Aufräumens des Zimmers in Betracht ziehen, diese vielleicht anhand der eigenen Forderung nochmals grundsätzlich mit ihm klären. In dieser Phase ist es notwendig ganz bei der Person des Kindes zu sein und zu bleiben, sich der Situation phänomenologisch zu nähern und eigene Wünsche zunächst außer Acht zu lassen. Beispielsweise könnte das Kind andere Vorstellungen von der „Aufgeräumtheit" seines Zimmers haben („Es schaut doch ordentlich aus") oder den Wunsch der Erziehenden (jetzt) nicht umsetzen wollen, weil es möglicherweise gerade eine Freundin treffen, die Hausaufgabe fertig machen, Fernsehen oder sonst etwas machen will. Somit geht es in dieser Situation zuallererst darum, die Gründe für das Nichtaufräumen zu kennen und zu verstehen sowie das Kind zu (s)einer Personalen Stellungnahme[22] herauszufordern und selbst Stellung zu beziehen. Wenn Erziehende nun die Freiheit und Verantwortung des Kindes ernst nehmen und diese bei ihm belassen, so wird klar, dass sie das Kind (und das gilt für alle adäquaten Situationen mit anderen Menschen) letztlich nicht veranlassen können, etwas zu tun oder auch nicht zu tun. Sie könnten zu „unlauteren" Mitteln wie belohnen, bestechen, drohen, schimpfen, toben, strafen, … greifen (die alle nicht mit einer Existenziellen Pädagogik kompatibel sind), weil sie weder der Freiheit noch der Verantwortung, weder der Würde noch der Wertschätzung des Kindes gerecht werden. Je nach Willenskraft des Kindes ist es sogar bei Anwendung dieser Mittel möglich, dass sich Erziehende nicht „durchsetzen", denn letztlich kann einem anderen Menschen das eigene Wollen nicht aufgezwungen werden, auch wenn sich dieser in einer scheinbar schwächeren Position befindet. Beim Versuch, genau dies zu tun, begeben sich Erziehende in die Zone einer autoritären Erziehung. Heißt das nun, dass Erziehende keine Anforderungen stellen sollten (wie in der Laisser-faire-Erziehung) oder ihr Ansinnen „aufgeben" sollten, wenn sie auf Widerstand stoßen? Damit würden sie allerdings möglicherweise Verwöhnung induzieren, die ja unter anderem dadurch gekennzeichnet ist, dass dem Kind alles Mühsame, Anstrengende, jeder Widerstand aus dem Weg geräumt wird. Die Herausforderung in der Erziehung besteht darin, auf der Grundlage von Beziehung und Begegnung, welche die Basis für jedes Erziehungsgeschehen bilden, zu einer gemeinsamen Lösung zu kommen, die idealer Weise von beiden am Erziehungsprozess Beteiligten mitgetragen werden kann.[23] Beziehung und Begegnung alleine machen zwar Erziehung nicht aus, aber ohne diese stehen Erziehende auf verlorenem Posten. Beziehung bedeutet allerdings nicht, es immer angenehm miteinander zu haben und Konflikten aus dem Weg zu gehen. Um wieder auf das Beispiel des Aufräumens des Zimmers zurückzukommen, könnten sich in der konkreten Situation folgende Lösungen ergeben: Das Kind räumt das Zimmer den Erziehenden zuliebe auf, Erziehende verzichten für heute oder die ganze Woche auf das aufgeräumte Zimmer oder sie arbeiten mit dem Kind einen Kompromiss aus, dass es innerhalb einer Woche jeweils selbst entscheidet, wann es sein Zimmer in Ordnung bringt.

Deutlich wird an diesem Beispiel, dass Erziehung immer Beziehung und manchmal Begegnung ist und schließlich auch Reibung bedeutet kann. Im wirklich Da-Sein und phänomenologischen Hinschauen und vielleicht auch Grenzen setzen signalisieren Erziehende dem Kind, dass sie sich für sich selbst, aber auch für das Kind einsetzen, indem sie ihre Werte ernst nehmen, aber auch die des Kindes. Das Kind erfährt auf diese Weise, dass es als Person für die Erziehenden wichtig ist, denn diese gehen nicht den bequemen

[21] Diese Auffassung von der Bedeutung der Erziehenden steht im Gegensatz zu manch reformpädagogischen Ansätzen, wie dies besonders Winfried Böhm herausgearbeitet hat (Böhm 2012).

[22] Die Personale Stellungnahme bzw. Personale Existenzanalyse (PEA) ist eine Methode der Existenzanalyse, die auch in der Erziehung eine wesentliche Bedeutung hat (vgl. Längle 2000, 31f).

[23] Eine solche Vorgehensweise bedeutet nicht, dass um jedes Thema, um jeden Wert in der Erziehung lange „verhandelt" werden muss. Es genügt oft, dem Kind die eigene Stellungnahme darzulegen.

Weg, sondern nehmen um ihretwillen und seinetwillen eine Auseinandersetzung in Kauf. Möglicherweise hilft es Erziehenden zu wissen, dass ihre Werteorientiertheit und damit vielleicht ein klares, begründetes Nein, wenn dies aus ihrer Sicht notwendig erscheint, die Beziehung in der Regel nicht gefährdet, sondern eher stärkt. Denn letztlich achten Kinder und Jugendliche in sich ruhende und Werte orientierte Erziehende, auch wenn sie anderer Meinung sind.

Die Werte

Werte[24] wie in diesem Beispiel das Aufräumen des Zimmers stehen fast immer im Zentrum einer dialogischen Beziehung sowie Begegnung und damit der Erziehung, denn ohne Wert würde sich der Dialog nach innen erschöpfen, er wäre nicht auf ein Ziel ausgerichtet. Natürlich kann es sein, dass der andere Mensch zum Wert wird, dass die Begegnung als Wert an sich gesehen wird. Aber genauso wie es darum geht, dass der einzelne Mensch nicht in seinem Innenraum verharrt, sondern sich der Außenwelt öffnet, ist dies bei Menschen, die in einer Beziehung zueinander stehen, der Fall. Werte fordern Menschen heraus, sich etwas anderem als sich selbst zuzuwenden. An ihnen entzünden sich Diskussionen – nicht nur, aber gerade auch in der Erziehung. Deshalb bilden Wertklärungen und Wertpriorisierungen eine wichtige Basis einer Existenziellen Pädagogik. Wie bereitwillig das Kind auf Ansinnen oder Kompromissangebote der Erziehenden eingeht, hängt wesentlich – wie oben erläutert – von der Beziehung zwischen den beiden an Erziehung beteiligten Personen ab – den Erziehenden und dem Kind.

LEGALITÄT UND MORALITÄT IN DER ERZIEHUNG

Wer sagt nun in der Erziehung, was richtig ist? Historisch betrachtet wurde das Maß der Erziehung lange Zeit außerhalb des Menschen gesucht und gefunden, nämlich in religiösen, staatlichen, naturgesetzlichen oder gesellschaftlichen Ordnungen, die auch für Erziehung galten. Das am Menschen orientierte Vorgehen in der Erziehung ist relativ neu. Eingestürzt ist dieses Denkmodell aber wieder ein Stück weit als im 20. Jahrhundert eine Pädagogik vom Kinde aus postuliert wurde (vgl. Böhm 1997, 114) – so paradox dies klingt. Denn dieser Zugang orientiert sich an einem Bild des Kindes, das dessen Naturwesen besonders betont. Der Naturalismus geht davon aus, dass der natürlichen Entwicklung des Kindes freier Lauf gelassen werden müsse, dann werde schon alles gut. Die Idee des vergesellschafteten Wesens hingegen sieht den Menschen als wesentlich von der Gesellschaft geformt und steht gleichzeitig in der Forderung, den Menschen gesellschaftsfähig zu „machen".Eine solche soziologische Betrachtensweise des Menschen nimmt eher am Machen und an der Legalität Maß. Die naturalistische Sichtweise orientiert sich eher an den Gesetzmäßigkeiten der Natur. Für alle folgenden Überlegungen bildet das existenzanalytische Bild von Person den Ausgangspunkt für die Frage des Maßes in der Erziehung.

Niemand kann für sich beanspruchen, in einer konkreten Situation das zu erkennen, was absolut richtig ist, weder als Außenstehender noch als Betroffener. Es gibt folglich auch keine allgemeinen Erziehungsgesetze, die Erziehenden für jede Situation klare Anleitungen geben können, auch keine anderen Personen oder Ratgeberbücher über Erziehung. „Ad personam" und „ad situationem" heißt auch hier, dass Erziehende auf sich selbst und auf das Kind und ihre Beziehung zu ihm zurückgeworfen sind, d. h., dass sie als Person angefragt sind, in dem, was ihnen wichtig und wertvoll ist und dem, was dem Kind wichtig und wertvoll ist. Das heißt, wenn Erziehende aus einer Beziehung heraus im Sinne der Moralität handeln, können sie sicherer sein, dass ihre Handlungen – so gut es eben möglich ist – „richtig" sind. Dies betrifft auch die Frage nach den Erziehungszielen.

Erziehungsziele: Wessen Ziele?

Gerade bei der Frage nach den Erziehungszielen wird das grundsätzliche Thema nach der Richtigkeit des Handelns in aller Deutlichkeit gestellt: Orientieren sich Erziehende bei der Festlegung der Erziehungsziele ausschließlich an den eigenen Zielen oder beziehen sie die Ziele der Kinder und besonders der Jugendlichen ein? Bereits Immanuel Kant machte in seinen Vorlesungen zur Pädagogik deutlich, dass Erziehende mit Subjekten rechnen müssen, denen Autonomie zukommt und dass daher Einwirkungen auf Kinder moralisch nicht vertretbar sind, bei denen die Ziele nicht von diesen selbst stammen. Diese Überlegungen sind aus seiner Praktischen Philosophie abgeleitet, die wieder Grundpositionen des aufgeklärten neuzeitlichen Verständnisses von Person darstellen (vgl. Böhm et al. 2011, 222). Auch Jean-Jacques Rousseau widmete sich in seiner berühmten Schrift „Emile ou de l'éducation" dieser Frage in aller Ausführlichkeit, indem er das komplexe Spannungsfeld der Identitätsbildung zwischen der Natur und der Freiheit des Menschen und der ihn beeinflussenden Umgebung, einschließlich der Erziehenden, diskutierte und dieses Dilemma als ein unlösbares pädagogisches Grundproblem erkannte (vgl. Böhm et al. 2011, 390ff).

Entscheidend für das praktische Handeln scheint zu sein, dass Erziehende nicht zu Handlangern von pädagogischen Modeströmungen werden, sondern Erziehungsziele sorgfältig mit sich selbst und mit den Kindern abstimmen. Sehr allgemein formulierte Erziehungsziele, wie beispielsweise Solidarität, Offenheit, Weltorientierung, Beziehungsfähigkeit, Selbstwert, … um nur einige zu nennen, haben als allgemeine Zielvorstellungen ihre Richtigkeit, bilden aber nicht immer genügend konkrete Handlungsrelevanz ab. Je konkreter aber Erziehungsziele der Erzieher werden, desto eher kann es sein, dass sie dem einzelnen Kinde und Jugendlichen nicht gerecht werden, desto eher besteht die Gefahr, die betroffenen Kinder und Jugendlichen aus dem Auge zu verlieren, besonders wenn sich Erziehende zu sehr auf ihre eigenen Ziele beschränken. Denn wie können sie wissen, ob das angestrebte Ziel sich in Zukunft als das Richtige und für das Kind Gute herausstellen wird? Es wird keine Antwort geben, die sie aus dieser Frage entlässt und daher niemanden, der in diesem Falle sagen kann, was richtig ist. Erziehungsziele, wenn sie „nur" die Ziele der Erziehenden sind, nehmen aber die zweite am Erziehungsprozess beteili-

[24] Frankl spricht in diesem Zusammenhang vom Logos, vom Sinn, der einem Gespräch, einer Beziehung erst ein Wozu gibt (vgl. Frankl 1991, 220f).

gte Person, nämlich das Kind nicht wirklich wahr. Ein sich bietender Ausweg könnte sein, dass sich Erziehende zwar an eigenen Zielen orientieren, diese mit den Kindern aber immer und immer wieder im argumentativen Dialog und mittels Personaler Stellungnahme abstimmen (vgl. Waibel 2011, 154ff).

Diese Überlegungen führen zu den grundsätzlichen Fragen: Woran nehmen Erziehende Maß? Woran kann und soll Maß genommen werden? An der Welt? Am Menschen – und wenn ja – woran konkret? Lässt sich aus dem Bild von Person ableiten, dass der Mensch das Maß für Erziehung ist? Können und sollen Erziehende Maß an sich selbst nehmen? Und wie steht es mit dem Maßnehmen in Hinblick auf das Kind? Von welchen Einschränkungen ist dabei auszugehen und können und sollen diese in Kauf genommen werden? Um nicht der Gefahr eines unreflektierten Subjektivismus zu erliegen, müssen vorab einige grundsätzliche Fragen geklärt werden, wobei zunächst die Person der Erziehenden ins Blickfeld genommen werden soll.

Richtigkeit aus der Sicht der Legalität

Dies würde bedeuten, dass Erziehung dann als gut angesehen würde, wenn Erziehende am „Ergebnis" von Erziehung gemessen würden, also daran, ob aus den Kindern und Jugendlichen „etwas" geworden wäre, wenn sich also die Erziehungsbemühungen als erfolgreich herauskristallisiert hätten. Das Ergebnis von Erziehung bildet aber nicht hauptsächlich ein Produkt und kann nicht wie ein solches gemessen werden. Daher scheint es müßig, die Richtigkeit des eigenen Handelns vom Ergebnis abhängig zu machen. Denn wer könnte dieses „Etwas" messen, woran und in welcher Form? Könnte dieses komplexe Geschehen überhaupt in seinen gegenseitigen Interdependenzen quantitativ sowie qualitativ abgewogen und beziffert werden und vor allem zu welchem Zeitpunkt? Wenn das Kind in eine Höhere Schule wechseln möchte und dieses Ziel verfehlt, wenn es volljährig ist, seine Berufsausbildung abgeschlossen hat oder gar erst, wenn es Lebenserfahrung gesammelt hat, eine Familie gegründet hat oder 40 Jahre alt geworden ist? Und woran könnte Maß genommen werden? An dem, was die Person aus ihren Möglichkeiten bzw. Potenzialitäten gemacht hat, am fördernden oder hemmenden Einfluss von Erziehenden oder an ihrem mehr oder weniger fördernden Umfeld? Von wessen Scheitern wäre hier die Rede? Weiters stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien und aus welcher Sicht ein solches Urteil gefällt werden könnte. Und schließlich noch eine sehr entscheidende Frage: Wird die Beurteilung „etwas Rechtes" aus der Sicht der „Gesellschaft", aus der Sicht der Erziehenden oder aus der Sicht des Kindes gefällt? Das ließe sich bei einem Geschehen, bei dem zwei Personen einschließlich ihrer Umwelt beteiligt sind, bei denen Ursachen und Gründe nicht so ohne weiteres auszumachen sind, nicht einfach bewerkstelligen. Was heißen Erfolg und Misserfolg eigentlich? Beide haben viele Gesichter und sind vor allem subjektiv. Weder Erfolg noch Misserfolg lassen sich objektivieren und konkret quantitativ und qualitativ beziffern und fassen. In ganz besonderem Maße gilt dies für das „Ergebnis" von Erziehung. Würde dies bedeuten, dass bei einer Person, die einen großen Teil ihrer Potenzialitäten nicht umgesetzt hat, Erziehung als nicht geglückt bezeichnet werden müsste?

Die Ausrichtung an allgemeinen Regeln, am „Ergebnis", an der Legalität, an dem, was in der Erziehung „erreicht" wurde, folgt zudem der Spur des Machbarkeitscharakters von Erziehung. Dieser steht aber einer an der Person und deren Existenzialität orientierten Pädagogik entgegen, bei der das Kind als Subjekt und nicht als Objekt wahrgenommen und behandelt wird. Zudem gäbe es keinen Zeitpunkt, an dem das „Ergebnis" von Erziehung wirklich beurteilt werden könnte.

Richtigkeit aus der Sicht der Moralität

Eine Ausrichtung der Erziehung an der Legalität der Handlung, also am „Produkt" kann – wie bereits deutlich wurde – das weite Feld des Erziehungsgeschehens nicht abdecken und würde dabei notwendigerweise wesentliche Aspekte außer Acht lassen. Aber auch aufgrund der langen Zeitspannen, bis Ergebnisse sichtbar werden und aufgrund der Unmöglichkeit, die Ergebnisse zu „messen", ist eine Orientierung an der Legalität im praktischen Erziehungsalltag wenig Ziel führend.

Was würde es daher bedeuten, sich – wie Kant vorschlägt – an der Moralität der eigenen Handlungen zu orientieren, an dem, was Erziehende für richtig und gut ansehen? Wer sich an der Moralität ausrichtet, orientiert sich eher am Weg bzw. am Erziehungsprozess und weniger am Ziel und damit am Produkt, beschäftigt sich daher mehr mit der Gegenwart als mit der Zukunft. Erziehende, die sich an der Moralität orientieren, würden demnach so handeln, wie es ihrem inneren Bild von gut und richtig entspricht, gespeist vor allem aus den Allgemeinen und Personalen Werten. Aber selbst die Orientierung an der Moralität und damit am Prozess kann der Person der Erziehenden und deren Existenzialität zuwiderlaufen, wenn diese ihr Handeln nicht als stimmig und authentisch für sich erleben.

Richtigkeit aus der Sicht der Stimmigkeit

Die Stimmigkeit des eigenen Handelns erwächst nun aus dem eigenen Bezug zu seinen Personalen Werten. Erziehende kommen deshalb nicht darum herum, sich mit dem, was ihnen in der Erziehung wertvoll ist, auseinanderzusetzen, für sich selbst Werteklarheit zu erlangen.

Auch hier gilt: Das authentische und stimmige Handeln der Erziehenden garantiert noch nicht, dass diese damit der Person des Kindes gerecht werden. Das gilt vor allem dann, wenn Erziehende mehr sich selbst sowie ihre Bedürfnisse und weniger das Kind im Blickfeld haben. Denn darin besteht die Herausforderung: Einerseits ist die eigene Wertklarheit in der Erziehung wichtig, andererseits kommt es auch darauf an, das Kind eigenständige Wertentscheidungen treffen zu lassen[25].

Richtigkeit aus der Sicht des Kindes

Daher genügt es nicht, wenn Erziehende im Sinne Kants moralisch gut und für sich selbst stimmig handeln. Neben

[25] Wichtig in der Erziehung scheint zu sein, dass Erziehende nicht vom Kind erwarten, dass es ihre eigenen Wünsche, Ansprüche und Vorstellungen umsetzt. Erziehende sollten möglichst wunsch- (aber nicht wert)los sowie „anspruchslos" sein, nicht darauf angewiesen, über die ihnen anvertrauten Kinder ihre eigenen Bedürfnisse zu befriedigen.

der Person der Erziehenden steht die Person des Kindes im Mittelpunkt des Erziehungsgeschehens. Die Stimmigkeit von Erziehungshandlungen muss daher auch mit den Augen des Kindes in Hinblick auf dessen Stimmigkeit beurteilt werden. Im Abwägen dessen, was Erziehenden selbst und dem, was dem Kind wichtig und richtig erscheint, lassen sich meist Lösungen finden, die in der Regel beiden beteiligten Personen gerecht werden.

DIE PERSON ALS MASS

Verengung oder Erweiterung des Blickwinkels

Aus dem Blickwinkel der Moralität kommt dem Menschen das Maß für richtig und falsch zu. Wie kann der Mensch zum Maß werden, wenn seine Wahrnehmungsfähigkeit eingeschränkt und alles andere als objektiv ist? Denn offenkundig ist: Menschen nehmen erstens die Welt in jenen Ausschnitten wahr, zu denen sie ihre Sinnesorgane befähigen. Sie sehen nur jenen Teil der Welt, nehmen nur jenen Spektralbereich an Licht auf, für das ihr Auge geschaffen ist. Sie hören nur in jenem Frequenzbereich, für den ihr Ohr eingerichtet ist. Sie nehmen bestimmte Phänomene der Welt gar nicht wahr (Magnetismus, verschiedenste Formen von Strahlen, …), weil sie keine Sinnesorgane dafür besitzen. Und das, was sie wahrnehmen, ist zweitens durch ihre bisherigen Erfahrungen geprägt und damit weiter eingeschränkt. Das heißt, die somatisch-psychisch-noetische Verfasstheit des Menschen bestimmt den Ausschnitt seiner Wahrnehmung von dieser Welt mit.

Eine Pädagogik, die sich an der Person des Menschen orientiert, geht davon aus, dass von einem ausschließlich naturbestimmten Menschen oder einem zur Norm erhobenen Kollektivbewusstsein der Weg zur Person versperrt ist. Demgegenüber scheint eine Fokussierung auf die Person zunächst in die Enge der Subjektivität zu führen. Aber angenommen jeder einzelnen Person, ja der gesamten Menschheit, würde diese Möglichkeit zugesprochen und – gesetzt den Fall – alle diese Wahrnehmungen wären für alle verfügbar – so ließe sich damit die Welt – zumindest aus der Sicht der Menschen und der Menschheit – ein wesentliches Stück weit besser verstehen. „Wahrheit“ ergäbe sich demnach aus der Zusammenschau und dem Zusammenwirken von unterschiedlichen Sichtweisen. Diese gemeinsame Erkenntnisschau läßt sich für den Menschen durch keine andere bisher bekannte Methode übersteigen und nimmt der eingangs formulierten These die individualistische Enge. Einen Sachverhalt aus möglichst vielen Seiten anzuschauen, bildet daher den Königsweg der Erkenntnis, die aber – wie jede menschliche Erkenntnis – letztlich immer begrenzt sein wird, wie dies in der japanischen Fabel vom Elefanten poetisch niedergelegt wurde (vgl. Böhm 1997, 114).[26]

Ein Bild von Person, wie es hier gezeichnet wird, kommt jedenfalls nicht darum herum, die menschliche Person zum Prinzip des pädagogischen Denkens zu nehmen (vgl. Böhm 1997, 123f).

Da Erziehung wesentlich Interaktion von der Person der Erziehenden mit der Person des Kindes ist, eröffnet sich damit die zweite Ebene des Themas: Wie lernen Kinder wissen, was richtig ist? Wie können sie in diesem Prozess unterstützt werden? Damit rückt die Frage der Werteerziehung ins Blickfeld. Auch diese hat wiederum zwei Seiten, nämlich die Erziehung in Hinblick auf die Allgemeinen Werte, die Moralerziehung[27] und die Erziehung in Hinblick auf die Personalen Werte, die eigentliche Werteerziehung, die weitgehend den Überlegungen von Max Scheler und Nicolai Hartmann folgt.

Die Person als Maß in der Werteerziehung

Wie schon generell für Erziehung postuliert, spielt die Person der Erziehenden in der (Allgemeinen und Personalen) Werteerziehung – wie auch in der gesamten Erziehung – eine große Rolle. Entscheidend in diesem Bereich sind ihre Werteklarheit und ihre Bereitschaft, die eigenen Werte zu leben sowie ihre Fähigkeit, in eine offene und lebendige Auseinandersetzung mit den Werten anderer einzutreten (vgl. Waibel 2011, 281). Kinder und Jugendliche spüren, was den Erziehenden wichtig ist, noch ohne dass diese ein Wort darüber verlieren. Je älter die Kinder werden, desto wichtiger wird es, sich mit diesen immer wieder in Achtung und Offenheit dem Anderen und den Anderen gegenüber über Allgemeine und Personale Werte auszutauschen.

Allgemeine und Personale Werteerziehung geschieht wie jede Erziehung funktional und intentional – und beginnt damit bereits beim Kleinkind. Es gibt keine wertfreien Erziehungsräume und alle Erziehenden wirken von Anfang an mit ihrer Person und damit auch mit ihren (Allgemeinen und Personalen) Werten. Diese sind immer Ausdruck der jeweiligen Person und Teil ihrer Lebensausrichtung. Diesem funktionalen (nicht beabsichtigten) Teil der Erziehung wird an dieser Stelle nicht weiter nachgegangen. In Hinblick auf eine intentionale (beabsichtigende) Erziehung lässt sich Folgendes festhalten: Jede Werteerziehung beruht neben der Beziehung zu den Erziehenden und deren Vorbildwirkung, deren Eingehen auf die Person des Kindes und deren phänomenologisch-existenziellen Erziehungsstil auf der Verwirklichung

[26] Die Fabel vom Elefanten besagt, dass fünf weise und blinde Gelehrte von ihrem König auf eine Reise geschickt wurden, um herauszufinden, was ein Elefant ist. So machten sie sich auf die Reise nach Indien und wurden von Helfern zu einem Elefanten geführt. Als sie zum König zurückkamen, berichteten sie ihm Folgendes: Der erste Weise hatte den Rüssel betastet und meinte, dass der Elefant wie ein langer Arm sei. Der zweite Gelehrte hatte das Ohr ergriffen und widersprach: „Nein, der Elefant ist wie ein großer Fächer.“ „Aber nein“, verkündete der dritte Gelehrte, „der Elefant ist wie eine Säule“, da er ein Bein des Elefanten berührt hatte. Der vierte Weise hingegen sprach: „Also ich finde, der Elefant fühlt sich wie ein Seil mit ein paar Haaren am Ende an“, denn er hatte den Schwanz des Elefanten ertastet. Und der fünfte Weise berichtete schließlich seinem König: „Also ich sage, ein Elefant ist wie eine riesige Masse, mit Rundungen und ein paar Borsten drauf.“ Dieser Gelehrte hatte den Rumpf des Tieres berührt.

[27] Diese müsste – wenn wir der Terminologie Kants folgen würden, Legalitätserziehung heißen. Um Missverständnissen vorzubeugen, wird hier weiter der gängige Terminus Moralerziehung verwendet.

[28] Die vier Grundmotivationen „beschreiben die Grundbedingungen der Existenz und die tiefsten Motive des Menschen“ (Längle 2013, 71). Sie setzen sich in allen Motivationen durch und entfalten ihre Bedeutung nicht nur in der existenzanalytischen Therapie, sondern bilden die grundlegenden Motivationen für alle Menschen und damit auch für Kinder ab; siehe auch meine Überlegungen an anderer Stelle (vgl. Waibel 2011, 185ff). Deshalb sind sie essenzieller Bestandteil einer Existenziellen Pädagogik.

der drei existenziellen Grundmotivationen (vgl. Längle 2008, 23ff) und löst diese in der vierten Grundmotivation ein.[28] Die Werteerziehung hängt aber nicht nur in Bezug auf ihre Inhalte – die Werte, die vermittelt werden wollen – eng mit den Erziehenden zusammen, sondern speist sich wesentlich aus deren Person, aus deren Werten, deren Werteklarheit und deren Haltungen, aus deren Umgang mit der Welt und den darin liegenden Werten, aus deren Ringen um Wahrheit, aus deren Offenheit sich mit Andersdenkenden sachlich auseinanderzusetzen. Ein wichtiger Faktor der Werteerziehung sind Erziehende, die für ihre Werte eintreten, sich selbst an diesen ausrichten – ohne diese als sakrosankt zu vertreten oder sich anderen Werten zu verschließen. Aus dem dialogischen Weltbild ergibt sich die Notwendigkeit von Offenheit gegenüber der Welt und gegenüber anderen Personen. Gerade in einer Existenziellen Pädagogik kommt es darauf an, die Werte der Kinder zu sehen und diese einzubeziehen.[29] Während die Vermittlung von Allgemeinen Werten sich auf „objektive, vorhandene" Wertordnungen bezieht, setzt die Vermittlung von Personalen Werten vorrangig bei der Person des Kindes an. Die Allgemeinen Werte können – zumindest ein Stück weit – erklärt und verstanden werden, die Personalen Werte müssen vor allem erlebt und gespürt werden.

Allgemeine Werteerziehung

In der Allgemeinen Werteerziehung geht es immer um das Was und das Wie, also um die Frage, welche Werte wie umgesetzt werden. Das Herausfordernde der Allgemeinen Werteerziehung besteht darin, das Kind mit vorgegebenen und definierten Werten in Beziehung treten zu lassen. Da – wie schon dargelegt wurde – über einen anderen Menschen und damit auch ein Kind – nicht verfügt werden kann, stößt die Allgemeine Werteerziehung ebenfalls an diese Grenze. Erziehende können Kindern Werte – welche auch immer das sein mögen – daher nicht überstülpen, sondern immer „nur" anbieten – und zwar nicht nur kognitiv, sondern immer auch emotional – und es letztlich dem Kind überlassen, ob es diese annehmen will. Auf diese Weise kann der Gefahr der Indoktrination ein Stück weit entgegen getreten werden. Wichtig wird es aber sein, den Kindern die eigenen Werte deutlich zu machen, vielleicht sogar ein wenig für sie zu „werben", in jedem Fall aber für sie einzutreten und dabei den Kindern ermöglichen, sich so oder so zu entscheiden.

Schließlich und letztlich ist die eigene personale Auseinandersetzung und Stellungnahme der Kinder und Jugendlichen gegenüber Werten nötig. Dies kann durch Thematisierung von Wertefragen im Alltag, durch Geschichten, durch Rollenspiele, durch praktische und theoretische Auseinandersetzung mit Dilemmatasituationen geschehen, und zielt darauf, zu einer reflektierten und personalen Einschätzung der Allgemeinen Werte zu kommen. Zu wissen was richtig ist, heißt aber noch nicht, dass sich Menschen diesem ihrem Wissen gemäß verhalten. Nicht das Wissen um Werte ist entscheidend, sondern das nachhaltig am Wert orientierte Handeln, das entweder auf einer entsprechenden Haltung beruht oder zu einer solchen führt.[30] Ganz im Gegenteil: Bei der Wertevermittlung oder besser bei der Vermittlung von Wert-Berührung alleine auf das Wissen zu setzen, greift auch schon deswegen zu kurz, weil der Bezug der Person zu einem Wert wesentlich affektive Anteile umfasst. Wenn Menschen sich zu einem Wert hingezogen fühlen, so wachsen deren Bereitschaft und damit die Wahrscheinlichkeit, sich diesen auf längere Sicht zu Eigen zu machen. Schließlich bildet sich in dem, was dem Menschen wertvoll erscheint, die eigene Person ab. Da schon Allgemeine Werteerziehung kein rein kognitiver Prozess ist, gilt dies in noch größerem Ausmaß für die Personalen Werte (vgl. Waibel 2011, 271ff).

Personale Werteerziehung

Wenn Moralerziehung noch bis zu einem gewissen Grad intentional gefördert werden kann, ist dies bei der Personalen Werteerziehung kaum möglich, vor allem nicht in Hinblick auf die Inhalte, auf das Was. Deshalb dreht sich eine Personale Werteerziehung stärker um das Wie, nämlich um die Frage, wie Personale Werte entdeckt und das Kind bei der Umsetzung unterstützt werden kann. Hier ist eine andere Schwerpunktsetzung und auch Vorgehensweise nötig, die bereits in der Fragestellung deutlich wird: Wie können wir Kinder und Jugendliche anleiten, auf ihr inneres Spüren zu hören, das ihnen aufzeigt, was ihnen wichtig ist?[31] Schon bei dieser Frage wird deutlich, dass eine Personale Werteerziehung vor allem an der Person, deren Potenzialität und deren Selbstgestaltungskräften ansetzt.

So unbestritten wichtig es ist, wie Kinder den Umgang mit Personalen Werten in ihrem Umfeld erleben, also wie Eltern, Großeltern, Geschwister, Lehrpersonen, Freunde, … mit deren Personalen Werten umgehen, so ist es bei der Personalen Werteerziehung unerlässlich, dass Kinder ihre eigenen Werte zunächst einmal entdecken. Hilfreich kann es sein, ihnen verschiedene Personale Werte aufzuzeigen bzw. diese selbst vorzuleben. In weiterer Folge ist es erforderlich, dass die Kinder ihrem Gespür für das Richtige vertrauen lernen. Personale Werte sind ja von Person zu Person verschieden, da sie immer in unaustauschbarer Weise mit der Person in Beziehung stehen. Werte kennzeichnen eine Person bzw. lassen diese zumindest erahnen. Das heißt: Verschiedene Menschen werden von unterschiedlichen Werten berührt. Personale Werte sind daher keine feststehenden Größen und können einem anderen Menschen, einem Kind zwar aufgezeigt, aber nicht gelehrt werden. Sie bilden sich bereits in früher Kindheit durch Vorlieben und Interessen ab, oft schon, bevor Kinder sprechen können. Die Interessen der Kinder und

[29] Dabei stehen Erziehende auch vor der herausfordernden Aufgabe, zwischen Wünschen und Wollen und damit zwischen Bedürfnissen und Werten der Kinder zu unterscheiden, denn nur das Wollen beruht auf einem Wert (vgl. Waibel 2011, 230ff).

[30] Kohlberg, aber auch viele seiner NachfolgerInnen, geht in seinen Untersuchungen von einem festen Wertekatalog aus, der vermittelt werden soll, bei dem das „richtige" Verhalten bereits festgelegt ist. Auch wenn hier die Frage außer Acht gelassen werden soll, ob ein solcher Wertekatalog für Offene Gesellschaften bereits im Vorfeld fixiert werden kann und soll und für welche Gesellschaften er überhaupt Gültigkeit beanspruchen kann, so bleibt dennoch die Frage ungelöst, ob denn das Wissen um das „richtige" Tun bereits das „richtige" Handeln auslöst (vgl. Waibel 2011, 273).

[31] Da wir in einer Zeit und unter Gegebenheiten leben, die es Menschen und besonders auch Kindern nicht leicht machen, auf ihr Inneres zu hören, da dieses durch viele Faktoren behindert wird (Reizüberflutung, auch durch ständige Betriebsamkeit, Verwöhnung, Laisser-faire, …), sind Erziehende und Lehrende besonders herausgefordert (vgl. Waibel 2013, 376ff).

Jugendlichen zu erkennen, ist nicht immer leicht, denn diese liegen noch oft im Verborgenen. Es kann sogar sein, dass die Kinder aus verschiedenen Gründen, wie Anpassungsdruck oder zu wenig Achtsamkeit sich selbst gegenüber, ihre Personalen Werte gar nicht „entdecken". Erziehenden fällt in diesem Zusammenhang die Aufgabe zu, den Kindern beim Auffinden deren eigener Werte aktiv beizustehen, indem sie sich achtsam der Person und deren Potenzialität nähern und immer wieder deren Personale Stellungnahme herausfordern.

Zu wissen, welches die Personalen Werte der Kinder sind, genügt aber nicht, sondern es ist auch wichtig, dass sie ihren Platz im Leben des Kindes finden. Es liegt auf der Hand, dass es wenig hilfreich ist, wenn diese nicht aufgegriffen oder gar unterdrückt werden, weil sie als nicht wichtig angesehen werden oder den Vorstellungen der Erziehenden widersprechen bzw. diese andere Wünsche für ihre Kinder hegen (beispielsweise das Halten eines Haustiers, das Ausüben einer bestimmten Sportart, das Interesse an einem speziellen Thema, das Erlernen eines bestimmten Berufes, …). Aber auch wenn die Personalen Werte nicht gleich negiert oder unterdrückt werden, so könnten diese auch nur halbherzig unterstützt, nicht ernst genommen oder schlecht gemacht werden (vgl. Waibel 2011, 277ff).

Grundvoraussetzungen für eine Personale Werteerziehung sind daher:

1. Die Stärkung der Person des Kindes: Das bedeutet, das Ansprechen der Person in ihrer Freiheit und Verantwortung sowie das Verstehen der Person des Kindes (vgl. Waibel 2011, 210ff).

2. Die Umsetzung der vier Grundmotivationen, insbesondere der 3. und 4. Grundmotivation: Die Achtung, die der Person entgegengebracht wird, das Bemühen, ihr gerecht zu werden und schließlich die Wertschätzung der Person[32] legen die Basis für das Kennenlernen und Verstehen ihrer Personalen Werte. Die Verwirklichung ihrer Personalen Werte stärkt nicht nur ihren Selbstwert und damit ihre Lebenskompetenz, sondern ebnet auch ihren Weg zum Sinn (vgl. Waibel 2011, 185ff).

3. Die Pädagogische Antworthaltung, die in der Frage gipfelt: Was braucht dieses Kind jetzt – in dieser Situation – von mir? (Und nicht: Worum geht es mir?) (vgl. Waibel 2011, 183ff).

Resümee

Legalität und Moralität bilden für sich allein genommen noch keine hinreichenden Maßstäbe für „richtiges" Handeln. So stellt die Orientierung an der Legalität hohe Hindernisse in Hinblick auf die praktische Umsetzung auf, denn die Ausrichtung am Ergebnis liefert wenig Inspiration für aktuelles Handeln. Dabei besteht außerdem die Gefahr, dass die Person – sowohl die des Kindes als auch die der Erziehenden – aus dem Blickfeld verloren wird. Hingegen kann die Orientierung an der Moralität – ähnlich wie im Leben, das auch nur praktisch gelebt werden kann – hilfreicher sein. Und zwar im Sinne einer sittlich-moralischen Rechfertigung. Darüber hinaus ist aber auch ein mit dem Kind und mit sich selbst abgestimmtes Vorgehen nötig. Woran kann in der Erziehung also Maß genommen werden? Da es nicht nur kaum allgemeingültige Richtlinien für Erziehung gibt, es sei denn ein Stück weit überlieferte Normen, sondern ganz im Gegenteil eher widersprüchliche Empfehlungen, genauso wenig wie es kein letztes und letztbegründetes Wissen gibt (vgl. Sokrates, zit. nach Böhm 2004, 19), sind Erziehende im Wesentlichen auf sich selbst zurückgeworfen. Aber auch wenn es diese Allgemeinen Leitlinien gäbe, eignen sich diese nicht für ein so praktisches Geschehen[33] wie Erziehung, denn damit können Erziehende den sehr unterschiedlichen Personen und Situationen nicht gerecht werden. Neben dem moralischen Handeln hat das in sich stimmige Handeln einen hohen Stellenwert. Auch und gerade in der Erziehung kommt es darauf an, dass Erziehende aus ihrer inneren Stimmigkeit heraus authentisch handeln, womit sie dem Geschehen außerdem Nachdrücklichkeit und Bedeutung verleihen. Die darin innewohnende Kraft, die in den Erziehungsprozess einfließt, spüren Erziehende ebenso wie Kinder.

Wenn in der Erziehung an der Person Maß zu nehmen ist, gilt dies für beide am Erziehungsprozess Beteiligte, für das Kind sowie die Erziehenden. Dies kommt in besonderer Weise in der Allgemeinen und Personalen Werteerziehung zum Tragen.

Literatur

Becker U, Böing G (1968) Der neue Herder. Freiburg: Herder

Biller K, de Lourdes Stiegeler M (2008) Wörterbuch der Logotherapie und Existenzanalyse von Viktor E. Frankl. Wien: Böhlau

Böhm W (1997) Entwürfe zu einer Pädagogik der Person. Gesammelte Aufsätze. Bad Heilbrunn: Klinkhardt

Böhm W (Hrsg) (2002) Pädagogik – wozu und für wen? Stuttgart: Klett-Cotta

Böhm W (2004) Geschichte der Pädagogik von Platon bis zur Gegenwart. München: Beck

Böhm W (2011) Theorie und Praxis. Würzburg: Königshausen und Neumann

Böhm W (2012) Die Reformpädagogik. Montessori, Waldorf und andere Lehren. München: Beck.

Böhm W, Fuchs B, Seichter S (Hg) (2011) Hauptwerke der Pädagogik. Paderborn: Ferdinand Schöningh

Buber M (1983) Ich und Du. Heidelberg: Lambert, 11°

[32] Interesse und schließlich Achtung gegenüber den (personalen) Werten einer Person, eines Kindes, setzt Interesse und Achtung der Person, des Kindes, voraus. Person wird ja wesentlich deutlich durch die personalen Werte, durch die sie berührt wird und denen sie sich widmet. Schließlich setzt Verstehen voraus, sich den Werten des Anderen zu nähern und sich mit ihnen auseinanderzusetzen.

[33] Die verschiedenen Konzepte von Theorie, Praxis und Poiesis erläutert Winfried Böhm in seinem Buch „Theorie und Praxis". Er beschreibt darin Praxis als ein Handeln, das nach Grundsätzen abläuft und Ideen geleitet ist. Bei den Griechen stand das praktische Handeln noch hinter der theoretischen Schau auf die Welt zurück. Die Vorrangstellung des praktischen Handelns rückte mit der Ausbreitung des Christentums an die Stelle des theoretischen Schauens, denn dieses entwickelte eine neue Vorstellung von Gott und der Welt: Der Mensch und die Welt werden als von Gott geschaffen betrachtet. Da dabei der Mensch als Ebenbild, Repräsentant und Stellvertreter Gottes in der Welt gesehen wird, ist er aufgerufen, die von Gott auferlegte Ordnung umzusetzen, zu vertiefen oder zu verändern. Poietisches Handeln, das in der Neuzeit an Bedeutung gewinnt, kann als „technisch-machbares" Handeln bezeichnet werden (vgl. Böhm 2011, 31ff.) (vgl. Böhm 2004, 9), wie es beispielsweise das Verlegen eines Parkettbodens oder das Ausmalen eines Zimmers ist.

Dudenredaktion (1963) Das Herkunftswörterbuch. Eine Etymologie der deutschen Sprache. Mannheim: Dudenverlag
Frankl V (1984) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: H. Huber
Frankl V (1987a) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Frankfurt am Main: Fischer
Frankl V (1987b) Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus fünf Jahrzehnten. München
Frankl V (1991) Der Wille zum Sinn. Ausgewählte Vorträge über Logotherapie. München: Piper
Frankl V (1992) Der unbewusste Gott. München: dtv
Frankl V (2002) Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten. Weinheim: Beltz
Guardini R, Klimmer I (1985) Angefochtene Zuversicht. Ostfildern: Matthias Grünewald
Hartmann N (1926) Ethik. Berlin: Walter de Gruyter
Krautz J (2009) Bildung als Anpassung? Das Kompetenz-Konzept im Kontext einer ökonomisierten Bildung. In: 3 Fromm Forum
Längle A (2000) Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie. Wien: Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
Längle A (2003a) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. In: Fundamenta Psychiatrica 16,1
Längle A (Hg) (2003b) Kann ich mich auf mein Gefühl verlassen? Wien: WUV Facultas
Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29-180
Längle A (2013) Lehrbuch der Existenzanalyse. Grundlagen. Wien: Facultas
Scheler M (2008) Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. Bonn: Bouvier
Skirbekk G, Gilje N (1993) Geschichte der Philosophie. Eine Einführung in die europäische Philosophiegeschichte (Vol. 2). Frankfurt a. M.: Suhrkamp
Waibel EM (2009) Erziehung zum Selbstwert. Persönlichkeitsförderung als zentrales pädagogisches Anliegen. Augsburg: Brigg
Waibel EM (2011) Erziehung zum Sinn – Sinn der Erziehung. Grundlagen einer existenziellen Pädagogik. Augsburg: Brigg
Waibel EM (2012) Wo ein Wille ist, ist ein Wert. In: Existenzanalyse 2, 29
Waibel EM (2013) Erziehung zum Sinn – Sinn der Erziehung. Grundlagen einer Existenziellen Pädagogik. Augsburg: Brigg

Anschrift der Verfasserin:
Prof. Mag. Dr. Eva Maria Waibel
Pädagogische Hochschule Kärnten – Viktor Frankl Hochschule
Kaufmanngasse 8
9020 Klagenfurt
eva.waibel@ph-karnten.ac.at
www.eva-maria-waibel.at

IMPRESSUM

EXISTENZANALYSE – Internationale Fachzeitschrift für existenzanalytische Psychotherapie, Beratung, Coaching, Supervision, Pädagogik.
EXISTENZANALYSE ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.)
ISSN: 1024-7033

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:
Gesellschaft für
Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.)

Redaktion:
Chefredaktion: Dr. Silvia Längle, *Stellvertretung:* Dr. Astrid Görtz,
Themenheft: Dr. Barbara Gawel; Mag. Christine Koch, Mag. Karin Steinert, Christine Wicki-Distelkamp; Ian Lindner
Kongressbericht: Mag. Markus Angermayr, Franziska Linder, Mag. Susanne Pointner, Martha Sulz; Ian Lindner

Redaktionsadresse:
GLE-International
Eduard Sueß Gasse 10
1150 Wien/Österreich
Tel./Fax: 0043/1/9859566
E-Mail: redaktion@existenzanalyse.org

Layout: Ruth Veres
Satz: Sabine Wutschek
Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

Erscheinungsweise und Preise:
Jährlich 2 Hefte (je Heft ca. 70-140 Seiten)
Jahresabonnements für Nichtmitglieder: Euro 30,–/sfr 36,– inkl. Versand
Einzelpreis: Frühjahrsausgabe (Einzelheft) Euro 15,–/ sfr 18; Herbstausgabe (Doppelheft Kongressbericht) Euro 20,–/sfr 24,– inkl. Versand (Europa)
Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.

Bezugsbedingungen:
Die Zeitschrift erscheint halbjährlich, im Juli u. Dezember.
Das Abonnement verlängert sich automatisch, sofern es nicht bis 30.November des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wurde.

Abonnement: GLE-International, Eduard Sueß Gasse 10, 1150 Wien
Mail: gle@existenzanalyse.org
Homepage: www.existenzanalyse.org

Bankverbindung lautend auf GLE-Int.:
Österreich: Erste Bank - BIC:GIBAATWW; IBAN: AT932011100004033884
Deutschland: Evangelische Kreditgenossenschaft eG - BIC: GENODEF1EK1; IBAN: DE15 5206 0410 0005 1858 40
Schweiz: Credit Suisse - BIC: CRESCHZZ63A; IBAN: CH16 0483 5020 3054 1055 6
Andere Länder: Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung oder mittels DC, VISA, EC/MC

Namentlich gekennzeichnete Beiträge erscheinen in Verantwortung der Autoren und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion dar.

© GLE-International/Wien

OFFENLEGUNG NACH § 25 MEDIENGESETZ
Medieninhaber ist zur Gänze die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International, Eduard Sueß Gasse 10, A-1150 Wien. Die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse ist ein gemeinnütziger Verein im Sinne der Bundesabgabenordnung.
Dem Vorstand gehören folgende Personen an:
Präsident: Univ. Prof. DDr. Alfried Längle. Vize-Präsident: Dr. Christoph Kolbe. Schriftführerin: lic.phil. Brigitte Heitger. Stellvertretende Schriftführerin: Dr. Silvia Längle.
Kassier: Dr. Christian Probst. Stellvertr. Kassiererin: Mag. Renate Bukovski, MSc
Grundlegende Richtung: EXISTENZANALYSE ist das wissenschaftliche Organ des Vereins und dient der Veröffentlichung von Forschungen, Grundsatzarbeiten, Kongressinhalten, Diskussionen, fachlichen Briefen („letter to the editor") u.ä. mit dem Ziel, die Inhalte der Existenzanalyse und Logotherapie weiterzuentwickeln und die Anwendungsmöglichkeiten und ihre Bereiche aufzuzeigen und zu reflektieren.

„WEN DIE GÖTTER ZERSTÖREN WOLLEN, DEN MACHEN SIE ZUERST VERRÜCKT“[1]

Existentielle Folgen psychischer Erkrankungen

Klaudia Gennermann

Krankheit, als schwer zu definierender Begriff, wird oft im Gegensatz zur Gesundheit verstanden. Als unscharfes und ganzheitliches Phänomen bedarf es zu Beginn einer detaillierteren Betrachtung zur Einordnung leichter, schwerer und chronischer Erkrankungen und ihrer existentiellen Folgen. Nach einer Beschreibung der psychophysischen und sozialen Aspekte von Erkrankung werden dann die Besonderheiten psychischer Erkrankung herausgearbeitet und in ihren existentiellen Folgen und Entwicklungen in den Blick genommen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Diagnose, Gesellschaft, Krankheit - Gesundheit, Norm, Psychophysikum, Psychische Störung, Stigmatisierung

"WHOM THE GODS WOULD DESTROY, THEY FIRST MAKE MAD" (EURIPIDES) – EXISTENTIAL CONSEQUENCES OF MENTAL ILLNESSES

Illness, as a difficult to define concept, is often understood in contrast to health. In order to look at this blurred and integral phenomenon it requires a detailed view on mild, severe and chronic illnesses and their existential consequences. Following a description of the psychosomatic and social aspects of illnesses, the special qualities of mental illness are elaborated and seen in the light of their existential consequences and developments.

KEYWORDS: diagnosis, society, illness - health, norm, psychosomatics, mental illness, stigmatization

KRANKHEIT ALS UNSCHARFES EXISTENTIELLES PHÄNOMEN

Wann ist der Mensch krank?

Krankheiten brechen über das Leben herein. Sie entwickeln sich im Stillen und bleiben zunächst oft unerkannt. Sie können genetisch veranlagt, durch nicht wahrnehmbare Viren und Bakterien übertragen oder durch andere schädigende Umwelteinflüsse verursacht werden. Insofern muten viele Erkrankungen unheimlich und unfassbar an. Diese Aspekte werden auch in der Auseinandersetzung mit dem Phänomen Krankheit und im speziellen psychischer Krankheit immer wieder deutlich. Es gibt keine klare Definition des Krankheitsbegriffes. Aus medizinischer Sicht gilt jemand als krank, wenn er die Kriterien bestimmter Krankheitsbilder erfüllt, die über spezifische Symptome oder Syndrome definiert werden. Auch die individuelle Befindlichkeit des Betroffenen, der sich krank fühlt, kann hier Anlass zur Diagnosestellung sein, die den Betroffenen schließlich als krank definiert. Im Übrigen wird Krankheit meist in Abgrenzung zum Gesundheitsbegriff verstanden. So weisen Danzer und Rattner darauf hin, dass Krankheit der „defiziente Modus“ von Gesundheit ist und „nur vom Gesundsein her [ ] als Einschränkung der menschlichen Möglichkeiten und Entfaltungen verstanden werden“ kann (Danzer, Rattner 1999, 105). Des Weiteren zitieren Danzer und Rattner den Philosophen Friedrich Nietzsche, der „in vielen seiner Schriften darauf hinwies, daß Gesundheit <<überwundene Krankheit>> sei und das wir Menschen immer nur Grade von gesund und krank, nie aber deren Reinform erleben“ (ebd., 8). Dieser Blick auf das Phänomen „Krankheit“ macht gleichzeitig deutlich, dass wir es hier nicht mit einem stabilen Zustand zu tun haben, sondern mit einem Prozess, einer Dynamik. Dies impliziert in existentieller Hinsicht, dass wir Krankheit oder Gesundheit nicht haben, sondern dass diese sich jeden Tag unseres Lebens neu formiert und daher unvorhersehbare Überraschungen bereithalten kann. Wir können feststellen, dass wir auf die Frage, ob jemand als krank oder als gesund einzustufen ist, keine eindeutige Antwort erhalten. Es gibt immer individuelle und gesellschaftliche Bewertungsspielräume, die Anlass zur Diskussion geben können. Dies erklärt dann auch den Versuch, die Frage im Streitfall über Expertengutachten zu entscheiden. Diese finden wir beispielsweise häufig im Bereich der Pflege und der Psychiatrie, wenn es um die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen geht.

Aus existenzanalytischer Sicht geht es bei der Definition von krank oder gesund vor allem um die Frage, inwieweit sich die Person durch eine Erkrankung in der Gestaltung ihres Lebens beeinträchtigt erlebt und inwieweit sie aus dem eigenverantwortlichen Lebensvollzug herausfällt. In diesem Verständnis sind Gesundheit und Krankheit „Bausteine und Mittel, aber nicht eigentliches Ziel sinnvoller Existenz“ (Längle 2013,19). So können die existentiellen Folgen einer Erkrankung unabhängig von der medizinisch festgestellten Schwere der Erkrankung unterschiedlich ausfallen. Ein durch eine schwere Diagnose betroffener Mensch kann durch die Annahme dieser Diagnose und durch den verantwortungsvollen und gestaltenden Umgang mit der Situation aus existenzanalytischer Sicht diese Phase seines Lebens sehr sinnvoll ver- und erleben, und er gilt dann in Bezug auf dieses Verhalten und Erleben als recht gesund.

Krankheit als ganzheitliches Phänomen

Die Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsor-

[1] Nach Euripides

ganisation (WHO) weist auf ein weiteres Kennzeichen des Phänomens Krankheit hin. Nach ihr ist Gesundheit „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen". Hier wird deutlich, dass sich Krankheit nicht allein an körperlichen und psychischen, sondern auch an sozialen Bedingungen festmachen lässt. Will man sich also dem ganzheitlichen Phänomen Krankheit und seinen existentiellen Folgen zuwenden, umschließt dies die Betrachtung körperlicher, psychischer und sozialer Auswirkungen im Falle einer Erkrankung. Diese lassen sich zwar nur bedingt trennen, da physiologische, psychische und soziale Funktionen, Haltungen und Erlebnisse Wechselwirkungen zeitigen, die nicht vollständig durchschaubar sind. Es ist jedoch möglich, die psychophysischen und die sozialen Aspekte getrennt zu betrachten, indem man dem existenzanalytischen Blick auf die personale Situation folgend, den Innen- und Außenbezug der Person in den Blick nimmt. Dann stellen die psychophysischen Aspekte einen Teil der Innenwelt und die sozialen Aspekte einen Teil der Außenwelt dar, mit denen die Person konfrontiert ist. Die Person steht im existenzanalytischen Verständnis „gleichsam mit einem Bein in seiner ‚Innenwelt' und mit dem anderen in der es umgebenden ‚Außenwelt'. Als Person hat das Ich stets Anteil an beiden ‚Welten'." (Längle 2013, 47) Somit leuchtet es auch ein, dass ein existentiell bedeutsames Phänomen wie Gesundheit und Krankheit in beiden „Welten" und aus beiden „Welten" heraus Wirkungen zeitigt.

Der psychophysische Aspekt von Krankheit

Der psychophysische Aspekt ist konkret mit den Bedingtheiten des Individuums verbunden. Körper und Psyche stehen in enger Wechselwirkung und werden im Falle einer Erkrankung immer gemeinsam berührt. „Beide Dimensionen zusammen bilden die psychosomatische Einheit des Menschen" (Längle 2008, 67), so dass wir davon ausgehen können, dass jedes Krankheitsbild durch körperliche und psychische Symptome gekennzeichnet ist. So sind bspw. „Depressionen und Ängste [ ] häufige, aber oft unerkannt und somit unbehandelt bleibende Begleiterkrankungen von chronischen körperlichen Krankheiten" (Vögele 2008, XI). Gleichzeitig finden wir psychische- und Verhaltensstörungen, die durch zerebrale Verletzungen o.ä. hervorgerufen werden oder die in ihrem Ausdruck körperliche Folgeerscheinungen zeitigen. Eine scharfe Trennung von körperlichen und psychischen Erkrankungen in Bezug uf ihre Folgewirkungen und Symptome ist bei Betrachtung des Gesamtphänomens nicht möglich. Beide beeinflussen einander permanent gegenseitig, bilden die Innenwelt des Individuums ab und nehmen Einfluss auf das Erleben und die Entwicklung von Krankheit und Gesundheit. In dieser Verbindung von Körper und Psyche kann auch eine Verbindung mit der Außenwelt hergestellt werden, denn „jeder von uns ist zugleich ein physischer Körper, der im ‚Außen' lebt, und ein psychischer Körper, der zum ‚Inneren' dieses Wesens gehört" (Marzano 2013,12). Diese Formulierung macht bereits einen wesentlichen Unterschied von psychischer und körperlicher Erkrankung deutlich, denn der Mensch ist in der Lage, zu seinem Körper eine objektivierende Haltung einzunehmen. Er kann „ihn von außen betrachten und so zu ihm ‚auf Distanz gehen'" (ebd.,11). Aus dieser Betrachtung heraus wird Krankheit dann als störender Körper wahrgenommen. Der Körper „als Objekt der äußeren Welt stört [ ] uns, wenn er nicht funktioniert, wie wir uns das vorstellen, wenn er versagt, wenn er uns mit seinen Bedürfnissen konfrontiert" (ebd., 27). Gleichzeitig wird uns jedoch auch bewusst, dass es in dieser Störung um mehr geht, dass wir als Mensch an diesen Körper gebunden bleiben, denn es „geht [ ] hier um das Sein in der Potenzialität, das nur im physischen, lebendigen Körper erweckt werden kann …" (ebd., 20). Bei psychischen Erkrankungen gelingt diese teilweise Distanzierung nicht in der Form, „denn die Seele ist gleichzeitig Ursprung des Denkens und Ursprung der Willenskraft" (ebd., 17). Somit sind die psychischen Funktionen, die die Distanzierung bewirken stärker durch die psychische Erkrankung in Mitleidenschaft gezogen und erschweren dadurch den Schritt der Selbstdistanzierung.

Schauen wir auf weitere existentielle Auswirkungen psychophysischer Aspekte von Erkrankung, können wir stufenweise Unterschiede zwischen leichten, schweren und chronischen Erkrankungen erkennen. Bei leichten Erkrankungen dominiert ein kurzfristig eingeschränktes Vitalitätserleben auf beiden Ebenen. Körperliche Energielosigkeit und leichte psychische Funktionsstörungen (Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmungen etc.) beeinträchtigen die Alltagsroutinen. So kommt es gelegentlich zu kurzen Auszeiten, zu notwendigen Erholungsphasen. Häufig werden diese Einschränkungen jedoch unter dem Einfluss des Unwohlseins und in dem Vertrauen auf schnelle, vollständige Genesung als notwendige Zwischenphase akzeptiert, in der Zuversicht, das Versäumte später nachzuholen. Es stellen sich demnach keine langfristigen Veränderungen und Beeinträchtigungen ein, so dass eine existentielle Folge von leichten Erkrankungen wohl darin liegt, darauf zu verweisen, welche Verantwortung das Individuum im alltäglichen Lebensverlauf meist unreflektiert trägt, womit wir in das Randgebiet zu den sozialen Aspekten kommen. Darüber hinaus beruht ein existentielles Phänomen von Erkrankung dementsprechend darin, dass der Erkrankte sich in besonderem Maße bewusst wird, wie kostbar Gesundheit ist. Denn ähnlich wie bei anderen existentiellen Phänomenen spiegelt Krankheit als Rückseite der Medaille gleichzeitig das Phänomen Gesundheit.

Schwere, möglicherweise lebensbedrohliche Erkrankungen führen die Betroffenen deutlicher an körperliche und psychische Grenzen und fordern sie heraus. Sie stellen kritische Lebensereignisse dar, die akut an die Endlichkeit des eigenen Lebens erinnern und die Fragilität des Lebens deutlich werden lassen. Häufig bewirken solch schwere Einschnitte nicht nur eine Auszeit vom Alltag, sondern verändern langfristig und meist auch nachhaltig den Blick auf das eigene Leben. Die im Laufe der Genesung wieder erlangte Gesundheit bleibt beeindruckt von der erfahrenen Zerbrechlichkeit und kehrt oft nicht in die vormals geglaubte, vermeintliche Robustheit zurück. „Die Krankheit rehabilitiert die Notwendigkeit einer engen Beziehung zum Körper, denn nun können wir uns nicht mehr der Illusion hingeben, dass wir auch unabhängig von ihm sein könnten." (Marzano 2013, 57) Somit steht das Individuum nach der Genesung weiterhin in dem Erlebten. Auch

Manfred Lütz weist darauf hin, dass an den Grenzen unserer Existenz, das heißt auch an den Gebrochenheiten und Abbrüchen, in der Abwesenheit von Heil, die Sehnsucht nach Heil und die Ahnung des Heils umso intensiver zu spüren sind.“ (Lütz 2013, 216) In dieser Ausführung wird deutlich, dass die existentiellen, über die Heilung hinausgehenden Auswirkungen in der Grenzerfahrung beeindrucken. Der Heilsbegriff umfasst in seiner Bedeutung den ganzheitlichen Aspekt der Suche des Menschen nach Erfüllung und Erlösung oder im Franklschen Wortgebrauch nach Sinn. Somit lösen schwere Erkrankungen häufig eben nicht nur die Suche nach medizinischen Behandlungsmöglichkeiten aus, sondern implizieren gleichzeitig eine Suche nach neuer Lebensorientierung. So werden auch hier soziale Aspekte mit angesprochen. Dieser Nachgang schwerer Erkrankung, möglicherweise in Verbindung mit bleibenden körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, entspricht in Teilen den eher langfristigen Folgen chronischer Erkrankungen.

Bei chronischen Erkrankungen geht der zunächst akut erlebte Einschnitt, den die Erkrankung darstellt, in eine dauerhafte Beeinträchtigung über. Die Bedrohung durch die Erkrankung bleibt ein steter Begleiter der betroffenen Person. Sie ist gefordert, die Erkrankung mit all ihren Konsequenzen in das eigene Leben zu integrieren. Hierzu braucht es eine weitreichende Akzeptanz um, neben den oben beschriebenen akuten Reaktionen, wesentlich lebensverändernde Entwicklungen zu vollziehen und somit die alltagsrelevanten und existentiellen Folgen der Erkrankung dauerhaft anzunehmen. Es kann in vielen Fällen chronischer Erkrankung zu Beeinträchtigungen kommen, die große Veränderungen der Lebenslaufperspektiven mit sich bringen. Die „Normalisierung“ des Lebens bleibt in gewisser Weise aus, denn das Leben ist von nun an gezeichnet und beeinflusst durch die Berücksichtigung der Krankheitsfolgen. Hierdurch ergeben sich Veränderungen in der Wahrnehmung subjektiver Lebensqualität. Die chronische Erkrankung stellt insofern ein biografisches Ereignis dar, welches in besonderer Weise die Lebensführung und die Lebensorientierung des Betroffenen verändert. Diese Veränderungen kommen dann in durch die Erkrankung aufgeworfenen Fragen zum Ausdruck, die sich zum einen auf die psychophysische Stabilisierung, aber auch auf andere Lebensbereiche beziehen. Solche Fragen lauten bspw. „Wer bist du, wenn du nichts mehr tust? Wenn man nicht mehr produktiv oder für andere unentbehrlich ist? Wenn man wegen der Krankheit nicht mehr weiter kann und seinen Status verliert? Wer bist du, wenn du nicht mehr Versorger oder Chef sein und deine Arbeit nicht mehr erledigen kannst, egal, was das ist? Spielst du für dich eine Rolle?“ (Bolen 1998, 82)

Schauen wir auf diese Fragenauswahl, so wird deutlich, dass die erlebten Veränderungen und Anfragen zum einen durch die unmittelbaren krankheitsbegleitenden körperlichen und psychischen Prozesse, zum anderen aber auch durch mittelbare, mit den Krankheitsfolgen einhergehende soziale Phänomene, ausgelöst werden.

Der soziale Aspekt von Krankheit

Der soziale Aspekt von Krankheit wird bereits darin sichtbar, dass Gesundheit und Krankheit immer auch in gesellschaftlichen Zusammenhängen eine Rolle gespielt haben. Krankheit als oft undurchschaubares Phänomen ängstigte die Menschen nachhaltig und wurde in vielen Facetten genutzt, um gesellschaftliche Phänomene zu steuern. Schauen wir auf die Geschichte, haben Menschen aller Epochen versucht, dem Unbekannten und Bedrohlichen von Erkrankung über mystische oder anderweitige Auslegungen eine Bedeutung zu geben, um darüber dann als Gemeinschaft und als Individuum mit dem Bedrohlichen umgehen zu können. So verbanden sich regelmäßig magische, empirische und rationale Elemente in der Heilkunde, deren Trennung kaum möglich erscheint. Leven erklärt 2008, dass eine Trennung der drei Elemente für „moderne Betrachter…weder möglich noch sinnvoll“ ist und verweist auf die Beispiele ägyptischer, mesopotamischer und antiker griechischer Medizin, die immer alle Elemente miteinander verbanden (Leven 2008, 14f). So weist er darauf hin, dass „innere Krankheiten [ ] in der ägyptischen Medizin auf das Wirken von Dämonen zurückgeführt [wurden] und mit entsprechenden Ritualen“ einhergingen (ebd., 14) oder dass in der griechischen Antike „Krankheiten und plötzlicher (Seuchen-)Tod [ ] dem strafenden Eingreifen von Göttern zugeschrieben [wurde]; Abwehrmittel waren Bußrituale, als Experten wurden Traumdeuter und Seher herangezogen“ (ebd., 16).

Diese Verbindung von Mystik und Medizin hat beträchtliche Auswirkungen. Sie führt unter anderem dazu, dass bestimmten Krankheiten und ihrem Erscheinen übergeordnete individuelle und gesellschaftliche Bedeutungen zugesprochen, dass Erkrankte in besonderer Weise mit ihrer Erkrankung identifiziert und dass das Unbekannte und Bedrohliche von Krankheiten oft genutzt wird, um machtpolitische Interessen durchzusetzen. So führte zum Beispiel die Diagnose Lepra nach alttestamentarischem Vorbild zum Ausschluss aus der Gemeinschaft, nach neutestamentarischer Haltung zu einer besonderen Fürsorgepflicht, die gar in der Umdeutung zur „heiligen Krankheit“ gipfelte (ebd., 35). Der Ausbruch von Syphilis wurde jeweils an eine Schuldzuweisung gekoppelt, in dem ihr der Name des jeweiligen feindlichen Lagers zugesprochen wurde. „Die Polen sprachen von der ‚Deutschen Krankheit‘, die Russen von der ‚Polnischen Krankheit‘. Für die Araber der Levante war es die ‚Fränkische Krankheit‘ und für die Japaner die ‚Portugiesische Krankheit‘; an diesen Namen erkennt man zum einen eine Art Wanderungsbewegung der Krankheit und zum anderen eine Schuldzuschreibung an die vermeintlichen Verursacher.“ (ebd., 42) Ähnliche Reaktionen können bei Auftauchen der Pesterkrankungen im 14. Jahrhundert beobachtet werden, in dem hier die Juden als vermeintliche Verursacher verfolgt und ausgerottet wurden (ebd., 79f). Auch in neueren Zeiten sind diese Bewegungen zu beobachten. So reagieren die modernen Massenmedien entsprechend auf neuere Infektionskrankheiten wie bspw. SARS, AIDS oder die Vogelgrippe, in dem suggeriert wird, dass diese „durch umweltschädliches Verhalten“ als „eine Art ‚Rache‘ der Natur heraufbeschworen“ wurden. Auch hier scheint es „eine strafende Instanz zu geben, die menschliche Hybris zu zügeln weiß“ (ebd., 74f).

Diese Auslegungen bleiben in Teilen auch erhalten, wenn schließlich wissenschaftliche Erklärungen des Geschehens aufgedeckt werden. Das Bedrohliche wandelt sich jedoch unter dem Einfluss des Wissens. Das heißt aber auch,

dass Erkrankungen, die noch nicht eindeutig biologisch, naturwissenschaftlich erklärbar sind, intensiver mit Deutungen und Auslegungen verbunden bleiben. Dies führt für die Betroffenen zum einen zu größeren Einschränkungen im Umgang mit der Erkrankung und zum anderen zu sozial bedingten Belastungen durch mögliche Stigmatisierungen, denn die betroffene Person wird dann in besonderer Form mit den Kennzeichen der Erkrankung, die als unerwünscht, fremd und andersartig bewertet werden, identifiziert. Diese Stigmatisierung führt dann gleichzeitig in die soziale Bewertung oder gar Ausgrenzung. Im Zusammenhang von Krankheit oder Gesundheit lässt sich beispielweise feststellen, dass die moderne Gesellschaft „Gesundheit als höchstes Gut" und als „herstellbares Produkt" (Lütz 2013, 11ff) in den Blick nimmt, so dass sich von Krankheit Betroffene bereits durch diese Tatsache per se, in eine besondere Verantwortung gestellt sehen können. Bereits durch die Kategorisierung „krank" kann somit eine Diskreditierung der Person entstehen. Gleichzeitig ist zu beobachten, dass spezifische Formen des „Krankseins" noch einmal besonders von Stigmatisierung betroffen sind. Hierzu gehört zum Beispiel die Krebserkrankung, die durch ihre multifaktorielle Verursachung, die häufig mit Lebensstilen und ungesunden Verhaltensweisen (Rauchen, Ernährung,…) verknüpft werden, Spielraum für Stigmatisierungen bietet. Im Besonderen sind psychische Erkrankungen durch Stigmatisierung, diese besondere Form existentieller Folgen, betroffen, da ihre Genese nicht eindeutig geklärt ist.

DAS BESONDERE PHÄNOMEN PSYCHISCHER ERKRANKUNG

Der Normbegriff in der Psychiatrie

Im Gegensatz zu den körperlichen Erkrankungen, bei denen das Gegenteil von krank eher gesund, im Sinne von „körperlich nicht beeinträchtigt" verstanden wird, kommt es im Bereich der psychischen Erkrankung häufig ergänzend oder gar ausschließlich zu einer Gegenüberstellung im Sinne von „psychisch normal" und „psychisch abnormal" oder „psychisch auffällig". So wurden früher psychische Krankheiten auch „Abnormitäten" genannt. In dem heute nicht mehr in der Form verwendeten Begriff wird ein direkter Bezug zu einem vorgestellten oder festgelegten Maß, einer Norm deutlich, welche den Übergang in die psychische Erkrankung kennzeichnet (Vetter 2007, 3). Psychische Erkrankungen sind demnach durch von Normen abweichendem Verhalten oder abweichenden Einstellungen gekennzeichnet. Jedoch ungeachtet der Tatsache, dass der Begriff „Abnormität" heute keine Verwendung mehr findet, steht in diesen Zusammenhängen der Bezug zur Normalität nach wie vor im Raum. Der so implizierte, direkte Vergleich mit dem „Normalen" betont die Abweichung, die in der Erkrankung begründet ist und verstärkt insofern auch den sozialen Blick auf die Erkrankung. So „…argumentiert der französische Philosoph Michel Foucault, Geisteskrankheit sei nicht als Naturphänomen, sondern als kulturelles Konstrukt zu verstehen" (Porter 2005, 9). Hierin liegt ein aus meiner Sicht wesentlicher Unterschied von somatischen und psychischen Erkrankungen begründet, der das subjektive Erleben der Betroffenen in Bezug auf ihre Erkrankung in spezifischer Weise beeinflussen kann.

Wenden wir uns zur Orientierung zunächst dem Begriff der „Normalität" zu. Was ist normal? Diese leicht daherkommende Frage stellt sich bei genauerer Betrachtung als diffizil heraus. Im Duden online finden wir unter dem Begriff „normal" folgende Beschreibung: „Der Norm entsprechend; vorschriftsmäßig. So [beschaffen, geartet], wie es sich die allgemeine Meinung als das Übliche, Richtige vorstellt."

Dieser etwas diffus anmutenden Definition sind keine klaren Zuordnungen von normal zu entnehmen, da sich die Normalität an anderen festzulegenden Kriterien orientiert. Auch der renommierte, amerikanische Psychiater Allen Frances betrachtet den Begriff der Normalität in seinem Buch „Normal – Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen" und kommt zu dem Ergebnis, dass es keine echte Definition für die Begriffe „normal" und „unnormal" und somit auch keine klaren Definitionsgrenzen gibt (Frances 2013, 26).

Wenn es keine klare Definition von normal gibt, folgt daraus die nächste Frage, wie sich dann die als Maß dienende Norm in der Psychiatrie bestimmen lässt? In diesem Zusammenhang lassen sich unterschiedliche, in der Psychiatrie geläufige Normbegriffe differenzieren. So ist es möglich, gegebene Verhaltensregeln oder übliche Einstellungsmuster als Norm zu definieren. Die Norm ist dann „etwas Gegebenes, Nachweisbares und Objektives" (ebd., 4). Sie spiegelt sich in Traditionen, Gebräuchen, Gesetzen und anderen Regeln einer Gesellschaft oder einer Gruppe. Diese wirken sich nicht nur auf das Verhalten ihrer Mitglieder aus, sondern nehmen auch Einfluss auf deren Einstellungen. So entwickeln sich gemeinsame Bezugssysteme, in denen auch „bestimmte Erwartungen an das Verhalten der Anderen" gestellt werden (Vetter 2007, 4). Dieser Normbegriff kann als soziale Norm bezeichnet werden, deren Geltung sowohl für große Gruppen oder Gesellschaften, als auch für kleine Gruppen ausschlaggebend sein kann. Folgt man diesem Normbegriff wird deutlich, dass dann psychiatrisch relevantes Verhalten immer als unangepasst und in der sozialen Gemeinschaft nicht angemessen stigmatisiert ist. Fügt sich eine Person nicht in die Norm, droht ihr die Infragestellung durch oder der Ausschluss aus der Gruppe. Somit entsteht hier ein Gruppendruck, der sich in existentieller Weise auf die betroffene Person auswirken kann. Zumal sich der psychisch Erkrankte weniger gut von seiner Erkrankung distanzieren kann, die ihm nicht nur körperlich widerfährt, sondern ihn auch in seiner subjektiven Wahrnehmung und seinem Erleben beeinträchtigt. Gleichzeitigt wirkt sich sowohl die soziale Stigmatisierung, als auch das innere Erleben der Erkrankung negativ auf die Begegnungsfähigkeit des Betroffenen aus.

Neben dieser sozialen Norm finden wir in der Psychiatrie, besonders im Bereich der Diagnostik, der Kategorisierung psychischer Erkrankung, noch den statistischen Normbegriff. Statistische Normen werden anhand von Experimenten mit künstlich zusammengestellten Gruppen erhoben. In ihnen wird anhand einer großen Zahl von Messungen ein Mittelwert als Normalmaß errechnet und „Abnormalität" wird als Abweichung von diesem Mittelwert, als soge-

nannte Standardabweichung definiert. „Normalität“ wird somit als Mittelwert und Scheitelpunkt einer Kurve beschrieben und die Wahrscheinlichkeit großer Abweichungen wird zu beiden Rändern der Kurve in ihrer abnehmenden Häufigkeit sichtbar gemacht. Der Mittelwert stellt das am häufigsten gemessene Ergebnis dar. Der so vorgegebene Intelligenzquotient mit 100 Punkten als „Normalintelligenz“ ist ein Beispiel für eine statistische Norm. Diese errechneten Normen wirken zunächst als objektive Maße. Es ist jedoch anzunehmen, dass diese auch zur sozialen Norm werden, wenn wir davon ausgehen, dass sie auf Dauer als Sollwerte angesehen werden, die es mindestens zu erreichen gilt, oder deren Nichterreichen für eine Abnormalität (im Bereich der Intelligenz mit Minder- oder Hochbegabung diagnostiziert) spricht. Zusammenfassend kann also für beide hier vorgestellten Normbegriffe davon ausgegangen werden, dass sie neben der persönlich empfundenen Einschränkung durch die Erkrankung insbesondere eine sozial wirksame Herabwürdigung und Stigmatisierung der betroffenen Person verursachen, die verstärkend auf die erlebte Beeinträchtigung und existentielle Bedrohung durch die Erkrankung zurückwirkt.

Einfluss von Diagnose und Gutachtenerstellung bei psychischer Erkrankung

Schauen wir etwas detaillierter auf die Diagnose- und Gutachtenerstellung im Bereich der Psychiatrie, so steht diese oft im Zusammenhang mit biografischen Elementen. So „…schrieb Kraepelin ganze Lebensgeschichten von Patienten chronologisch auf“ (Porter 2005,179). Die in den psychiatrischen Gutachten erfassten Lebensgeschichten sind jedoch gekennzeichnet durch typisierende Begriffe, die im Sinne der Diagnosestellung von Bedeutung sind. Daher stellen diese Gutachten „eine Abstraktion von Wirklichkeit“ dar, „die ausschließlich den Sinn hat, eine gute Therapie für einen Leidenszustand zu organisieren“ (Lütz 2013, 233f.). Gleichzeitig werden diese Gutachten jedoch, vor allem im stationären psychiatrischen Bereich, häufig als dominierende Information über die erkrankte Person genutzt. Hier besteht die Gefahr, dass die Diagnose dann im Laufe der Krankengeschichte die Lebensgeschichte der Person überlagert. Allen Frances weist auf diese Gefahr hin, in dem er feststellt: „Die Diagnose kann den Lebensentwurf eines Menschen verzerren, Ambitionen zerstören, die durchaus realistisch gewesen wären, und den Betroffenen das Gefühl geben, sie hätten keinerlei Kontrolle über ihr Verhalten und auch keine Verantwortung dafür.“ (Frances 2013, 213) Diese Entwicklung kann soweit gehen, dass der Betroffene in einen sich selbst bestätigenden Kreislauf gerät, denn „wenn man einmal für verrückt gehalten wird, kann alles, was man tut oder lässt, als ein weiteres Symptom gedeutet werden, das die Diagnose lediglich bestätigt“ (Jollien 2009, 101). Um dieser Gefahr zu entgehen ist es besonders wichtig, dass man sich der Abstraktion und der Typisierung bewusst bleibt, die sich in den Gutachten und Berichten und dementsprechend in der Diagnose festsetzen. Es ist von existentieller Bedeutung, dass es ein Bewusstsein dafür gibt, dass „Diagnosen [ ] Hinweise auf die richtige Therapie“ sind und dass „man [ ] die Diagnosen also getrost vergessen“ kann, „wenn man mit den Menschen zu tun hat, die unter psychischen Störungen leiden“ (Lütz 2011, 37). Es bleibt also die Aufgabe neben den diagnostischen Informationen herauszuarbeiten und zu ergründen, was „das Besondere, Einmalige, … eines Lebens“ ist (Längle 1992,17). Dies stellt vor allem bei chronisch psychisch Kranken, die einen Großteil ihres Lebens in der stationären Psychiatrie verbracht haben, eine Herausforderung dar.

Aus existenzanalytischer Sicht ist es jedoch auch in diesen schwierigen Situationen möglich, einen Zugang zum Verständnis der Person zu bekommen, ohne die Lebensgeschichte rekonstruieren zu müssen. Denn „…weil sich das Wesen auch im einzelnen Phänomen zeigen kann, bedarf es in der existenzanalytischen (phänomenologischen) Psychotherapie keiner vollständigen Rekonstruktion der Lebenshistorie, um verstehen zu können. Denn was wesentlich ist, ist gegenwärtig und in jeder lebendigen Äußerung enthalten“ (Längle 1992, 11).

AUSBLICK

Schaut man auf die Entwicklungen, die sich im Bereich der Psychiatrie durch neue Techniken (bspw. Neurowissenschaften), durch vielfältige Forschungen aber auch durch einen immer differenzierteren und leistungsorientierteren Blick auf die Dispositionen des Individuums in der Gesellschaft ergeben, so ist die eben geschilderte Problematik aus meiner Sicht von besonderer Bedeutung. Die Kriterien für Diagnosestellungen im Bereich der psychischen Störungen weiten sich zunehmend aus. Immer mehr emotionale Belastungen werden pathologisiert und so dem unnormalen, behandlungsbedürftigen Spektrum des menschlichen Erlebens und Verhaltens zugeschrieben. Dabei wird zum einen übersehen, dass nicht jede menschliche Erschütterung einer psychiatrischen Diagnose bedarf. Zum anderen werden die existentiellen Folgen, die diese Kategorisierungen mit sich bringen aus meiner Sicht unterschätzt. Es bleibt bspw. fragwürdig, ob ein Trauerprozess, der früher als normale, emotionale Reaktion anerkannt war, noch seine gesellschaftliche Akzeptanz und Berechtigung behält, wenn er als Depression der Krankheitswertigkeit zugeführt wird. Auch Porter warnt vor diesen Entwicklungen, wenn er festhält, dass „wir [ ] nicht allen emotionalen Schmerz in psychische Störungen verwandeln [können], ohne radikal unser Menschsein zu verändern und unsere Erlebensfähigkeit abzustumpfen“ (Porter 2005, 225).

An dieser Stelle können das existenzanalytische Verständnis und die praktische existenzanalytische Arbeit mit ihrem Schwerpunkt auf dem Erleben des Patienten und Klienten ihren Beitrag leisten, um die Erlebensfähigkeit zu unterstützen und einer dominierenden Typisierung und Kategorisierung an dieser Stelle entgegenzuwirken.

Literatur

Bolen J S (1998) Krankheit und die Suche nach dem Sinn. Hugendubel Sphinx, München

Danzer G, Rattner J (1999) Der Mensch zwischen Gesundheit und Krank-

heit. Tiefenpsychologische Theorien menschlicher Funktionen. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt
Frances A (2013) Normal – Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Dumont Buchverlag, Köln
Jollien A (2009) Liebe Philosophie, kannst Du mir helfen? Briefe an Boethius, Schopenhauer und den Tod. C.H.Beck, München
Längle A (1992) Die biographische Vorgangsweise in der PEA. In: Biographie – Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse. Tagungsbericht Nr. 1/1992 der GLE
Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29-180
Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. facultas.wuv, Wien
Leven K H (2008) Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart. C.H. Beck München
Lütz M (2011) Irre – Wir behandeln die Falschen. Unser Problem sind die Normalen. Goldmann Taschenbuchausgabe, München
Lütz M (2013) Lebenslust. Wider die Diät-Sadisten, den Gesundheitswahn und den Fitness-Kult. Knaur Taschenbuch, München
Marzano M (2013) Philosophie des Körpers. Diederichs Verlag, München
Porter R (2005) Wahnsinn. Eine kleine Kulturgeschichte. Verlag Dörlemann, Lemförde
Vetter B (2007) Psychiatrie – Ein systematisches Lehrbuch. Schattauer, Stuttgart
Vögele C (2008) Klinische Psychologie: Körperliche Erkrankungen – Workbook. BeltzPVU, Weinheim, Basel

Anschrift der Verfasserin:
Dipl. Psych. Klaudia Gennermann
Wunstorf, Deutschland
k.gennermann@existenzanalyse.com
www.klaudia-gennermann.de

MEDIEN ZUM KONGRESS DER GLE-INT.
BERLIN 2014

„POTENTIALE DER PERSON“

Ressourcenorietierung in Psychotherapie, Beratung, Coaching und Pädagogik

Live-Mitschnitte der Vorträge von:
Angermayr, Markus: Existentielles Grounding – Das Seinserleben als Ressource der Person
Dorra, Helmut: In der Schwebe des Lebendigen – Zur Freiheit und Unverfügbarkeit der Person
Fuchs, Thomas: Personalität als Leiblichkeit
Jaeger-Gerlach, Susanne: Person und Traum - ein Dialog
Kast, Verena: Resonanz mit dem kulturellen Unbewussten - als Ressource des Personseins
Kolbe, Christoph: Person und Struktur - Menschsein im Spannungsfeld von Freiheit und Gebundenheit
Längle, Alfried: Die Aktualisierung der Person – Existenzanalytische Beiträge zur Personierung der Existenz
Maaz, Hans-Joachim: Potentiale der Person in Ost und West – Typische Sozialisierungsstörungen und die Ressourcen
Schatz, Gottfried: Warum wir nicht Sklaven unserer Gene sind
Steinert, Karin: (Wie) sprichst Du mit dir? – Anleitung zum inneren Dialog

Aus dem Symposium „Tools“:
Balogh, Caroline: Atem als Ressource
Bukovski, Renate: Eine Botschaft des Körpers? Der innere Dialog bei psychosomatischen Erkrankungen
Fleisch, Sabine: Existenzanalytische Gruppenarbeit zur Persönlichkeitsentwicklung und Selbsthilfe bei Essstörungen

auf CD und DVD bestellbar bei

Auditorium Netzwerk
Tel.: 0049/7631/170743, Fax 170745
audionetz@aol.com
www.auditorium-netzwerk.de

DIE INFAUSTE PROGNOSE

Personaler Umgang und Finden existentiellen Halts bei lebensbedrohender Diagnose

Barbara Kernmayer

Der Erhalt einer Infausten Prognose ist eine hereinbrechende Bedrohung, die verschiedene Wirkmechanismen der Angst in Gang setzt. Der Artikel beschäftigt sich mit Möglichkeiten einer personalen Reaktion, mit Prozessen der Psychodynamik, sowie mit Verarbeitungsprozessen unter Beachtung der vier Grundmotivationen, Copingreaktionen und existenzanalytisch-psychotherapeutischen Ansätzen. Integration der Angst und ein Annehmen des Faktischen stellen die Hauptansätze zur Bewältigung der Krise dar.

SCHLÜSSELWÖRTER: Angst, Copingreaktionen, infauste Prognose, Psychodynamik

THE UNFAVOURABLE PROGNOSIS
Personal handling and finding existential hold in case of life-threatening diagnosis

Obtaining an unfavourable prognosis represents a sudden threat that sets different mechanisms of fear in motion. The article deals with options of personal response, with psychodynamics and handling processes while referring to the four fundamental motivations, coping reactions and existential analytical psychotherapeutic approaches. Integration of fear and acceptance of the factual are the main approaches to address crisis.

KEYWORDS: mechanisms of fear, coping reactions, unfavourable prognosis, psychodynamics

EINLEITUNG

Der Begriff infaust (lat.: ungünstig) wird in der Medizin verwendet, wenn die Vorhersage für den weiteren Krankheitsverlauf sehr ungünstig ausfällt, der momentane Zustand des Patienten eine Heilung nicht ermöglicht und mit dessen Ableben zu rechnen ist. Zu beachten ist jedoch, dass es sich hierbei um eine Vorhersage handelt, die auch fehlerhaft sein kann (vgl. Werni-Kourik 2009). Gibt es nach schulmedizinischer Erkenntnis und menschlichem Ermessen für einen betroffenen Patienten keine Behandlungsoption zur Erreichung der Heilung mehr, wird durch das Aussprechen dieser Botschaft für den Patienten und den behandelnden Arzt ein Wendepunkt erreicht. Beide Gesprächspartner werden, mehr oder weniger offensichtlich, von dem existenzbedrohenden Inhalt berührt, ergriffen oder auch überwältigt. Der Übermittler ist angefragt als Gegenüber, als Person, da zu sein, den Weg in Richtung Dialog zu bahnen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist die erlebte Bedrohung für den Patienten mit einem Trauma vergleichbar. Die Gewalt, mit der diese Botschaft auftrifft, kann sehr unterschiedlich erlebt und verarbeitet werden. Dazu gehören Reaktionen von Ablehnung, Flucht, Auflehnung, Kampf, Vernichtung und Lähmung und das Erleben eines Haltverlusts. Verunsicherung und Angst beeinträchtigen den Menschen im Feststellen des Faktischen, hindern ihn am Wahrnehmen und schränken seine Möglichkeit des Betrachtens ein. Bei vielen Patienten ist beobachtbar, dass ein Sprechen und Betrachten der veränderten Lebenssituation die Fähigkeit unterstützt, das Faktische wahrzunehmen und auszuhalten. Durch diese Offenheit zur Begegnung kann Vertrauen entstehen, welches ein Annehmen und Begreifen der Belastung begünstigt. Als Psychotherapeutin auf einer Palliativstation arbeite ich mit Betroffenen. Es ist mir möglich, die Patienten an diesem Wendepunkt ihres Lebens zu begleiten.

DAS ÜBERBRINGEN EINER INFAUSTEN PROGNOSE

Das Überbringen schlechter Nachrichten erfordert vom Vermittler ein vielfältiges Können: Dasein-Können, Zuwenden-Können, Aushalten–Können, Annehmen-Können, Begegnen-Können, Handeln-Können, Mut und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Die notwendige personale Kompetenz beinhaltet das Bewusstsein, dass in dieser Situation Gefühle nach außen drängen, die Indikatoren dafür sind, dass im Innersten existentielle Werte als bedroht erlebt werden. Die mit der infausten Prognose konfrontierte Person wird versuchen diese persönlichen Werte zu bergen und zu schützen. Sie braucht dabei ein Gegenüber, welches das Fühlen des körperlichen Befindens und das Spüren der Werte und des Selbstwertes als wesentlichen Teil der Situation erkennen und die aufkommenden Gefühle zulassen kann (vgl. Langkafel/Lüdke 2008).

Bedrohungen, die den Übermittler selbst berühren

Das Übermitteln schlechter Nachrichten konfrontiert mich als Überbringerin mit meiner eigenen Verletzlich- und Vergänglichkeit und verweist zugleich auf die Verletzlich- und Vergänglichkeit des Menschen an sich. Befürchtungen, zu wenig kommunikative Fähigkeiten erworben zu haben, treten auf. Chronischer Zeitmangel öffnet eine Tür, durch die sich leicht der Raum der Distanz betreten lässt, wohl wissend, dass sich nicht alleine durch reichlich Zeit die Zufriedenheit des Patienten herstellen lässt, sondern durch die Qualität der Begegnung. Ängste vor unkontrollierbaren Reaktionen lösen beim Überbringer Copingreaktionen der erste Grundmotivation (vgl. Längle 2013, 73 ff) aus; flüchten, vermeiden, ankämpfen, tot stellen. Ebenso häufig kann

man das Bedürfnis erkennen, den Patienten vor Stress und extremer Belastung schützen zu wollen. Zentrales Thema der Auseinandersetzung sind hierbei Leid und Schmerz, die für Behandelnde tagtäglich wahrnehmbar, als persönliche, alltägliche Erfahrungen aber vielleicht nicht integriert sind. Das bedeutet, dass die Stellungnahme, wie ich mich dazu verhalten will, fehlt. In der Folge werden Schmerzbegegnungen gemieden. In der personalen Begegnung lässt sich Schmerz aber nicht abschütteln. Die Erfahrung, dass das Ich des betroffenen Menschen am Schmerz haftet und die Welt- und Seinsbezüge verloren gehen, hinterlässt Spuren und berührt. Dazu als Beispiel die Schilderung einer Patientin: *„Bei der Visite teilte mir der Oberarzt, der am Bettrand stehen geblieben war, mit, dass die Tumorerkrankung sich bereits soweit ausgebreitet hat, dass die geplante Therapie nicht mehr durchgeführt werden kann. Er erklärte mir, dass er bereits die Rücküberstellung an die wohnortnahe Palliativstation in die Wege geleitet hat und der Rücktransport bereits am kommenden Tag erfolgen werde. Er forderte mich auf, rasch alle Angelegenheit zu regeln, die mir wichtig erscheinen. Er gab mir zu verstehen, dass ich keine Zeit zu verlieren habe, da mir nicht viel Zeit bleiben wird. Damit war die Visite beendet, bevor ich noch begriffen hatte, was mir eben mitgeteilt worden war und ich nachfragen konnte."*

Das Aufsuchen der Person – der Prozess der Begegnung

Im Vorfeld jeder Begegnung steht die Begegnungsbereitschaft der Person, die eine Botschaft überbringt. Zugleich ist die Fähigkeit, sich selbst begegnen zu können gefordert, denn ohne die personale Präsenz und die authentische Begegnung, die mich als Menschen inkludiert, nicht nur die fachlichen Fähigkeiten, kann nicht begegnet werden. Begegnung erlaubt Wesentliches wahrzunehmen, Mensch zu sein, mich berühren zu lassen, mir Zeit zu nehmen. Dialog wird ermöglicht. Im Dialog geschieht ein Austausch von Wesentlichem. Dieses Bewegt-Werden vom Wesentlichen geschieht, phänomenologisch betrachtet, einfühlend. Was wesentlich ist, bestimmt nicht der Sachinhalt der Information. Unter Begegnung versteht die Existenzanalyse das intendierte Aufsuchen und Antreffen eines Du. Die Begegnung richtet sich an die Person, das Wesen eines Menschen. Voraussetzung für eine Begegnung im Rahmen der Übermittlung der Infausten Prognose ist es, einen Rahmen sicherzustellen, der eine Begegnung überhaupt erlaubt (vgl. Längle 2003).

Personale Begegnung und Wirkmechanismen der Psychodynamik

Beim Übermitteln der Infausten Prognose ist erkennbar, dass es einen wesentlichen Unterschied macht, ob das Sach-Wir („wir sprechen über etwas") oder das Person-Wir („wir sprechen uns an") angesprochen wird. Die Bedrohung betrifft das Sein-Können, die betroffene Person wird also im Innersten erschüttert. Ein Ansprechen, reduziert auf die Sachebene, ist ungenügend. Im Zustand des Betroffen-Seins wirken auf eine Person physische und psychische Kräfte. Das Fehlen des unmittelbaren Begegnens wird von Betroffenen mit den Begriffen „alleingelassen; kalt; brutal und unmenschlich" beschrieben (vgl. Längle 2004).

Existenzanalyse setzt sich zum Ziel, die Person in ihrer Gesamtheit zu verstehen, sodass sich ihr Wesen zeigen kann. Es wird versucht, die Beweggründe zu erfahren, damit der subjektive Lebenszusammenhang zugänglich wird. Beziehung stellt sich zwingend ein, wenn die Erfahrung des emotionalen Berührt-Seins und der wahrgenommenen Nähe gemacht wird.

Psychodynamische Wirkmechanismen führen zu Reaktionen der Zurückweisung, des Sich-Abwendens, Versachlichens und Verallgemeinerns. In Beziehung zu treten, dem Hilfesuchenden zu begegnen und in der Beziehung mit dem Patienten zu bleiben, erfordert vom Behandelnden, sich den eigenen Ängsten, dem eigenen Betroffen-Sein, dem eigenen Schmerz zu stellen und letztlich der Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit zuzustimmen.

Haltverlust in der Einengung

Durch die Übermittlung der Infausten Prognose ist der Halt im eigenen Sein und der eigenen Körperlichkeit erschüttert. Menschen erleben Haltverlust, sind in einer Krise. Sie sind intensiv mit der Unfassbarkeit der Botschaft und ihrem Schmerz beschäftigt und brauchen jemanden, der es mit ihnen aushält und der sie führt, damit sie wieder zu sich selbst kommen können. Die Ebene der erste Grundmotivation ist somit das zentrale Thema der Auseinandersetzung. Durch den hereinbrechenden Verlust, erlebt sich der Patient als „getrennt von Lebenswerten". Als Copingreaktion kann sich Wut auf das Leben, das Schicksal, Gott usw. zeigen. Im Angsterleben selbst wird der eigene Körper als Halt spürbar, im Herzklopfen und in der Anspannung. Die Angst wirft den Menschen auf sich selbst zurück, sie macht einsam. Darin spürt der Mensch, dass es nur um ihn geht, um sein Leben. Dieses Angsterleben hilft, das eigene Leben ernsthaft zu ergreifen. Die Aufgabe für Betroffene ist es, das Leben wieder aufzunehmen, entsprechende Konsequenzen zu ziehen und nach der Lähmung durch die Krise wieder sinn-voll zu leben.

Spürbar wird der Boden unter den Füßen wieder, wenn ein Halt wahrnehmbar ist. Ist das Unfassbare erfasst, gelingt ein erstes Aushalten. Bildlich gesprochen lasse ich es zu, dass es eben da ist und auch ich da sein und da bleiben kann. Das Umgehen mit unfassbaren Erfahrungsinhalten wird für Betroffene leichter durch Menschen, die diesen Prozess mitbegleiten, in dem Wissen und mit der inneren Haltung, dass es gut ist, den Grund zu erreichen. Intuitiv versuchen Menschen aber diesen Grund zu polstern, das Auftreffen des Unfassbaren abzufedern. Bezeichnenderweise ist die Dynamik des Abfederns nicht nur beim betroffenen Patienten zu bemerken. Diese Dynamik lässt sich auch im Behandlungsteam wiederfinden. Offensichtlich fällt es uns Menschen schwer, dieses Fallen ins Bodenlose mitzuerleben, es zu begleiten und es doch nicht ändern zu können.

Menschen, die durch verschiedene traumatisch verarbeitete Erlebnisse nachhaltig erschüttert sind, verlieren das Gefühl, im Grunde sicher und geborgen zu sein. Für sie ist das Erreichen dieses Grundes ohne professionelle Begleitung schwer möglich. Es kommt in der Folge oft zur Entwicklung

einer Angststörung. Rückschläge, Wiederauftreten und Fortschreiten der Erkrankung führen zu Erschütterungen, die das Leben bedrohen. Oft kommt es im Laufe eines Krankheitsverlaufes wiederholt zu solchen Erfahrungen.

Schmerz und Lebensbezug

Durch den Verlust der körperlichen und seelischen Integrität, empfunden als gewaltsame Zerstörung, werden bei den Betroffenen die Themen der zweiten und dritten Grundmotivation berührt, erschüttert und müssen neu gestaltet werden. Zentral wird angefragt: Kann und will ich so leben? Der Schmerz über die hereinbrechende Krankheit und die damit verbundenen faktischen Gegebenheiten wie Operationen und Therapien, die das körperliche Empfinden und Aussehen nachhaltig verändern, verlangen danach, integriert zu werden. Das konfrontiert mit der verzweifelten Frage: Was ist das für ein Leben? Das Erleben, dass das So-Sein und das Sein-Wollen als stark divergierend wahrgenommen werden, berührt. Hier muss der Behandelnde standhaft begegnen oder es bleibt ihm nur der Ausweg der Flucht.

Als Beispiel die Begegnung mit einem bereits stark entkräfteten Patienten, der ein leidenschaftlicher Gitarrist ist. An schwachen Tagen kann er sein Instrument nur halten und stimmen, denn zum raschen Umgreifen fehlt ihm die Kraft. Dann haben die Stücke nicht den richtigen Ausdruck, so will er sie nicht spielen. Aber er nimmt sich Zeit zum Stimmen und lächelt dabei. An starken Tagen spielt er sein Lieblingsstück.

Die zu bewältigende Aufgabe des Betroffenen ist es, laut Längle (vgl. Längle 2008, Längle 2005) wieder Strukturen zu erreichen, die durch die Verletzung und den Schmerz in allen vier Ebenen der Grundmotivationen instabil geworden sind, und folglich neuerlich eine Ganzheit im Selbstbezug, Weltbezug, Lebensbezug und Zukunftsbezug, der aktuellen Lebenssituation angemessen zu erleben.

Integration der Angst und Finden existenziellen Halts

In der Existenzanalyse (vgl. Längle S 2003) ist Angst eine Erschütterung ob der Abgründigkeit des Lebens, eine Erschütterung des Halts, und die Angst ist ein Grundthema der Existenz. Angst begleitet unser Dasein, daher sind wir ständig aufgerufen, mit ihr umzugehen, ihr gegenüber zu treten. Im Wesentlichen sind wir somatisch und psychisch gut ausgestattet und können mit der Angst umgehen. Für gewöhnlich widmen wir uns ihr nur in dem Maße, welches im täglichen Beschäftigt-Sein erforderlich ist und uns nötig erscheint. Anders verhalten wir uns, wenn wir Angst haben, sich die Angst als Barriere zwischen uns und die individuellen Lebenswerte schiebt. Unsere Aufmerksamkeit richtet sich darauf, was möglicherweise passieren könnte. Folge des Erlebens ist es, dass wir uns bewusst werden, dass uns alle Vorsichtsmaßnahmen nicht davor schützen können, dass etwas Einschneidendes passiert.

Die Integration der Angst aus therapeutischer Sicht geschieht über zwei Wege: Erstens durch die Begegnung mit der Erwartungsangst, die uns eine vermeidende Haltung einnehmen lässt, also durch Konfrontation. Zweitens durch die Begegnung mit der Grundangst, die uns ins Bodenlose fallen lässt, also durch Halterfahrung. Die Hauptmethode der Angstbehandlung in der Existenzanalyse besteht in der Befähigung der betroffenen Person, die Angst zu integrieren. Integration erfordert ein Hinfühlen und Aushalten. Gelingt dieser Schritt, führt dies zum Annehmen der Gegebenheiten und hat zur Folge, dass wieder Boden unter den Füßen entsteht. Die Personale Positionsfindung (PP) wird als Methode eingesetzt, um Halt im Sinne der Krisenintervention zu erreichen. Durch therapeutische Bearbeitung kann erreicht werden, dass sich die betroffene Person vom Angst auslösenden Gefühl entkoppelt, Aktivierung erfährt, und in der Folge wieder befähigt ist, die eigenen Anliegen zu vertreten und umzusetzen. Im Sinne dieser tragenden Erfahrung möchte ich von einem 86 jährigen Patienten erzählen, der, auf eigenen Wunsch, von der Palliativstation nachhause entlassen wurde, um dort in Ruhe sterben zu können. Hr. A bewohnte ein Haus am Waldrand, umgeben von Wiesen und Feldern und wenn er auf seiner Bank vor dem Haus saß, konnte er die Ruhe hören, die ihm viel bedeutete. Er sprach von dem klaren kalten Wasser, das aus der eigenen Quelle kam und nicht zu vergleichen war, mit dem das wir ihm anbieten konnten. Hr. A wusste, dass seine Erkrankung bereits sehr weit fortgeschritten war und ihm die Therapie mehr Lebensqualität nehmen würde, als ihm dadurch gegeben werden könnte. Für ihn war diese Mitteilung nicht erschreckend – wohl berührend. Im Gespräch erklärte er mir: *„Ich habe gerne gelebt und ich würde schon noch gerne weiterleben. Es bedeutet mir viel, in meinen Garten zu schauen und den Lauf der Natur zu verfolgen. Ja, ich lebe gerne. Wenn es aber sein muss, dass ich sterbe und ich keine Kraft mehr habe, dann soll es so sein. Dahinleiden möchte ich nicht, aber noch zuhause auf meiner Bank sitzen und die Vögel hören solange es eben geht. Aber schade ist es schon."*

DIE BEDEUTUNG DER GRUNDMOTIVATIONEN (GM) IM UMGANG MIT DER INFAUSTEN PROGNOSE

Der Mensch wird in der Existenzanalyse und Logotherapie stets in seiner „Stellung im Kosmos"[1] gesehen und seinen Bedingungen entsprechend behandelt. Die für jeden Menschen ganz unterschiedliche Positionierung und Bedingtheit wird methodisch durch den dialogischen Prozess beleuchtet und in der Feststellung „ja, so ist es" sichtbar. Hilfreiche therapeutische Ansätze im Umgang mit den Menschen, die herausgefordert sind, einen personalen Umgang mit dem bedrohten Sein zu finden, basieren auf den vier Grundmotivationen.

Den Grund des Seins empfinden und das Schicksal annehmen können (1. GM)

Als erste Wahrnehmung ist eine tiefe Verunsicherung im „in der Welt Sein" erlebbar. Das existenzielle Bedroht-Sein erzeugt das Gefühl, dass die bisher erlebte Wirklichkeit und die in ihr erfahrene Verlässlichkeit zerbrechen. Die bisher geltenden Grundannahmen über die innere und äußere Wirk-

[1] in Anlehnung an Max Scheler (2007)

lichkeit haben ihre Gültigkeit verloren. Im Sinne der Existenzanalyse ist der Seinsgrund erreicht, wenn ein „ja so ist es“ gespürt und ausgehalten werden kann. Therapeutische Interventionsmöglichkeiten zur Unterstützung, den Seinsgrund zu erreichen, bietet die Personale Existenzanalyse mit dem Schritt der PEA 0, der das Erfassen des Faktischen zum Ziel hat. Die Motivationsebene ist auf das Annehmen der Bedingungen gerichtet. Im nächsten Schritt PEA 1 wird über das Betrachten und Wirken-Lassen der Lebenswert berührt. Die therapeutische Haltung ist phänomenologisch offen und empathisch.

Therapie am Grundwert: Beziehung zu sich selbst, sich der Trauer öffnen (2. GM)

Unter der Grundbeziehung wird in der Existenzanalyse die tiefste, emotional empfundene Beziehung zum eigenen Leben verstanden. Der Grundwert gilt als Wert des eigenen Lebens. Er drückt sich im Erleben als Gefühl: „Es ist gut, dass ich lebe“ aus. In diesem Erleben ist eine Zustimmung enthalten. Durch die Erfahrung, dass die körperliche Integrität verletzt ist und/oder das Leben bedroht ist, kann das Erleben in der Weise: „Es ist gut, dass ich lebe“, heftig erschüttert werden. In dieser Verarbeitungsphase stehen Wut, Trauer sowie Beziehungs- und Wertearbeit im Vordergrund. Die Arbeit am Grundwert wird aus existenzanalytischer Sicht bei der Depressionsbehandlung bedeutend. Die Erfahrung zeigt, dass man Menschen, die ihrer körperlichen Integrität durch eine Infauste Prognose beraubt sind, ebenso mittels dieser Interventionen erreichen und ihre Zuwendung zum Lebenswerten eröffnen kann, selbst wenn das Lebensende spürbar nahe ist.

Selbstsein Dürfen – Achtung und Würde erfahren (3. GM)

Selbstsein-Dürfen gründet sich auf das Erleben: „Es geht um mich in meinem Leben“. Die Gewissheit vor mir und anderen bestehen zu können, mich zeigen zu können wie ich bin, gibt Halt und bildet den festen Grund. Das Grundgefühl ist Authentizität. In vielen Begegnungen mit Patienten der Palliativstation ist erlebbar, dass die Erfahrung des Selbstsein-Dürfens erschüttert ist. Durch die hereinbrechende Bedrohung wird das bisher Gelebte neu bewertet, Beziehungen geprüft, Ungelebtes taucht aus dem Innersten auf. Besonders deutlich mitzuerleben sind Erschütterungen im Selbstsein-Dürfen dort, wo der Versuch nahe stehende Menschen zu schützen, unternommen wird. Menschen versuchen das Wesentliche nicht zu sagen, Hoffnung zu erzeugen, wo keine mehr ist. Stärke und Lebenskraft zu demonstrieren, wo keine mehr zur Verfügung steht. Mit diesen abwehrenden Versuchen, Unabänderliches wegzuschieben geht dem Menschen das Grundgefühl der Authentizität verloren. Der Selbstbezug und der personale Umgang mit dem Faktischen können nicht bewusst gelebt werden. Menschen an Wendepunkten müssen die Möglichkeit haben Grenzen zu ziehen, die Freiheit haben, das zurückzulassen und loszulassen was einengt und behindert.

Erfüllung finden und Übereinstimmung erleben (4. GM)

Die Psychodynamik des Erlebens weist auf Verzweiflung und Sinnlosigkeitsgefühle hin. Die erlebte Bedrohung wird in Erwartungsangst und Sinnlosigkeitsgefühlen deutlich. Unterstützung durch vertraute Personen oder Psychotherapeuten ist hilfreich, um diesen Ängsten begegnen zu können. Patienten, die für sich das Faktische annehmen können, die Wertebezüge herstellen und diese lebendig gestalten können und von ihrer Umwelt mit Achtung und Würde behandelt werden, können auch mit der begrenzten Lebenszeit und den begrenzten Lebensvollzugsmöglichkeiten umgehen. Sie leben ihr Leben ausgerichtet auf Möglichkeiten und Lebenswerte. Erfüllung zu erleben geschieht täglich und der Tagesablauf richtet sich in Übereinstimmung nach den Möglichkeiten und Fähigkeiten der Person. Drängendes Haben-Wollen oder Tun-Wollen, wandelt sich in Erleben-Dürfen. Geprägt ist diese Übereinstimmung durch das Lassen-Können von nicht Wesentlichem, was zu innerer Ruhe führt.

THERAPEUTISCHE MÖGLICHKEITEN HEILSAM ZU WIRKEN

Der Mensch ist nach existenziellem Verständnis angehalten, auf die an ihn gestellten Lebensfragen die situativ bestmögliche Antwort zu geben. Durch diese Antwort ergibt sich ein Verantworten des eigenen Lebens. Therapeutisches Arbeiten orientiert sich vorerst an der Restrukturierung der personalen Funktionen. Als systematische Ansatzpunkte gelten der Bezug zur realen faktischen Welt, zu erlebbaren Werten und zum eigenen Selbst. Themen für eine therapeutische Behandlung ergeben sich durch ein gestörtes Bild der Wirklichkeit, fehlendes Vertrauen, Verlust der Festigkeit tragender Beziehungen, Schuldgefühle, eine resignierte Einstellung und Haltung, sowie Scham. Letztendlich auch durch Orientierungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Nicht unterschätzt werden darf die Rückwirkung der Therapie auf den Therapeuten. In der Gegenübertragung entstehen schnell Gefühle der Machtlosigkeit und Inkompetenz. Copingreaktionen der ersten Grundmotivation können auftreten.

Intervention in der Phase des „nicht wahr haben Wollens“

Im Rahmen einer Intervention begegnet der Therapeut dem Klienten konkret auf Problembereiche bezogen und zentriert auf emotionale Reaktionen. Zu achten ist darauf, dass die Interventionen als sicher und unterstützend erlebt werden können, wenn es sich um traumatisierte, geschockte oder instabile Patienten handelt. Der zentrale Wirkfaktor ist, den Menschen in Dialog zu bringen, mit der Welt und mit sich selbst.

Der Dialog mit sich selbst bringt Menschen dazu, aus der Erstarrung zum emotionalen Ausdruck zu kommen. Schmerz, Wut, Aggression, Angst werden wieder gefühlt, ausgesprochen und in der Folge bearbeitet. Der Dialog zur Welt hin eröffnet die Möglichkeit das „Eingebettet-Sein“

in die Welt zu spüren. Der Patient kann sich als Teil eines größeren Zusammenhangs erleben, und sich auf seinen Weg einstimmen.

Intervention in der Phase des „nicht annehmen Könnens“

Therapeutisch wird gearbeitet an Trauer und Wertbezügen. Durch das „innere Sprechen“ lässt sich das verbleibende Leben mit seinen Einschränkungen wieder in die Hand nehmen. Außerdem orientiert sich die Arbeit am Entwickeln von Zuspruch, Zuwendung und Mitgefühl für sich. Daraus entwickeln sich Nähe, Wärme, Kraft und die Möglichkeit Sorge für sich zu tragen. Dies ist auch möglich in einer Situation der Bedrohung, die nicht zu verändern, nur anzunehmen ist. So entsteht ein Gefühl des Gehalten-Seins.

Intervention in der Phase des „Ankämpfens“

Die Phase des Ankämpfens ist geprägt durch den Versuch, sich für sein Leben einzusetzen, so lange physische und psychische Kräfte ausreichen. Die Copingreaktion kann als situative Hilfe gesehen werden und schafft momentane Entlastung. „Ich will leben“ – ist als kräftiges Gefühl im Patienten spürbar, als Gefühl der Wut. Der existenzanalytische Umgang in der Phase des Ankämpfens besteht darin, den Weg zu begleiten um zum Verstehen zu gelangen: Was tut mir weh, was ist mein Leiden? Im therapeutischen Vorgehen wird das gefühlsmäßige Erfassen des Verlustes gefördert, um über die Integration des Schmerzes ein Annehmen des Faktischen möglich zu machen.

Intervention in der Phase des „Annehmens“ und „Geschehen-Lassens“

Bewusst Abschied zu nehmen ist nur möglich, wenn es gelungen ist die Beziehung zum Verlorenen oder zum Bedrohten wieder aufzunehmen. Das Geschehen-Lassen des Unvermeidlichen lässt Menschen klar, unmissverständlich und sanft werden. Den Kern der Behandlung stellt die Entwicklung und Freigabe der personal-existenziellen Verarbeitungsformen dar. Die Themen Bedrohung (1. GM), Belastung (2. GM), Verletzung (3. GM) und Aussichtslosigkeit (4. GM) werden berührt, mit dem Ziel, nicht nur das rein situative Überleben zu sichern, sondern eine personale Stellungnahme zu ermöglichen. Die zur Verfügung stehende Methode stellt die „Personale Existenzanalyse (PEA)“ dar. Die PEA 3 beschreibt, wie nach der gefundenen Stellungnahme der Existenzvollzug seinen Ausdruck finden kann, indem hingeführt wird zur Frage: „Wie kann das realisiert werden, was die Person will?“ Nach der Auseinandersetzung ist es möglich, dem Ausdruck zu verleihen, was die handelnde Person zur Selbstannahme führt. In der Phase des Annehmens geschieht ein „in Übereinstimmung bringen“. Menschen suchen nach Sinn und werden tätig im Realisieren der neuen Haltung. Die Copingreaktionen hinter sich lassend, gelingt es den Menschen ihr Leben in seiner Fülle nochmals zu berühren und zu bergen, sich loszulösen und mit der Bereitschaft des Geschehen-Lassens zustimmend dem Unausweichlichen entgegenzugehen.

SCHLUSSGEDANKE

„Ich wage es, meine Gefühle zuzugeben, nicht über ihnen zu stehen, sondern berührbar und verletzbar zu sein. Ich will Worte finden, für das was ich spüre. Du sollst von meiner Angst wissen, aber auch von meinem Mut.“ (Schaffer 1987, o.A.)

Literatur

Langkafel B, Lüdke Ch (2008) Breaking Bad News. Heidelberg: Economica Verlag

Längle A (2003) Im Bann der Angst. Das versteckte Wirkprinzip der Paradoxen Intervention von V. Frankl. Existenzanalyse 2,20, 4-11

Längle A (2004) Beziehung(s)formen. Ein existenzanalytischer Kategorisierungsversuch. Existenzanlayse 1, 21, 23–29.

Längle A (2005) Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. Existenzanalyse traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Existenzanalyse 2, 22, 4-18

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

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

Längle S (2003) Grundzüge eines existenzanalytischen Verständnisses der Angst. Existenzanalyse Nr. 2/2003, 20. Jahrgang, 57-61

Schaffer U (1987) …weil Du einmalig bist. Lahr: Kaufmann-Verlag

Scheler M (2007) Die Stellung des Menschen im Kosmos. Bonn: Bouvier

Tirier U (2003) Wenn alles sinnlos erscheint. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus

Werni-Kourik M.et. al (Hg.) (2009) Palliativmedizin. Bremen: UNI-MED Verlag

Anschrift derVerfasserin:

Barbara Kernmayer

Krumplgasse 10/6

A 9020 Klagenfurt

barbara.kernmayer@aon.at

LEBEN MIT DER DIAGNOSE KREBS

Christina Strempfl

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit existentiellen Themen im Zusammenhang mit der Krankheit Krebs. Diese Krankheit wird meist als eine Grenzerfahrung des Daseins, als eine Konfrontation mit dem Tod erlebt. Es geht um den Prozess, einen Weg zu finden diese Krankheit und die damit verbundene Angst annehmen zu können, sie zu integrieren, um wieder frei zu werden für das Leben. Die Diagnose Krebs „verstellt" zunächst den Blick auf das Leben, weil die Frage auftaucht, wie weiterleben, wenn der Tod so nahe rückt? Es wird dargestellt welche personal-existentiellen Möglichkeiten in dieser Erschütterung liegen, um mit der auftauchenden Angst und Verletzbarkeit wieder den Mut zu finden, mit sich und dem Leben in Beziehung zu treten.
Der notwendige personale Prozess wird beschrieben, um mit der Krankheit in ein zuversichtliches, gelassenes Leben zu finden, wo Tod und Abschied nicht mehr als vernichtend erlebt werden.

SCHLÜSSELWÖRTER: Angst, existentielle Erschütterung, Krebs, Tod, Zuversicht

LIFE WITH THE DIAGNOSIS CANCER

This thesis deals with existential topics in connection with cancer. This illness is mostly perceived as a borderline experience of existence, as a confrontation with death. It is about the process of finding a way to accept and integrate this illness and all the entailed anxiety in order to become free again for life. At first the diagnosis of cancer blocks the view on life, because the question arises how to carry on living with the prospect of death so close. It is depicted which personal existential opportunities there lay in this shock for again plucking up the courage to enter into a relationship with oneself und life along with the resultant anxiety and vulnerability.
The necessary personal process is described for arriving at a confident and relaxed life together with the illness, where death and parting are no longer experienced as destructive.

KEYWORDS: anxiety, cancer, existential shock, death, confidence

Den Hauptteil meines Praktikums im Rahmen der Ausbildung zur existenzanalytischen Psychotherapie habe ich an der Erwachsenenonkologie an der Grazer Universitätsklinik für Innere Medizin absolviert. In dieser Zeit begann für mich eine intensive Auseinandersetzung mit den körperlichen und psychischen Folgen und Leiden von Krebskranken. In diesem Beitrag möchte ich eigene Erfahrungen, in der Begleitung und Psychotherapie von an Krebs erkrankten Menschen, einbringen.

Nicht jeder, der an Krebs erkrankt, ist zwangsläufig auch therapiebedürftig.

Die Krankheit Krebs wird aber noch immer als eine der gefährlichsten Krankheiten wahrgenommen und gefürchtet, trotz aller wissenschaftlichen Fortschritte.

Die Medizin kann nicht davor schützen, dass die Diagnose Krebs als Grenzerfahrung des Daseins, als existentielle Bedrohung, erlebt wird. Die Krankheit wird meist zu einer Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit, und somit gleichzeitig eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben. Ich habe immer wieder erlebt, dass Menschen, wenn der Schock überwunden ist und das Leben wieder mehr Halt bekommen hat, damit beginnen ihr Leben neu zu ordnen. Die Krankheit wird zum Ausrufsignal: Schau auf dein Leben, ändere notfalls den Kurs.

Ziel aber ist es, einen Weg zu finden, der die Lebensqualität und die Lebenszeit in den Mittelpunkt rückt. Ziel ist es also, das Leben zu leben, nicht die Krankheit. Erst dann kann sich der Blick vom Befund auf das Befinden verlagern. Es geht darum einen Weg zu gehen, die Krankheit und das damit verbundene Leid anzunehmen, um wieder „frei" zu werden für das Leben.

Am Anfang dieser Krankheit stehen meist die Angst und das Unfassbare. Ein bis dahin erlebter Halt geht verloren, weil das bisher „Sichere" bedroht ist. Christoph Schlingensief, ein deutscher Regisseur und Aktionskünstler, beschreibt diesen Haltverlust durch die Diagnose Lungenkrebs so: „Ich bin nicht mehr der, der ich bin. Bin nicht mehr der, der ich war. Ich bin nicht mehr der, der ich werden wollte." (Schlingensief 2009, 68)

In meinen Ausführungen möchte ich immer wieder Bezug nehmen auf eine 62jährige Patientin, Helga, die drei Wochen nach ihrer Krebsdiagnose zu mir in die Praxis kam. Man hatte im Brust- und Bauchbereich einige Metastasen gefunden, allerdings keinen Primärtumor. Bis zu dieser Untersuchung hatte sie das Gefühl, sie sei gesund. Helga ist Ehefrau, Mutter von zwei erwachsenen Kindern, seit einem Jahr im Ruhestand und betreute zu diesem Zeitpunkt ihre schwer an Demenz erkrankte Mutter. Sie berichtete schon zu Beginn, dass sie vor etwa 20 Jahren einen langen Krankenhausaufenthalt hatte, aufgrund einer Krebs-Fehldiagnose, und seither sei sie sehr ängstlich. Als Ziel für die Psychotherapie nannte sie Begleitung durch diese schwere Zeit, und sie wolle sich nicht mehr so kränken, wenn sie „übersehen" wird im Alltag.

Erste Fragen tauchten auf: Was kommt auf mich zu? Werde ich leiden müssen? Was werde ich erleiden müssen? Kann ich das aushalten? Was kann ich dazu beitragen, dass ich diese Krankheit doch überlebe?

In der Arbeit mit Krebspatienten geht es darüber hinaus, nur mit der Situation zurechtzukommen, hin zu einer Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten und Lebensthemen, um ein existentiell erfülltes Leben führen zu können. Also ein Leben, das in Freiheit und Verantwortung authentisch gestaltet ist und gleichzeitig die Endlichkeit dieses Lebens integriert.

Tatsache ist: Eine schwere Krankheit gibt plötzlich die Bedingungen vor. Und es ist ja fast unbegreiflich, etwas in sich zu tragen, nichts „Gutes", etwas, das sich offensichtlich

gegen mich richtet, vielleicht schon längere Zeit, ohne etwas bemerkt zu haben.

Zunächst aber zu äußeren Bedingungen, die einen Einfluss darauf haben wie Menschen mit dieser Krankheit zurechtkommen.

DIAGNOSEMITTEILUNG UND WAHRHEIT IN DIESEM ZUSAMMENHANG

Hierbei handelt es sich um einen einschneidenden Moment, der Auswirkungen auf den gesamten kommenden Verlauf der Krankheit hat. Worum geht es dabei? Es geht um Information und Einschätzung bzgl. der Befunde und Therapiemöglichkeiten.

Eine gute, beziehungsvolle Begegnung zwischen Arzt und Patient von Beginn an, schafft Vertrauen für den weiteren gemeinsamen Weg. Kein Vertrauen finden kann der Patient dann, wenn er das Gefühl hat, dass ihm nicht alles gesagt wurde. Das heißt: Vertrauen begründet sich auf Wahrheit. Wie so eine schwerwiegende Diagnose vermittelt werden kann, hat zuletzt auch damit zu tun, ob und welche Fragen sich der Behandelnde selber stellt. Bewusste, vor- und unbewusste Aspekte und Haltungen beeinflussen unser Handeln und führen zu Dynamiken, die auf den Umgang mit Patienten und Angehörigen Einfluss nehmen. Diese Begegnungen mit den Patienten fordern auch vom Arzt viel Mut und Einschätzung, aber eben auch die eigene Auseinandersetzung mit diesen existentiellen Themen.

Die Diagnosemitteilung, wie sie meine Patientin erlebte, ist ein Beispiel dafür, wie es nicht sein soll. Der Arzt beschrieb ihr die Befunde und die Diagnose. Über die Prognose meinte er: „Sie wissen schon, dass das Ihr Todesurteil ist. Mit einer speziellen Therapie können wir Ihr Leben vielleicht um zwei Monate verlängern. Leider gehören Sie zu denjenigen, die Pech haben im Leben.“ Erstarrt und fassungslos blieb sie zurück. Andere Ärzte dieser Abteilung versuchten diese Worte zu relativieren, wiesen auf Therapieversuche hin, und versuchten ihr dadurch wieder ein Stück Hoffnung zu geben.

Aber was ist in diesem Zusammenhang die Wahrheit? Nach A. Längle stellt sich die Wahrheitsfrage immer dort, wo der Mensch in einer Beziehung steht – zu sich selber, zu anderen Menschen, zu Sachen oder Tatsachen. Die Wahrheit basiert auf dem Hintergrund, es ist, was es ist. Wahr ist, was ist. Die Wahrheit ist nicht immer angenehm, wird als Verurteilung gefürchtet, als erbarmungslos und unverrückbar. Die Wahrheit fordert uns immer als Person, und so liegt es nahe, dass mit ihr am Krankenbett genauso umgegangen wird wie sonst im Leben auch. Wie mit einer Wahrheit umgegangen wird, ist Ausdruck einer inneren Haltung seinem eigenen Leben gegenüber. Überzeugungen, Vorerfahrungen, Befürchtungen, Fähigkeiten uvm. spielen hier eine Rolle (vgl. Längle 1989, 27).

Gerade bei der Diagnosemitteilung, wo der Patient auf diese Information oft nicht vorbereitet ist, muss Rücksicht genommen werden, wie der Patient mit dieser plötzlichen Wahrheit umgehen kann. Behutsamkeit ist angebracht, denn für den Arzt sind die Diagnose Krebs und die damit verbundene Prognose ein Teil seiner Arbeit, für den Betroffenen ändert sich das ganze Leben.

Wir können die Wahrheit nie als Ganzes erfassen und somit auch nicht mitteilen. Wahrheiten verschiedener Menschen können zueinander im Widerspruch stehen. Jeder hat immer nur seine Perspektive und somit geht es darum, den zum Leben jetzt benötigten Aspekt herauszunehmen. Das ist der existentielle Anspruch an die Wahrheit, dem es sich zu stellen gilt (vgl. ebd. 27ff.).

Die Diagnose, also die Wahrheit muss so mitgeteilt werden, dass sie dem Betroffenen nicht den Boden unter den Füßen wegzieht. „Die Wahrheit ist nicht das Feststellen eines Sachverhaltes, sondern eine Mitteilung, die gelebt werden muss.“ (ebd. 31)

Der Patient muss mit der ihm mitgeteilten Wahrheit die Möglichkeit bekommen, in einen, meist langsamen inneren Prozess zu kommen. Der Patient weiß ja, dass die Diagnose wahr ist, kann sie aber meist nicht sofort wahr-haben. Wahrhaben-Können ist ein Prozess. Wichtig ist ein Gespräch, wo am Ende zumindest ein Spalt offen bleibt. Ein Spalt, der Hoffnung zulässt, dass es weitergehen kann. In dieser Zeit ist es fundamental wichtig, dass jemand da ist und da bleibt beim Patienten. Neben Angehörigen braucht es aber auch den „Heiler“, den Arzt, der ein Beziehungsangebot macht und sagt: Ich bin für Sie da, ich komme morgen wieder. Hoffnung gibt ein ehrliches, glaubhaftes Gespräch darüber, was diese Krankheit für das Leben des Einzelnen bedeutet, was das demnächst für ein Leben sein wird.

Dieses Dasein, das Dableiben und Aushalten, der beziehungsvolle Umgang mit dem Kranken schaffen wieder einen ersten Halt, und somit die Basis dafür, um die nächsten nötigen Schritte zu gehen.

Die Patientin bezeichnete diesen Moment der Diagnosemitteilung als Schock, und wir hielten uns lange dort auf, um den Blick wieder auf das Leben zu lenken, was ihr jetzt Halt gibt, was sie ganz persönlich in sich über diese Krankheit spürt, wie sie sich selbst nahe sein kann in dieser schweren Zeit, welche unmittelbaren Auswirkungen es auf ihr Leben hat, was dennoch gut ist, wie z.B. die Kraft und Zuwendung die sie in dieser Zeit von Freunden und den Kinder bekam. Die Pflege der Mutter übernahm von da an eine professionelle Altenpflege.

DIE SPRACHE IM ZUSAMMENHANG MIT KREBS

Die übliche Sprache im Zusammenhang mit Krebs, vorwiegend in der Medizin gebräuchlich, ist in ihren Bildern und Metaphern eine Kriegssprache. Auch viele Patienten benutzen sie. Das gewählte Bild für die Krankheit zeigt auch viel vom Umgang mit der Krankheit. Unter der Krankheit Krebs versteht man im Allgemeinen einen sogenannten „bösartigen“ Tumor.

Die Malignität, die sogenannte „Bösartigkeit“ ist ein Begriff in der Medizin, um eine Krankheit oder einen Krankheitsverlauf zu kennzeichnen, der fortschreitend zerstörerisch wirkt und möglicherweise auch zum Tod des Patienten führt.

Als Böse erleben wir Menschen in diesem Zusammenhang die tödliche Bedrohung dieser Erkrankung. Bei der

Krebsentstehung geht es um eine ungerichtete und ungehemmte Vermehrung von Krebszellen. So, wie sich diese Zellen verhalten, haben sie das Potential das „Gute", die gesunden Zellen, zu verdrängen. Die Tendenz dieser Zellen ist eine grausame, und das macht uns Angst.

Meist sagt man: Der Tumor muss bekämpft werden. Susan Sontag, selbst an Krebs erkrankt, war eine der ersten, die diese Kriegsmetaphorik beschrieben und dieses Thema aufgegriffen hat (vgl. Sontag 1978). Hauptsächlich steckt hinter dem alltäglichen Sprachgebrauch die Angst vor dieser un(be)greifbaren Krankheit. Auch die Medizin ist da nicht ganz wertfrei, da sie den Krebszellen Eigenschaften wie z.B. „heimtückisch und boshaft" zu sein, zuschreibt. Man muss allerdings achtsam sein, denn sonst geht es bald nicht mehr nur um eine Krankheit, sondern um einen Feind, der töten will und gegen den es sich zu wehren gilt. Die Behandlung zielt dann im Gegenzug auf Auslöschung und Vernichtung ab. Die Medizin kämpft, der Körper ist der Kriegsschauplatz (vgl. Agstner 2008, 17f.).

Die Kriegssprache kann an die Krebserkrankung auch gut angepasst werden: Es gibt einen Feind (Krebs), einen Offizier (Arzt), einen Soldaten (Patient), Verbündete (Pfleger, Angehörige, Therapeuten) und gefährliche Waffen (chemische, nukleare und biologische) (vgl. Reisfeld , Wilson 2004, 4024ff.).

Der Begriff „bösartig" löst viel Stress und Abwehr aus. Daher wäre es vielleicht besser zu sagen, die Zellen sind, in Erfüllung ihrer Arbeit, krank geworden. Zum Teil so schwer, dass sie die Existenz des Körpers, zu dem sie gehören, gefährden. Das Wort „krank" ermöglicht eher Sorge und Mitgefühl, und einen liebevolleren Umgang mit dem Körper und sich selbst. Der Unterschied liegt darin, ob man „gegen etwas kämpft" oder „sich für etwas einsetzt" (vgl. Agstner 2008, 42f.).

HOFFNUNG

Helga fragte sich immer wieder: Worauf kann ich hoffen? Darf ich hoffen? Trau ich mich hoffen, oder ist die Angst vor der möglichen enttäuschten Hoffnung zu groß?

Hoffnung wird meist erst relevant, wenn es zu einer Belastung, in Form einer Krise, Resignationsgefühlen oder Verzweiflung kommt. Hoffnung bezieht sich immer auf Offenes, Mögliches, noch Ausständiges. Der Mensch kann nur etwas hoffen, das er schon kennt oder sich zumindest vorher schon vorstellen kann.

Die Hoffnung im existentiellen Sinn begründet sich immer im Seienden, d.h. auf dem Boden der Realität, dass darin noch etwas entstehen kann, noch etwas werden kann. Das Erhoffte muss erlebbar, nachvollziehbar sein. Letztlich bleibt es aber offen, ob es auch eintritt. In der Hoffnung gebe ich einen Wert, z.B. wieder von der Krankheit zu genesen, nicht auf. Hoffnung ist eine Haltung, ein inneres „Tun", zu der eine Person fähig ist, anstatt in Ohnmacht und Lethargie zu verfallen (vgl. Längle 2004, 45). Im Gegensatz dazu ist Resignation das Aufgeben eines Wertes.

Die Hoffnung ist bei Krebskranken unter anderem eine Möglichkeit, das Leben mit der Krankheit ertragen zu können, weiter zu gehen auf dem Lebensweg. Die Hoffnung stellt sich der Verzweiflung entgegen und hilft so, schwierige Zeiten besser zu überstehen. Deshalb ist sie situativ auch sehr wichtig. Aber letztlich trägt die Hoffung nicht ausreichend, gibt zu wenig Halt, weil der Zweifel dahinter noch zu deutlich ist. Um wirklich innerlich ruhig zu werden, ist noch zu viel inneres Zittern mit dabei. In der Hoffnung gibt es keine Gewissheit, das Erhoffte auch zu erlangen. Die Hoffnung ist eine emotionale und unter Umständen handlungsleitende Ausrichtung auf die Zukunft.

KRANKHEIT ALS SCHICKSAL

Als Schicksal bezeichnet die Existenzanalyse die Bedingungen und Grenzen denen die menschliche Existenz unterworfen ist. Die Diagnose Krebs ist somit eine schicksalhafte Realität. Ein Widerstand, eine Grenze, eine Behinderung, die ins Leben tritt. Es ist die Tragik des menschlichen Daseins, dass der Tod immer mitten im Leben kommt.

Wenn es darum geht, mit einer Krankheit zu leben, dann geht es darum die Krankheit als etwas Schicksalhaftes annehmen zu können und sich gleichzeitig darüber hinwegzusetzen. A. Längle meint dazu: „Die Transformation der Bedingungen in Möglichkeiten = Können. Die Realität wird zur Wirklichkeit, in die der Mensch hineinwirkt." (Längle 1996) Somit soll und kann der Mensch innerhalb der ihm auferlegten Bedingungen sein Leben gestalten. Das heißt, frei wird oder ist der Mensch nur, wenn er das Unfreie im Leben, die Bedingungen, Krankheit, Tod, akzeptiert und annimmt. Wenn er einwilligt, dass das Leben immer wieder auch Grenzen beinhaltet.

„Das große Können ist weitgehend ein Lassen[...]. Mit dem arbeiten, was da ist, das lässt mich können." (Längle 2004, 12)

Eine Seins-bedrohende Diagnose führt zunächst meist in ein Nicht-Können. Immer wenn jemand an dieses Nicht-Können stößt, „stirbt" etwas. D.h. das geplante, mehr oder weniger vorhersehbare Leben gibt es nicht mehr.

Solange der Mensch in Angst lebt, erlebt er auch hauptsächlich das Nicht-Können, die Grenze, und weniger das Können, das er noch hat.

Durch diese Erfahrung können aber meist auch neue Perspektiven, neue Gestaltungsmöglichkeiten und Lebensformen erschlossen werden. Es ist eine Zeit der Selbsterfahrung: Wie geht man mit Grenzsituationen um, was erlebt man, wenn es „eng" wird, oder wo muss man im Leben etwas korrigieren? Worauf kann man zurückgreifen? Wo sind die Kraftquellen? Wie schnell ist man entmutigt? Wo ist mein Können innerhalb dieser Bedingungen?

Das Nicht-Können fordert den Menschen als Ganzes. Die existentielle Aufgabe ist es, wieder Halt zu suchen, das Leben auch in schwierigen Phasen zu verantworten und Wege für die Lebensgestaltung zu finden. Wo ist das Können innerhalb dieser Bedingungen?

MIT DER KRANKHEIT BEZIEHUNG AUFNEHMEN UND „BERÜHRT WERDEN" DURCH DIE KRANKHEIT

Warum soll man mit etwas beziehungsvoll umgehen, das einen bedroht, zu vernichten trachtet, schmerzt, das Leben ganz gegen den Willen verändert und Angst macht.

Die Antwort ist: Weil die Krankheit ein Teil des Menschen und des Lebens ist. Krebs wird häufig als etwas Fremdes im Menschen erlebt, ein Eindringling, der Schwierigkeiten macht und unangenehm ist. Natürlich fühlt es sich fremd und falsch an, plötzlich mit dieser Diagnose leben zu müssen. Aber phänomenologisch betrachtet, stimmt es nicht, wenn etwas, das sich im eigenen Körper abspielt, nicht dazu gehört.

Für jeden einzelnen stellt sich die Frage, wie man mit der Erkrankung umgeht, und wie man mit ihr Leben kann.

Der Krankheit bzw. sich selber in der Krankheit zu begegnen, verlangt Offenheit, Mut für ein Hinsehen, da vieles unbekannt und unverständlich ist. Ein echtes „Mit-der-Krankheit-leben" schließt nichts aus, versteht sich als ein „alles ist Leben", eben auch mit der Krankheit. Im Umgang mit der Krankheit zeigt sich viel von der Beziehungsfähigkeit der Person, sich selbst und dem Leben gegenüber. Aus existenzanalytischer Sicht wird davon ausgegangen, dass sich der Mensch als Person zu seinen Bedingungen immer frei verhalten kann. Die Person befindet sich immer im Dialog mit sich und der Welt. Alles was der Mensch erlebt, was ihm widerfährt, wem er oder was ihm begegnet, ist eine Anfrage an ihn. „Existentielles Sein bedeutet, dass der Mensch auf das, was ihn angeht, auch eingeht." (Längle 1988, 41)

Der Krankheit begegnen ist zuerst einmal ein Aufhören damit, sich nur mehr mit dem Loswerden der Krankheit zu beschäftigen. Die Krankheit loswerden zu wollen, hindert meist daran sich ihr zuzuwenden, und es liefert aus, denn es steht nicht nur in unserer Macht gesund zu werden oder zu bleiben.

Wichtige Fragen an Helga waren: Wie versteht sie sich in der Krankheit? Kann sie die Krankheit als Teil ihres Lebens verstehen und erkennen, was durch diese Erkrankung von ihr gefragt ist? Was sagt ihr diese Krankheit? Helga beschrieb diese Zeit später als sehr wertvolle weil bewusste Auseinandersetzung mit sich und ihrem Leben. Basale Voraussetzung dafür war Aushalten-Können. In Helga war das Gefühl da: Ich kann es nicht ändern, es könnte zu viel werden, aber ich fasse den Entschluss nicht aufzugeben. Das Annehmen-Können ermöglichte ihr einen Umgang zu finden mit der Situation. Viel Ruhe und viele Gespräche mit ihren Kindern und lieben Menschen waren Helga in dieser Zeit wichtig. Ein aufmerksamer und liebevoller Umgang mit sich wurde ihr zugänglich. Letztlich war es eine Stärkung der Beziehung zu sich selber und ein Zulassen von Unterstützung und Stärkung durch andere, das ihr das Annehmen der Krankheit immer mehr ermöglicht hat.

Die notwendige Haltung, um Bedingungen annehmen zu können, ist Demut. C. Schlingensief zu dieser Phase seiner Krankheit: „Und die Frage tauchte auf, ab wann der Wille zu leben am Ende ist. Nicht am Ende, sondern an dem Punkt, wo der Wille sich ergibt und sagt, ja, so ist es." (Schlingensief 2009, 19)

Warum das Leben wieder aufgreifen? Weil das Leben den Menschen nicht in Ruhe lässt. Die Krankheit ist eine gegebene Lebensbedingung, aber eben auch Lebensinhalt. Die Diagnose ist da. Es geht um mich. Ein Leben lang.

Tatsächlich ist das Leben mit der Krankheit Krebs oft ein stark reduziertes. Für vieles fehlt die Kraft, oder Schmerzen machen es unmöglich. Es geht immer nur um das Mögliche in einer Situation, um das persönlich Mögliche, nicht um das, wie es sein sollte oder wie andere es machen würden (vgl. Längle 1994).

DIE ANGST – EINE HERAUSFORDERUNG

Die Angst ist sicher die größte Herausforderung für die Person in dieser Lebenssituation. Um den Weg der Zuversicht gehen zu können, ist es notwendig sich dieser dunklen Seite des Lebens zu stellen, sich der Angst zuzuwenden und sie dadurch zu überwinden. Angst ist grundsätzlich nichts Krankes. Angst ist immer dort, wo Gefahr ist. Aber wenn der Eindruck dieser Krankheit zu heftig erlebt wird, die Ängste überhand nehmen und kaum noch klare Gedanken gefasst werden können, depressive Gefühle dazu kommen und deshalb der Austausch mit sich und/oder mit der Welt zum Erliegen kommt, sind sowohl die Emotionalität als auch die Stellungnahme und der Ausdruck betroffen. Therapeutisch hilfreich ist es dann den Blick auf die Angst zu legen. Die Existenzanalyse unterscheidet zwei Grundformen der Angst:

1. Grundangst: Sie ist die Angst vor dem Nicht-Sein-Können. „Es", d.h. die Welt, hält (mich) nicht mehr. Das Erleben dazu ist ein Gefühl der *Bodenlosigkeit* und *Haltlosigkeit*. Das Dasein wird als brüchig und bedingt erlebt (vgl. Längle 1990/97, 2f.).
2. Erwartungsangst: Sie ist die sekundäre Reaktion einer ängstlichen Haltung, d.h. eines primären Erlebens von Grundangst. Das Gefühl „Ich halte es nicht aus" taucht auf. Der Haltverlust liegt nicht in der Welt wie bei der Grundangst, sondern in der Person selber. Dahinter liegt ein Defizit an Mut, und so fühlt sich der Ängstliche der Angst nicht gewachsen, sondern schwach und erwartet ängstlich, was kommen mag (vgl. ebd. 3f.).

Krebs wird als existentielle Bedrohung erlebt, und auf bedrohliche Situationen reagiert der Mensch mit Angst. Angst ist immer dort, wo Gefahr ist. Angst vermittelt uns im Zusammenhang mit dieser Krankheit die unauslöschliche Erfahrung, dass wir verletzlich sind und sterben werden (vgl. Längle 2003, 57).

Je nachdem wie bedrohlich die Angst dabei erlebt wird, greift sie auch unterschiedlich stark ins Leben ein.

Angst schränkt die Wahrnehmung ein, je nachdem, wie intensiv sie erlebt wird, bekommt sie etwas Quälendes, Unangenehmes, Lähmendes, Passivierendes. Zuviel Angst führt oft zu inadäquaten und unverständlichen Reaktionen. Somatische Beschwerden sind häufige Begleiter: z.B. Herzrasen, Angstschweiß, weiche Knie, Schwindel, Bauchbeschwerden uvm.

Speziell die krankhafte Angst löst ein Gefühl von Schutzlosigkeit und Machtlosigkeit aus. Der Betroffene fühlt sich der Situation nicht mehr gewachsen und wird mutlos. Dort, wo die Angst jemanden abhält, etwas für ihn Wichtiges zu tun, dort ist der Mensch nicht mehr frei für das Leben. In der Angst ist der Mensch im Grunde auf der Suche nach „Gehaltensein" in seinem Sein. Aber das Gefühl, durch das Leben getragen oder gehalten zu sein, wird durch die Diagnose Krebs schlagartig zu einer Erfahrung der Brüchigkeit der Existenz. Das Leben ist plötzlich nicht mehr kontrollierbar und verlässlich. Die Angst vor dem Ungewissen wird meist als lähmend erlebt.

Der Krebskranke möchte leben, deshalb hat er Angst, weil er das Sterben und den Tod noch nicht akzeptieren kann. Der Tod wird mit der Diagnose Krebs immer mehr zum Bedrängnis, taucht immer wieder auf, wird unheimlich erlebt, als etwas, das einem das Leben wegnimmt.

Die Angst, die vielleicht erst durch die Krankheit manifest wird, zeigt immer, in welcher Beziehung der Mensch zu sich, zum Leben und zur Welt steht. Das Leben ist plötzlich nicht mehr so sicher, die Zukunft ungewiss, das macht Angst – eine existentielle Grunderfahrung, die Menschen aufgrund ihrer Erkrankung machen.

Helga wurde klar, wie viele Pläne sie für ihr Leben gemacht hatte, wie viele Ideen und Ziele da waren. Wird das alles an der Realität zerbrechen? Zunächst fühlte sie sich ohnmächtig, voller Angst, weil das Nicht-Können übermächtig war und so die Realität zur Bedrohung wurde. Vieles hat sie auch immer wieder vor sich hingeschoben. War es jetzt zu spät?

Um mit der Angst leben zu können und somit einer existentiell bedrohlichen Krankheit gegenüberzutreten, braucht es Mut.

Die existenzanalytische Definition von Mut lautet: Mut ist eine Lebenskraft, die stark macht und inneren Halt gibt und es ermöglicht, auf etwas zuzugehen, das bedrohlich ist. Mut ist ein Lebensgefühl: Mut bedeutet also sich einer Gefahr gewachsen fühlen (vgl. Längle 2004, 55).

KONFRONTATION MIT STERBEN UND TOD

Zum jetzigen Zeitpunkt, viele Monate später als die Prognose eigentlich erlaubt hätte, geht es Helga körperlich gut. Die Therapie war erfolgreich und zur Zeit sind keine Krebszellen in ihrem Körper nachweisbar. Aber die Auseinandersetzung mit aufgeschobenen Themen in ihrem Leben, mit ihren Ängsten und ihr Umgang mit Sterben und Tod beschäftigen weiter.

Angst hat in diesem Zusammenhang mit dem Verdrängen des Todes zu tun.

Was immer wieder im näheren Hinschauen auf die Angst, in der Angst vor dem Sterben sichtbar wird, ist das Gefühl, noch nicht richtig gelebt zu haben. Das versäumte Leben macht den Tod zum Schrecken. „Das was den Tod zum Schrecken macht, ist das versäumte Leben. In unzähligen Situationen versäumt. Der Tod erlebt den Schrecken, weil man spürt, noch gar nicht richtig gelebt zu haben. Das Schlimmste im Leben ist das verschuldete, versäumte Leben.“ (Längle 1992) Die Angst will sagen: Leb endlich! Greif dein Sein auf! Darin liegt für die Existenzanalyse der Wert der Angst.

Helga war es zu diesem Zeitpunkt bewusst, dass sie eigentlich unzufrieden ist, ein beziehungsloses Leben mit ihrem Mann führt, in dem sie kaum eine Möglichkeit fand, ihre Bedürfnisse und Sehnsüchte zu leben. Der beziehungslose Umgang mit sich und ihrem Mann wird spürbar wenn sie erzählt, dass sie zwar wahrnimmt, wie oft sie sich in dieser Partnerschaft gekränkt fühlt, sie es aber immer wieder von sich wegschiebt, schon lange anderes vorgeschoben hat, weil sie zu beschäftigt und zu mutlos war und ist, um etwas zu ändern. Kränkend erlebte sie, wenn ihre Ideen und Wünsche abgewertet oder gar nicht gehört wurden. Vorgeschoben hat sie die Tatsache, dass sie ihren Mann nicht ändern kann, sie aber finanziell gut abgesichert ist und sie sich in ihrem Freundeskreis zum Ausgleich ja eh gut aufgehoben fühle. Sie war zwar immer wieder frustriert und unzufrieden, aber sie nahm nur vage wahr, wie dumpf und angepasst ihr Leben war. Beschäftigt zu sein, alles zu haben, heißt noch nicht, sich auf das Leben einzulassen. Das tiefe, erfüllte Leben bleibt dann nur eine Sehnsucht.

Die Angst stellte Helga vor die Fragen: „Soll es so weitergehen? Stimmt mein Leben noch?“

Es war sehr wichtig, dass sich die Patientin und ich viel Zeit dafür nahmen, also gut „hinschauen“ konnten, damit sie den Inhalt ihrer Angst besser verstehen, und in Folge ins Leben integrieren konnte. Denn auch mit Krebs gibt es ein Mögen, ein Leben, ein Lachen und ein Lieben. Die Angst lässt Werte aufleuchten, zeigt, was dem Betroffenen wert ist.

Der Tod hinterfragt das Leben und seine Beziehungen. Und es tauchen Fragen auf, die nicht beantwortet werden können: Warum muss ich jetzt sterben? Was geschieht nach dem Tod? Unvollständiges quält vielleicht. Nicht alles wird auf dem Lebensweg gelungen sein, vieles war vielleicht gar nicht möglich. Im bewussten Umgang mit dem Sterben zeigt sich meist eine Lebensbilanz, es ist eine dichte Zeit, in der Menschen tiefer schauen können, über den Rand des Alltäglichen hinaus. Die Zeit des Sterbens ist im Idealfall eine Zeit der Versöhnung mit Offenem und dem Unvollkommenen des eigenen Lebens. Eine Dimension, die nicht ausschließt, dass es vielleicht auch gut sein kann, sich in den Tod fallen zu lassen. Der Tod kann ja auch Erlösung sein. „Heute weiß ich, dass selbst der Tod eine Form des Heilens sein kann. Wenn Patienten, deren Körper müde und ausgelaugt sind, im Frieden mit sich und den von ihnen geliebten Menschen leben, dann können sie den Tod als ihre nächste Therapie wählen.“ (Siegel 2008, 274) B. Siegel, selbst Arzt, spricht hier von einem tiefen, berührenden Moment. Nicht aus Resignation, sondern aus Hingabe zum Leben.

Die Angst und die Konfrontation mit dem Tod verweisen den Menschen auch immer auf seine Spiritualität. Da ist etwas, das größer ist als sein Sein und in dem sein Sein aufgeht. Darin liegt das Vertrauen, welches in der Erfahrung eines letzten Gehaltenseins gründet. Die Ahnung dieses letzten Gehaltenseins bezeichnet die Existenzanalyse als Seinsgrund (vgl. Längle 2008, 38).

VON DER ANGST ZUR ZUVERSICHT

In dieser Auseinandersetzung, also Konfrontation mit der Angst, geht es um die tiefe Erfahrung, dass Krankheit, auch wenn sie zum Tod führt, das Sein nicht auflöst. Es trifft immer auf Etwas, z.B. auf das Sterben, auf den Tod. Und auch das tot sein ist ein Sein. Denn die Befürchtung in der Angst vor dem Tod ist ja: Dann ist alles aus.

„Ich habe die Wunde der Welt berührt, die Wunde des Leben-Wollens und Sterben-Müssens.“ (Schlingensief 2009, 197)

Die Therapie will hin zum Punkt: Die Krankheit kann sein, ich kann sein. Dort, wo das Vernichtende reinkommt, soll wieder Boden spürbar werden (vgl. Probst 2003, 46ff.).

Die tiefste Frage dazu lautet: Wenn alles aus ist, was ist dann?

Der zentrale Punkt in der existenzanalytischen Angsttherapie ist, auf diese Angst zuzugehen, hineinzugehen und hindurchzugehen Es geht darum diese tiefste Angst in die Realität zu holen.

Häufig tauchen an diesem Punkt, auch bei Helga, das Gefühl und die Trauer darüber auf, noch nicht richtig gelebt zu haben. Und es verweist auf die Frage: Wohin soll es gehen? Denn es war klar, es wird weitergehen. Auf den Tod hin oder ins Leben. Helga wurde klar, dass sie, selbst auf den Tod hin, lebt. An diesem tiefsten Punkt war eine Entschiedenheit spürbar und führte in eine innere, persönliche Zustimmung. Es ist *halt* so. Und paradoxerweise wird genau dort wieder *Halt* spürbar. Ich kann dieses Karzinom nicht wegmachen, diese Macht habe ich nicht. Aber, auch wenn ich daran sterben würde, dann war das halt mein Leben. Dieses Sein-Lassen ist auch ein Können. Sich dieser Möglichkeit nicht verweigern, mit der ganzen Wucht, die darin spürbar wird. Das Leben darf und kann so sein, wie es ist. Genau dort ist die tragende Wirklichkeit. Solange die Krankheit noch als etwas wahrgenommen wird, das nur Leben nimmt, ist sie noch nicht integriert. Das heißt aber, wie schon oben erwähnt, sich nicht nur mit dem Loswerden der Krankheit zu beschäftigen, denn das verhindert das sich zuwenden und einlassen auf das Leben.

Mit der Angst den Mut finden, in die Zukunft zu gehen. Mut kann dort auftauchen, wo spürbar wird, es ist nicht aus, es ist nicht ausgeschlossen, dass ich damit leben kann. Auch wenn es schrecklich ist, auch wenn es mich an meine Grenzen bringt, wenn es weh tut und Verlust bedeutet.

Das Ziel ist nicht, keine Angst zu haben, sondern eine Erfahrung, eine Möglichkeit, damit sein zu können. Die Situation trägt ja beide Möglichkeiten in sich: Es könnte sein, dass ich es überlebe oder dass ich sterbe.

Zuversicht ist somit mehr als Hoffnung. Die Wende zur Zuversicht beginnt dort, wo jemand die Krankheit und den Schmerz nicht mehr von sich fernhalten muss. Mit dieser Krankheit, mit der Tatsache der Sterblichkeit Ja zum Leben sagen.

Nicht mehr festhalten müssen an dem Ziel, z.B. gesund zu werden, sondern es freigeben können, offen zu werden für alles, was kommen mag.

Das bedeutet eigentlich ein radikales Eintreten ins Leben, ein sich vollständiges Hineingeben in das Leben. Zuversicht beinhaltet Demut. Demut heißt, sich dem Leben zu „beugen", das „Ganze" zu sehen. Das „Ganze" bedeutet hier das Leben und das Sterben.

Es geht um eigene, wertvolle Inhalte im Leben, und darum, diese auch ins Leben zu bringen. Weil sie es wert sind, gelebt zu werden, egal mit oder ohne Krankheit, weil es jederzeit Lebenszeit ist. Wenn ich das aufgreife, was mir wichtig ist, dann lebe ich mein Leben. Und das führt zur Zuversicht, denn der Tod verliert seine Grausamkeit, wenn ich versuche das Leben erschöpfend zu leben. Von diesem Blickwinkel aus geht es gar nicht mehr so sehr um die Krankheit, sondern um das Leben. Es geht dann nicht mehr darum das Schicksal unbedingt in eine Richtung zu lenken, es besiegen zu wollen, sondern um die Akzeptanz der Sterblichkeit.

Christiane Singer, eine schwer an Krebs erkrankte Schriftstellerin, beschreibt das folgendermaßen: „Und diejenigen, die in der Krankheit ein Scheitern oder eine Katastrophe sehen, haben noch nicht zu leben begonnen. Denn das Leben beginnt dort, wo alle Kategorien zerfallen. Ich habe den Ort erreicht, an dem nicht mehr mein Leben, sondern DAS Leben den Vorrang hat." (Singer 2007, 27)

Und sich vom Leben in Zuversicht lossagen klingt bei ihr so: „Auf der Ebene der menschlichen Dinge sind die Würfel gefallen. Aber für mich bedeutete es eine eigenartige Erleichterung. Nun hatte ich nicht mehr die monströse Verantwortung, mich am Leben zu erhalten! Ich kann endlich loslassen ohne das Gefühl, ich würde aufgeben. Denn die Wahrheit ist: Alles ist Leben, ich trete aus dem Leben heraus und trete in das Leben ein." (ebd. 72f)

Es wäre grotesk zu glauben, wir könnten den Tod besiegen. Selbst wenn das Leben durch die Therapie um Monate oder Jahre verlängert wird, wäre der Tod nicht besiegt. Die Frage ist, kann ich mit dem bevorstehenden Tod sein? Wenn der Kranke zuversichtlich in die Zukunft sieht, hat es immer damit zu tun, dass er den Tod ins Leben integriert hat. Halt finden kann man im Tod, wenn es sein kann, dass ich sterbe und das Leben sich mit dem Tod vollendet. Wenn ich diese Tatsache nicht abwehre, dann werde ich frei für das Leben. Zuversicht bedeutet zu begreifen, dass mit dem Tod nicht alles aus ist. Dass sich im Tod das Sein nicht auflöst. „Existentiell gesehen, ist Angst letztlich immer Angst vor dem ‚Nicht-sein-Können', vor der potentiellen ‚Ver-Nichtung'. In der Vernichtung kann man nicht mehr ‚sein'. Das Vernichtet-Sein ist kein Leben mehr – Tod aber *ist* Leben." (Längle 2008, 130)

„Dieses Nichts, das hinter der Angst steht, darf nicht nur als Nichts im Sinne von Angst vor der Vernichtung des vitalen Daseins verstanden werden […] es drückt sich auch die Angst aus, dass ich „nichts" aus mir und meinem Leben mache, gemacht habe – […] das existentielle Scheitern-Können meiner Selbst." (Wicki-Distelkamp 2003, 35)

Wenn Tod und Sterben sein können, dann kann auch die Krankheit sein. Dann kommt Ruhe ins Leben. Somit ist Zuversicht ein heilsames Lebensgefühl. Die Hoffnung trägt noch den Zweifel und die Angst in sich, in der Zuversicht wird es ruhig, denn darin liegt das Vertrauen, wie immer es ausgeht, es darf so sein, denn – ich kann damit sein.

Literatur

Agstner I (2008) Krebs und seine Metaphern in der Psychotherapie. Ein gestalttheoretischer Ansatz. Wien: Verlag Krammer

Längle A (1988) Wende ins Existentielle. In: Längle A (Hg) Entscheidung zum Sein. München: Verlag Piper, 9-21, 40-52

Längle A (1989) Die Wahrheit am Krankenbett. Arzt und Pflege zwischen Sachlichkeit und Menschlichkeit. In: Krankenpflege-Journal 27, 7/8, 27-33

Längle A (1992) Leben heißt Antwort geben. Zur Sinnerhaltung im Alltag. Vortragspublikation, Kulturhaus Dornbirn

Längle A (1994) Die Angst, endlich zu leben. Vortragspublikation,. Tagung Psychiatrie und Seelsorge.

Längle A (1996) Leben als Schicksal. Bedingungen und Grenzen menschlicher Existenz. Öffentlicher Vortrag bei der Jahrestagung der GLE
Längle A (1990/97) Existenzanalyse der Angst. Ausbildungsunterlage
Längle S (2003) Grundzüge eines existenzanalytischen Verständnisses der Angst. In: Existenzanalyse, 2/20, 57-61
Längle A (2004) Lehrbuchentwurf der Existenzanalyse. II.Teil: Die Grundbedingungen der Existenz: Sein-Können in der Welt oder die 1. Grundmotivation. Arbeitsskriptum
Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29-180
Probst C (2003) Wider die Trotzmacht des Geistes. Mut und Demut in personal-existentieller Angstbehandlung. In: Existenzanalyse, 2/20, 42-47
Reisfeld G, Wilson G (2004) Use of Metaphor in the Discourse on Cancer. Journal of Clinical Oncology, 22/19, 4024-4027
Schlingensief C (2009) So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein. Tagebuch einer Krebserkrankung. Köln: Verlag Kiepenheuer & Witsch
Siegel B (2008) Prognose Hoffnung. Liebe, Medizin und Wunder. Berlin: Verlag Ullstein Taschenbuch
Singer C (2007) Alles ist Leben. Fragmente einer langen Reise. München: Verlag Bertelsmann
Sontag S (1978) Krankheit als Metapher. München, Wien: Carl Hanser Verlag.
Wicki-Distelkamp C (2003) „Es war Nichts…“. In: Existenzanalyse 2/20, 30-36

Anschrift der Verfasserin:
Christina Strempfl, MSc
Neutorgasse 50
A 8010 Graz
christina.strempfl@existenzanalyse.org

DIALOG MIT MEINEM KÖRPER

Erfahrungen und Überlegungen zu einer existenzanalytischen Schmerztherapie[1]

Rupert Dinhobl

Anliegen dieses Beitrages ist es, auf Grund der Erfahrungen mit Schmerzpatienten in der Suizidpräventionsstation (Psychiatrie, Christian-Doppler-Klinik, Salzburg), eine prozesshafte Schmerztherapie vor dem Hintergrund der Personalen Existenzanalyse nach Längle zu skizzieren. Es ist bemerkenswert, wie gut sich die Basics unserer existenzanalytischen Therapie in der Schmerztherapie umsetzen lassen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Personale Existenzanalyse, Schmerz, Schmerztherapie

DIALOG WITH MY BODY
Experiences and reflections on an existential analytical pain therapy

Intention of this article is to outline a processual pain therapy against the background of the Personal Existential Analysis according to Längle, on the basis of experiences with pain patients in a suicide prevention station (psychiatry, Christian-Doppler-Klinik, Salzburg). It is remarkable how well the basics of our existential analytical therapy can be implemented in pain therapy.

KEYWORDS: Personal Existential Analysis, pain, pain therapy,

AUSGANGSPUNKT: HILFLOSE HELFER

Es kommen immer wieder Patientinnen[2] auf die Suizidpräventionsstation (Psychiatrie) der Christian Doppler Klinik in Salzburg, die an Schmerzsymptomen leiden. Diese Patientinnen haben meist eine lange, leidvolle Karriere hinter sich: Hausarzt, neurologische Abklärung, Physiotherapie, medikamentöse Schmerztherapie und oft stationäre Aufenthalte auf der Neurologie bzw. Neurochirurgie. Sie gelten früher oder später als austherapiert und werden oft mit der Bemerkung entlassen: „Wir können leider nichts mehr für Sie tun.“ In dieser für sie aussichtslosen Situation kommen sie auf unsere Station, weil sie suizidal geworden sind. Diese Patientinnen versuchen in ihrer Hilflosigkeit, uns die Verantwortung ganz zu übergeben. Das klingt dann etwa so: „Ich gehe erst, wenn ich keine Schmerzen mehr habe, wenn ich wieder ganz gesund bin. Das ist meine letzte Chance. Wenn Sie mir nicht helfen können, bringe ich mich um!“ Beim Behandlungsteam löst diese Last der Verantwortung ein Zweifaches aus: entweder Hilflosigkeit und Ohnmacht oder Ärger und Wut. Bisweilen mischen sich die Gefühle. Hilflosigkeit und Ohnmacht resultieren aus der reflexartigen Übernahme der Verantwortung durch uns Therapeuten. Diese „hyperempathische Variante“ endet im hilflosen Helfer: „Eingehen bis ich selbst *eingehe*“. Auch das Ärzteteam wird immer wieder in diese Dynamik hineingezogen. Die Patientinnen konfrontieren die Ärzte täglich mit neuen Schmerzen. Die Untersuchungen bleiben meist ohne Befund. - Die entgegengesetzten Gefühlsreaktionen von Hilflosigkeit und Ohnmacht, nämlich Ärger und Wut, versuchen die Verantwortung ganz an die Patienten zurückzugeben, sozusagen „reflexartig zurückzuwerfen“. Durch diesen Akt der Abgrenzung und Rückgabe der Verantwortung fühlen sich der Patientinnen unverstan-

[1] Vortrag anlässlich des Herbstsymmposiums der GLE 2013 (Goldegg): „Wege zum Wesentlichen. Adjuvante Methoden in der Existenzanalyse.“
[2] Mit der weiblichen Form ist in diesem Beitrag die männliche mit gemeint und umgekehrt.

den und in ihrer Verzweiflung allein gelassen. Beide Wege sind Holzwege.

ERSTER ANSATZPUNKT: PATIENTEN IN EIGENVERANTWORTUNG BRINGEN

Der effektive Weg ist meiner Erfahrung nach, die Verantwortung „transformiert" (z.B. durch die Personale Existenzanalyse „personiert") den Patientinnen zurückzugeben, oder, wie es eine Assistenzärztin treffend formuliert hat, „*die Patientinnen in ihre Eigenverantwortung* bringen" (I. Steinacher). Dies bedeutet, als Therapeut in den Patienten die Eigenverantwortung zu induzieren, um sie in das Gewahr-werden ihrer selbst, in den inneren Dialog und schließlich in den Umgang mit sich selbst zu bringen. Darin lässt sich die sokratische „Hebammenmethode", das „mäeutisches Prinzip" erkennen. Es ist eine Therapie auf Augenhöhe, eine Therapie der Zusammenarbeit mit den Patientinnen. Wir sagen dann oft zu ihnen: „Ohne Ihre Hilfe sind wir hilflos". Dieser Weg der Zusammenarbeit, der ja für jede Form der Psychotherapie von entscheidender Bedeutung ist, ruft in der Schmerztherapie oft besonders großen Widerstand hervor. Vielleicht deshalb, weil es für viele nicht vorstellbar ist, dass körperliche Leiden durch psychotherapeutische Methoden gelindert werden können. So nach dem Motto: „*Sie* müssen doch wissen, was gut für mich ist. *Sie* haben das studiert!" Darauf sagen wir meist: „Nein, *Sie* sind die Expertin. Denn nur *Sie* kennen *ihren* Schmerz. Wir begleiten Sie und versuchen *gemeinsam mit Ihnen* einen Weg *aus Ihrem Schmerz* zu finden."

ZWEITER ANSATZPUNKT: THERAPEUT ALS INSTRUMENT. RINGEN UM DEN SELBSTBEZUG

Schmerzpatienten und Patienten mit schwerer Störung – besonders mit Persönlichkeitsstörungen – bringen (uns) Psychotherapeutinnen oft aus unserer Mitte, aus unserem Selbstbezug heraus, weil sie selbst nicht in ihrem Selbstbezug sind. Deshalb ist es meiner Meinung nach unsere vorrangige Aufgabe, permanent am eigenen Selbstbezug zu arbeiten.

Was ist zu tun, wenn ich als Therapeutin merke, dass ich aus meinem Selbstbezug „kippe"? Was soll ich tun, wenn ich mich nicht mehr spüre, wenn plötzlich Gefühle wie Unsicherheit, Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht, Ärger, Wut auftreten, die vorher nicht da waren? Wenn sich körperliche Symptome zeigen, wie z. B. Druck in der Brust, flaues Gefühl in der Magengegend, Kopfschmerz, Schwindel, wenn meine Atmung flach wird, wenn mir plötzlich Gedanken durch den Kopf schießen, die nicht in den gegenwärtigen Duktus passen, wenn ich dissoziativ „weg drifte"? Dann ist dies eine Aufforderung, mich mir zuzuwenden – mich zuerst von meiner Fixierung an die Gefühle etc. zu lösen („Selbstdistanzierung") – meine Atmung, meinen Körper, meine Gefühle und Gedanken achtsam wahrzunehmen und mit diesen Phänomenen in den inneren Dialog zu gehen. An der Therapeutin kann dann der Patient quasi ablesen, wie es ist, mit sich in den Selbstbezug zu kommen. Auf die Schmerztherapie angewendet, habe ich immer wieder folgenden Zusammenhang festgestellt: Wenn sich bei mir Hilflosigkeit einstellt, ist dies ein Warnsignal mit der Botschaft „Du hast Verantwortung übernommen, die nicht dir gehört!"

Wie soll sich nun die Therapeutin in diesem Prozess verhalten? Das, was sich zeigt, wahr- und ernstnehmen, das, was der Patient beschreibt, aufnehmen und an diesem Punkt bleiben, verweilen, offen, nicht werten, den Schmerz nicht wegmachen wollen und mit ihm eine Reise – oft zyklisch – in sein Inneres unternehmen. Meine Aufgabe (als Therapeut) ist es, den Patienten bei sich zu halten. Wenn ich in mir wahrnehme, dass er flüchtet, dann werde ich dies ansprechen, damit er wieder in die Selbstwahrnehmung, ins Mitgefühl mit sich selber kommt.

Es ist wichtig, mit einem Ohr (oder Sensor) bei mir und mit dem anderen beim Patienten zu sein – und das gleichzeitig. Wir kennen diesen Sachverhalt als existenzanalytisches Basistheorem: Selbstbezug und Fremdbezug, und das gleichzeitig. Beim „gleichzeitig" beginnt die psychotherapeutische Kunst...

Bis jetzt habe ich den Schwerpunkt auf den Therapeutenpol gelegt. Als Therapeut bin ich sozusagen das Instrument der Therapie. Dieses Instrument muss zuerst justiert, geeicht werden. Nun vom Therapeuten- zum Patientenpol. Wie geht das nun konkret, einen Sensor zum Patienten legen und ihn in Eigenverantwortung bringen? Ich versuche die phänomenologische Methode „das, was sich zeigt, ist wesentlich" für die Schmerztherapie fruchtbar zu machen.

DRITTER ANSATZPUNKT: DREISCHRITT DER BEHANDLUNG (FREMDBEZUG)

Ich stelle einen *Drei-Schritt* der Behandlung zur Diskussion.

1. *„Gewahr werden"*: wahrnehmen, horchen, „auskultieren"[3]
2. *„Sich fragen"*: in den inneren Dialog gehen
3. *„Antworten"*: mit sich umgehen, sich „be-handeln"

Ad 1. „Gewahr werden" – wahrnehmen, horchen, „auskultieren"

Im ersten Abschnitt geht es darum, den Selbstbezug der Patientinnen durch das Gewahr-werden des Schmerzes zu induzieren. Ganz konkret kann das bedeuten, den Patienten einzuladen, sich entspannt hinzusetzen, so dass er sich gut wahrnehmen kann. Damit ist der erste Schritt der Behandlung, die Selbstdistanzierung, eingeleitet. Es braucht Raum zwischen dem Patienten und seiner schmerzenden Stelle, damit er sich selbst zuwenden kann. An dieser Stelle sei an das dreidimensionale anthropologische Modell V. Frankls erinnert (Frankl 1959, 665f): Der Nous, der Geist, kann sich dem Psychophysikum entgegenstellen und mit ihm umgehen. Es gilt, den Schmerz, den schmerzenden Körperteil, so wie er sich zeigt, wahrzunehmen, zu bergen, zu heben – man könnte auch sagen: Fühlung mit ihm aufzunehmen. Dazu

[3] In der Medizin: Abhorchen der im Körper entstehenden Geräusche und Töne, meist mit einem Stethoskop.

können Bilder und Metaphern helfen, wie: „einen Sensor zur schmerzenden Stelle legen“, oder „ein imaginatives Stethoskop anlegen“. Es gilt der Schmerzen gewahr zu werden, möglichst ohne zu werten (ohne „Widerstand zu leisten“), im Sinn von: „in Empfang nehmen, was ist“.

Deskription des Schmerzes (PEA 0)

In dieser Phase der Deskription ist es wichtig, die Symptome möglichst genau beschreiben zu lassen (PEA 0). Dabei kann die Patientin angeleitet werden, den Schmerz genau zu lokalisieren, das Areal „abzustecken“, eventuell mit dem Finger die schmerzende Stelle zu um-schreiben und mit Worten zu be-schreiben. Oft klagen Patienten über generalisierte Schmerzzustände. Durch das Umschreiben des Schmerzareals kann relativ leicht eine Fokussierung erreicht werden.

Ein Fallbeispiel: Robert kommt auf unsere Station und klagt: „Der ganze Körper tut mir weh. Knie, Kopf, Kloß im Hals, Brust, Bauch.“ Robert ist ein Patient, der den eingangs erwähnten Weg der Schmerzkarriere durchlaufen hat. Bei ihm kommt erschwerend hinzu, dass er vor vier Jahren an einer Meningitis und einer Myelitis mit extrem starken Schmerzen erkrankt war, die aber ausgeheilt wurde. Robert war danach zwei Jahre schmerzfrei. Drei Monate vor der Aufnahme auf unserer Station stellten sich zuerst Schlafstörungen ein, dann kamen die Schmerzsymptome in – wie er sagt – gleicher bis sogar stärkerer Intensität hinzu. Der erste Weg führte ihn wieder in die Neurologie, wo alle notwendigen Untersuchungen (Lumbalpunktion, MRI etc.) gemacht wurden, jedoch ohne Befund. Robert wurde in die Psychiatrie überwiesen. Weil er die Schmerzen nicht aushielt, machte er am selben Tag einen Suizidversuch und kam nach einigen Tagen der Unterbringung auf die Suizidpräventionsstation. Am Ende des Erstgesprächs, bei dem er über seinen generalisierten Schmerz klagte, fragte ich: „Wo tut´s am meisten weh?“ Robert: „Die rechte Kniescheibe brennt höllisch.“ Ich war natürlich etwas erstaunt, blieb aber bei meiner Maxime, die Aussage des Patienten ernst zu nehmen, was sich im Fall von Robert als hilfreich herausstellte. Die Kniescheibe war der Ausgangspunkt für eine lindernde Schmerzreise durch Roberts Körper. Durch die Fokussierung lässt sich meist eine erste Schmerzreduktion erreichen.

Nach der Frage der Lokalisierung („wo?“) ist die Frage nach der Qualität des Schmerzes („wie?) indiziert: „Wie fühlt sich der Schmerz an, stechend, brennend, spitz, stumpf, großflächig, etc.?“ Meiner Erfahrung nach ist darauf viel Zeit zu verwenden; möglichst genau beschreiben zu lassen, was der Patient unmittelbar fühlt, ohne zu werten. Da sind wir schon nahe an dem, so meine ich, was mit „Achtsamkeit“ gemeint ist (Michalak et al. 2012, 5). Man könnte auch sagen; trachten, in den Modus der Achtsamkeit, den „Being Mode“, zu kommen (ebd. 19).

An dieser Stelle möchte ich nochmals den Fokus auf den Selbstbezug des Therapeuten richten. Wichtig ist meiner Erfahrung nach, dass auch der Therapeut bewusst in sich geht und „mit spürt“: Wahrnehmen, was im Inneren auftaucht und, wenn es hilfreich ist, dem Patienten zur Verfügung stellen. Auf diese Weise dem Patienten zum Sich-Verstehen, zum Selbstbezug verhelfen. Es ist daher wichtig, als Therapeutin selbst in der Haltung der Achtsamkeit zu bleiben und von innen her den Prozess mit-zugehen, mit-zufühlen. Dabei machen Therapeutinnen oft eine spannende Erfahrung – nicht nur in der Schmerztherapie –, dass der therapeutische Prozess von innen her angestoßen, geleitet, geführt wird. Dies geschieht nicht vom Therapeuten oder Patienten allein, sondern vom phänomenologischen Feld, vom Buberschen „Zwischen“, das sich in der Begegnung von Patient und Therapeut aufbaut. Ich benenne dieses „Zwischen“ gerne als „Innere weise Person“, als „Navigator“, oder als „innerer Guide“.

Es ist interessant, dass sich oft schon allein durch das achtsame Wahrnehmen die Qualität des Schmerzes verändert: Er wird meist leichter, erträglicher.

Eindruck, den der Schmerz hinterlässt (PEA 1)

Nach der „Deskription“ (PEA 0), der Beschreibung, folgt als nächster Schritt das Bergen des Eindrucks, den der Schmerz hinterlässt, und zwar in seinen Bildern, seiner ersten Emotion, seiner Botschaft, seinem Impuls, und seinen Gedanken und seinen Kontexten. Es müssen nicht alle Phänomene auftauchen. Auch kann die Reihenfolge, wie sie unten beschrieben wird, unterschiedlich sein.

Der Prozess kann durch folgende Fragen eingeleitet werden:

Steigen Bilder, Imaginationen auf?

Es führt meist ein direkter Weg von der Deskription zu den Bildern. Einige Beispiele: Robert mit seinem höllischen Schmerz in der rechten Kniescheibe: „Es sticht in ihr wie viele glühende kleine Pfeile.“ Einige Zeit später bringt er das Bild: „Ich komm mir vor wie ein Fakir auf einem Nagelbrett.“ Josip mit Rückenschmerzen: „Die Schmerzen sind wie ein Loch in meinem Rücken.“ Th: „Wie groß?“ J: „Wie eine Faust.“ (vgl. dazu: Dinhobl 2009, 80) Hans mit Druckschmerz im Brustbereich: „Es ist wie ein Gewicht auf der Brust.“ Th: „Wie schaut das Gewicht aus?“ H: „Wie ein dunkler, großer Stein.“ Th: „Wie schwer?“ H: „So ca. 50 Kilo“. Helga mit stechendem Herzschmerz: „Es ist wie ein Messer ins Herz.“ Th: „Glühend? Kalt?“ H: „Wie ein glühendes Messer.“ Johanna mit Unterbauchschmerzen: „Der Schmerz in meinem Bauch ist wie ein Ball.“ Th: „Softball?“ J: „Nein Hardball. Wie eine Orange, aber grau.“ (vgl. ebd., 82) Werner mit Rückenschmerzen: „Der Schmerz bohrt sich wie ein Schraubenzieher aus dem Schulterblatt heraus.“ Rosa mit Nackenschmerzen: „Der Schmerz legt sich wie ein Jutesack um meinen Nacken.“

Löst der Schmerz Gefühle (Emotionen) aus?

Dies kann unter anderem Angst, Traurigkeit, Ekel, Wut oder ein Schuldgefühl sein. Meiner Erfahrung nach ist das Bergen der Gefühle oft schwierig, manchmal sind keine zu finden. Sollten Gefühle vorkommen, ist es wichtig, sie zu benennen. Sie sind Wegweiser für den weiteren Prozess. Z. B. sind beim „Hardball“ im Bauch von Johanna Schuldgefühle aufgetreten. An dieser Stelle kann man im Sinn der PEA 1 weiterzuarbeiten: „Welchen Impuls, welche Botschaft (phänomenalen Gehalt) hat das Gefühl?“

Hat der Schmerz eine Botschaft?

Hans: „Der dunkle Stein auf meiner Brust ist meine Arbeit.“ Johanna: „Das Schuldgefühl des Hardball hat mit meiner behinderten Tochter zu tun.“ Rosa: „Beim Jutesack auf

meinen Schultern muss ich an meine unerträgliche Situation als Kind am Bauernhof denken."

Haben Sie einen spontanen Impuls dazu?

Robert: „Die Jogginghose reibt an meiner Kniescheibe und verstärkt die Schmerzen. Ich habe den Impuls, das Hosenbein hinaufziehen." *Josip:* „Das Loch neben der Schulter mit Gips ausfüllen." *Hans:* „Den Stein auf meiner Brust abschütteln." *Helga:* „Das glühende Messer herausziehen." *Werner:* „Den Schraubenzieher, der aus meinem Schulterblatt herauskommt wieder hinein massieren." *Johanna:* „Den Kontakt mit meiner behinderten Tochter aufnehmen." *Rosa:* „Den Jutesack abwerfen und mit meiner Vergangenheit brechen."

Gehen Ihnen Gedanken (Kognitionen) dabei durch den Kopf?

Dies können negative Glaubenssätze sein, wie: „Das schaffe ich nie", oder „Ich bin ein Versager". Oft gehen die Gedanken in Richtung Erwartungsängste, Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung („nihilistische Gedanken"). Es kann auch quälendes Gedankenkreisen wie bei Robert sein. Falls das achtsame Wahrnehmen der Gedanken nicht ausreicht, kann folgende Intervention hilfreich sein: Sich aus dem Gedankenkreisen bewusst verabschieden – bildlich gesprochen aus dem Karussell aussteigen – und in die achtsame Wahrnehmung des Körpers einsteigen (z. B. in die Wahrnehmung der Hände). Eine weitere von mir oft gemachte Erfahrung mit Gedankenkreisen: Eine niedrige Dosis eines – natürlich fachärztlich verschriebenen – atypischen Antipsychotikums (etwa Quetiapin oder Olanzapin) kann das Gedankenkreisen unterbrechen helfen. Dann ist es meist möglich, psychotherapeutisch gut weiter zu arbeiten. An dieser Stelle möchte ich auf die Wichtigkeit der fächer- und berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit in der Schmerztherapie hinweisen.

Tritt Schmerz nur in bestimmten Zusammenhängen, Situationen oder permanent auf?

Zum Beispiel: „Der Kopfschmerz tritt immer nur auf, wenn ich meine Mutter besuche." (vgl. Längle 2009, 31f) Oder: „Immer, wenn ich mein Büro betrete, bekomme ich Magenschmerzen."

Ad 2. Sich Fragen – in den innerer Dialog gehen (vgl. PEA 2)

Im zweiten Schritt ist es Aufgabe des Therapeuten, den Dialogfaden dort aufzunehmen, wo das Innere bereits in seiner vielfältigen Form gesprochen hat. Nun steht die erste Stellungnahme des Patienten an: „Kann ich das, was ich gehört habe, (etwa: „das Loch mit Gips ausfüllen") tun? Mag ich es, erlaube ich es mir, soll ich es, ergibt es einen Sinn, und will ich es überhaupt?" Existenzanalytikerinnen erkennen darin die Grundfragen der Existenz (vgl. Längle 1999). Der Patient macht nun seinem Inneren ein Angebot und wartet den Response ab. Gibt das Innere seine Zustimmung, äußert sich das in Form einer Erleichterung oder einer spontanen Linderung des Schmerzes. Sollte sich der Brustraum zusammenziehen und es innerlich schwerer werden, bedeutet dies ein Nein (vgl. Dinhobl 2013, 81f). Ein Beispiel: Der Impuls von Johannas Hardball war: „Nimm Kontakt mit deiner behinderten Tochter auf!" *Johanna:* „Wie? Hingehen, einen Brief schreiben?" Beim Gedanken „hingehen" wurde der Hardball weicher. Ein anderes Beispiel: Das Loch in *Josips* Rücken sagt: „Füll mich mit Gips aus!" *Josip*: "Blödsinn! Wie soll denn das gehen?!" Intervention des *Therapeuten*: „Stellen Sie sich ganz plastisch vor, wie Sie das Loch mit Gips ausfüllen. Ist das möglich?" *Josip*: „Ja das geht. Es wird leichter."

Es geht darum, aus der Hilflosigkeit, aus der Ohnmacht sozusagen in die Macht, ins Tun zu kommen. Überspitzt ausgedrückt: Aus der Opferrolle heraussteigen und sozusagen zum Täter zu werden.

Ad 3. Antworten – mit sich umgehen, „sich be-handeln" (vgl. PEA 3)

Der dritte Schritt umfasst die „Antwort" – existenzanalytisch ausgedrückt – den Ausdruck (PEA 3), die Umsetzung dessen, was der Patient im inneren Dialog als das Eigene erkannt hat. Täter, im Sinn von Ausführender, ist natürlich der Patient selbst und nicht der Therapeut. Aufgabe des Psychotherapeuten ist es, den Prozess zu induzieren, mit zu spüren und, wenn der Prozess ins Stocken gerät, diesen durch Fragen und verbale Impulse wieder anzustoßen. Und diese therapeutische Aufgabe kann vielfältig sein: Zum Beispiel das Auffüllen des imaginativen Lochs im Rücken von Josip innerlich mit zu begleiten, die Begegnung mit Johannas behinderter Tochter im Rollenspiel durch zu arbeiten, mit Hans den Stein, der auf seiner Brust liegt, achtsam wahrzunehmen oder ruhig in den Stein hinein zu atmen. Das kann eine Berührung der schmerzenden Stelle sein, die der Patient mit der eigenen Hand ausführt (Be-handlung, als Urform der Heilkunst). Wenn er die schmerzende Stelle nicht mit seiner Hand erreicht, kann er versuchen, dies imaginativ zu tun. Die Antwort kann sich darin äußern, kleine Bewegungen auszuführen oder die körperliche Haltung etwas zu verändern. Sie kann aber auch bedeuten, ein schmerzstillendes Medikament einzunehmen, eine Achtsamkeitsübung zu machen oder Vieles mehr. Es gilt das umzusetzen, was der innere Guide vorgeschlagen, und der Patient in der Stellungnahme (PEA 2) zu seinem Eigenen gemacht hat.

Und wie ist der Weg mit Robert weitergegangen? Nach einem achtwöchigen, teils vollstationären, teils tagesklinischen Aufenthalt mit konsequentem Körperdialog, medikamentöser Therapie und begleitender somatischer Abklärung, stabilisierte sich langsam sein psychophysischer Zustand, die Schmerzen wurden erträglich, die Suizidalität verschwand. Nach einem Wochenendausgang – beflügelt von einem gelungenen längeren Spaziergang mit seinem Sohn – stellte er verhalten die Frage, ob wir es für gut fänden, wenn er mit seiner Familie an einer Fahrt zu einigen oberitalienischen Sportwagenschmieden teilnähme. Wir waren über dieses Ansinnen kurz erstaunt, gaben aber sofort unser einhelliges Placet. Nach drei Tagen kam er freudig gestimmt zurück: Er hatte die teilweise langen Wege gut bewältigt, die Schmerzen waren kaum spürbar gewesen. Eine neurologische Rehabilitation folgte seinem Aufenthalt bei uns. Für danach vereinbarten wir einen Termin zur Besprechung der ambulanten Therapie.

Noch ein Fallbeispiel: Etleva kommt in die Stunde,

unruhig, die Zähne zusammen gebissen. Sie sagt, sie habe eine große Unruhe in den Beinen. Ich nehme das Bild auf und beginne mit den Füßen zu strampeln. Sie steigt ein und nach kurzer Zeit sehe ich ihr Gesicht etwas entspannter. Sie geht in sich und sagt, es sticht am Herzen. Sie legt die Hand auf ihre Brust und beruhigt sich weiter. Dann legt sie ihren Mittelfinger auf ihr „3. Auge", weil sie über Kopfschmerzen klagt, die sich nach kurzer Zeit auflösen. Ihr Gesicht strahlt entspannt. – Natürlich kommen die Schmerzen, kommt die Unruhe bei Etleva wieder. Es ist aber ein kleiner Schritt in die Eigenverantwortung gelungen.

3-A-METHODE

Zum Schluss möchte ich noch kurz meine *„3-A-Methode"* vorstellen, eine Kurzfassung des eben Dargestellten: *Atmung – Achtsamkeit – Austausch mit mir selbst*. Es geht dabei darum, den *Atem* und den Körper *achtsam* wahrzunehmen und in den *Austausch* mit sich selbst zu kommen. Folgende Fragen an sich selbst sind vom Bedeutung: „Wo tut´s dir weh? Was brauchst du? Was kann ich für dich tun?" Diese Methode eignet sich meiner Erfahrung nach als Schnellintervention bei Angsterkrankungen (vor allem bei Panik), bei Dissoziation, bei Einschlafstörungen, auch bei Depression, kurz, bei unterbrochenem Selbstbezug.

SCHLUSS

Ein Allheilmittel für Schmerzen? Sicher nicht. Selbstverständlich muss der Schmerz somatisch abgeklärt werden, wie es im Fall von Robert auf der Hand liegt. Aber es bleibt ein mehr oder weniger großer Anteil, den die schulmedizinischen Instrumente nicht erreichen. Für diesen Bereich ist meiner Erfahrung nach dieser psychotherapeutische Weg notwendig. Voraussetzung dafür ist das sich Einlassen-Können in den Selbstbezug, in den Dialog mit sich selber.

Ein Weg zum Wesentlichen? Jedenfalls eine Methode im Sinn von (griech.) „hodos" „Weg" zu sich selbst, um den inneren Dialog, der durch den Schmerz unterbrochen war, wieder in Gang zu setzen. (In diesem Zusammenhang verweise ich auf die Beiträge vom Salzburger Kongress „leibhaftig" (2009).)

Die altgriechische Skulptur des *„Dornausziehers"* ist für mich prototypisch für den heilenden Umgang mit sich selbst (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Der Dornrauszieher

Literatur

Dinhobl R (2009) ...mit den Füßen spielen... Dialog mit meinem Körper. In: Existenzanalyse 26, 2, 80-83

Dinhobl R (2013) Der Kompass liegt innen. Beitrag aus der ignatianischen Spiritualität zur Frage: Was ist richtig? In: Existenzanalyse 30, 2, 88-92

Frankl (1959) Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl V, v Gebsattel V, Schulz JH (Hg) Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie. München/Wien: Urban & Schwarzenberg Bd. III, 663-736

Längle A (1999) Die existenzielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, 18-29

Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse" (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas, 9-37

Längle A (2009) Das eingefleischte Selbst. In: Existenzanalyse 26, 2 leibhaftig. Körper & Psyche (2009) Kongressbericht. Existenzanalyse 26, 2

Michalak J, Heidenreich T, Williams JM (2012) Achtsamkeit. Fortschritte der Psychotherapie, Bd 48. Göttingen: Hogrefe

Anschrift des Verfassers:

Dr. Rupert Dinhobl

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

J. Messnerstr. 12/1109

5020 Salzburg

rupert.dinhobl@existenzanalyse.org

ANNEHMEN CHRONISCHER KRANKHEIT ALS EXISTENTIELLE HERAUSFORDERUNG

Elisabeth Petrow

Eine chronische Erkrankung annehmen zu lernen ist oft ein lebenslanger Prozess, der seinen Anfang in einer tiefen Erschütterung, in der Erfahrung einer Grenzsituation (Jaspers) nehmen kann. Der bewusste und entschiedene Umgang mit dieser Grenzsituation und den aus der Erkrankung resultierenden Lebensveränderungen kann es dem Betroffenen[1] ermöglichen, zur eigenen Existenz zu kommen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Annehmen, biographische Integration, Grenzsituation, Leiden

ACCEPTING CHRONIC DISEASE AS AN EXISTENTIAL CHALLENGE

To learn to accept a chronic disease is often a lifelong process, which can begin with a profound shock from encountering a limit situation (Jasper's "Grenzsituation"). The conscious and determined handling of this situation and the changes in life resulting from the illness can enable the afflicted person to come into one's own existence.

KEYWORDS: acceptance, biographical integration, limit situation (Grenzsituation), suffering

EINLEITUNG

„Sie müssen es akzeptieren, dass Sie jetzt behindert sind!" – Als ich vor etwa 15 Jahren nach einer Encephalitis[2] voller Schmerz über die bleibenden Einschränkungen und den Verlust meiner Berufsfähigkeit als Ärztin war, begegnete mir ein Psychologe in einer neurologischen Rehaklinik mit diesen Worten. Als ich ihn fragte, wie dies gelingen könnte, antwortete er: „Das weiß ich leider nicht.". Seit dieser Zeit treibt mich die Frage um, worin das Akzeptieren chronischen Krank- oder Beeinträchtigtseins[3] eigentlich besteht, denn erst als Patientin wurde mir bewusst, wie schwierig es sein kann, einen Umgang mit bleibenden Einschränkungen zu finden.

Von ärztlicher und psychotherapeutischer Seite wird die Notwendigkeit des Annehmens oft als Anspruch an den Patienten gehandelt. Als etwas, das er halt einfach zu leisten hat, obgleich man als Gesunder mit dem Gedanken „So etwas möchte ich nicht haben!" vor den Schwierigkeiten solcher existentieller Auflagen intuitiv zurückschreckt (Längle 2001, 55). Die innerliche Erschütterung, die die Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung bewirken kann, ist weder problemlos fassbar noch messbar. Der Anspruch an den Patienten, er möge seine Erkrankung annehmen und gut mit ihr zurechtkommen, orientiert sich deshalb zu häufig an einer medizinischen Außenperspektive und nicht am Patienten. Im Folgenden soll es – auch aus der Innenperspektive – um einige Aspekte des Annehmen-Könnens chronischer Krankheit gehen und um Anregungen, wie ihnen begegnet werden kann.

VORLÄUFIGE KENNTNISNAHME

Am Beginn einer chronischen Erkrankung oder z.B. nach einem Schlaganfall wird die (Therapie-)Motivation meist von der Hoffnung getragen, dass „alles wieder gut" werden wird. Diese Hoffnung basiert auf den Vorerfahrungen mit früheren Erkrankungen, auf dem Vertrauen in den eigenen Körper und in die Möglichkeiten der modernen Medizin. Von außen betrachtet mag es als Verleugnung oder Bagatellisierung erscheinen, doch kann die Massivität eines Krankheitsereignisses die persönlichen Verarbeitungsfähigkeiten in einem solchen Maße übersteigen, dass verschiedene Formen der Abwehr die vorerst einzig mögliche, wenngleich unbewusste Strategie sind. Auch ich habe zunächst zwar auf einer sachlichen Ebene zur Kenntnis genommen, dass ich ein gewaltiges gesundheitliches Problem habe, konnte aber dessen Ausmaß – und vor allem seine Auswirkungen auf mein weiteres Leben – zu Beginn nicht ansatzweise erfassen. Meine Angst vor dem Schmerz und seiner möglichen Unaushaltbarkeit ließ eine wirkliche Konfrontation, ein echtes inneres In-Beziehung-Gehen zu diesem schicksalhaften Lebensereignis noch nicht zu. Die Hoffnung, die mich damals getragen hat, ging von der Annahme aus, dass meine Krankheit, mein Leiden „aufhebbar" sei. Diese Haltung beschreibt der Existenzphilosoph Karl Jaspers in folgenden Worten: „Diese das Leiden verendlichenden Gedanken scheinen zu retten, aber sie vermögen nicht zu befreien. Dasein, das der Notwendigkeit des Leidens nicht ins Angesicht blicken möchte, muss Wege der Täuschung suchen. I*ch weiche dem Leiden aus*, bei mir selbst dadurch, dass ich die Tatsachen nicht auffasse und darum nicht existentiell von ihnen betroffen werde, sie nicht umsetze in Tätigkeit, sondern nur erleide." (1956, 231, Hervorhebung im Original) In der Phase des verzweifelten Zurückweisens spürt der Betroffene zwar den Schmerz, kann sich dem Leid aber noch nicht zuwenden. „Es tut weh. Es tut so sehr weh, dass ich nicht im

[1] Für eine bessere Lesbarkeit wird im Text durchgängig die männliche Form verwendet. Gemeint sind selbstverständlich beide Geschlechter.
[2] Entzündung des Gehirns
[3] Die Krankenrolle chronisch kranker Menschen ähnelt nach Cloerkes (2001) in ihren Merkmalen viel stärker der Rolle von Menschen mit Behinderungen als jener eines akut Erkrankten. Dies vor allem hinsichtlich der Dauer der bestehenden Einschränkungen, des langfristigen Angewiesenseins auf besondere Schonung und medizinische Hilfe und nicht zuletzt hinsichtlich der Teilhabe am gesellschaftlichen Miteinander. Zudem gibt es viele chronische Krankheiten, die in ihrem Verlauf zu Behinderungen führen können wie z.B. Multiple Sklerose. Im Text werden deshalb die Begriffe „chronische Krankheit" und (durch Krankheit erworbene) „Behinderung" synonym gebraucht.

Stande bin, es auch nur annähernd in Worte zu fassen. Es ist ein Schmerz, der mich aushöhlt, der immer wieder kommt. Ich will ihn nicht! Und ich will meine Einschränkungen nicht!“ (Tagebucheintrag Petrow 2001) Dem Kranken an diesem Punkt zu sagen, er müsse seine Krankheit endlich annehmen, ist überraschend verbreitet, aber wenig hilfreich, denn offenbar gelingt es nicht ohne Weiteres. Wann und warum kann das Annehmen Schwierigkeiten bereiten?

ANNEHMEN SOLLEN

In der Existenzanalyse begegnet uns Annehmen als personale Fähigkeit der ersten Grundmotivation, als ein basales Können. Etwas bewusst annehmen zu wollen kann aber auch Teil eines Verarbeitungsprozesses sein. Offenbar gibt es Gegebenheiten oder Situationen, die wir ohne nachzudenken und oft ohne Schwierigkeiten annehmen können; geschenktes Vertrauen, Liebe, sogar große Anstrengungen, wenn sie als sinnvoll erlebt werden. Anders ist es, wenn wir mit Situationen oder Lebensveränderungen konfrontiert sind, in die wir nicht ohne Weiteres einwilligen können, die unser Wohlbefinden empfindlich stören, die uns – allgemeiner gesagt – Leid bereiten.

Von einer existentiellen Warte aus betrachtet könnte Leid nach Längle (2009, 23) als *die empfundene Zerstörung von etwas Wertvollem*, das als lebensertragend oder sogar lebenserhaltend empfunden wird, beschrieben werden. Die aus Erkrankungen resultierenden Verluste können ein solches Leid hervorrufen, dass dem Betroffenen blitzartig das widerfährt, was Jaspers (1954, 229ff.; 1956, 201ff.) als *Grenzsituation* bezeichnet hat; nicht nur das Wissen, sondern die erschütternde *Erfahrung*, dass wir als Menschen leiden und sterben müssen. In dieser Erfahrung hat der Betroffene das Gefühl, ihm würde der Boden unter den Füßen weggezogen, weil er die Welt in ihrer gewohnten Festigkeit nicht mehr greifen kann (Jaspers 1956, 249). Für mich persönlich war die Erkenntnis, dass ich Behinderungen behalten und meine Berufsfähigkeit verlieren werde, „so, als ob einem plötzlich der Boden unter den Füßen weggerissen wird und man fällt und fällt und weiß nicht, wo man ankommt, wo und wie man aufschlägt und was danach kommen wird.“ (Petrow und Passie 2015). In dieser Bodenlosigkeit zerbricht, was bislang Halt gegeben hat.

Jaspers verwendet den Begriff des *Gehäuses*, das dem Menschen Sicherheit und Halt gibt. Es umfasst seine Dogmen und Grundsätze, seine Lebenseinstellungen und Weltbilder. Sie geben ihm als „ein fixiertes Bild der Welt und der Werte“ Orientierung für sein Handeln und schützen ihn darüber weitestgehend vor einem existentiellen Infragegestellt-Sein (Jaspers 1954, 304ff.). Im bewussten Erleben einer Grenzsituation kann das „Gehäuse“ des Betroffenen abrupt auseinanderbrechen oder zumindest für eine längere Zeit nachhaltig erschüttert sein. Neben den konkreten gesundheitlichen Beschwerden erschüttert vermutlich am stärksten der Wegfall der unbewussten Annahme und Erwartung, dass die Konstitution der persönlichen Lebenswelt in der gewohnten Art dauerhaft weiterlaufe und stabil bliebe.[4]

Eine solche Erwartung beziehen wir in der Regel auch auf die Stabilität unserer Gesundheit, sie ist als implizite, stets mitlaufende Annahme ebenfalls Teil unseres „Gehäuses“. Gleichwohl heißt es *Gesund-Sein*. Es ist nach Gadamer (1993, 144) ein „Da-Sein, In-der-Welt-Sein, von den eigenen Aufgaben des Lebens tätig oder freudig erfüllt sein“. Gesundsein ist demnach etwas, das uns gesamthaft ausmacht, etwas, das wir *sind*. Dennoch verberge sich Gesundheit, so Gadamer (ebd., 143), und wir würden uns ihrer erst durch ihr Fehlen, durch den Wegfall ihres als selbstverständlich angenommenen Vorhandenseins bewusst. Mit dem Erkennen ihres Verlustes bekommt unser „Gehäuse“ weitere Risse. Die Erkrankung ist dabei sowohl Ausdruck als auch Möglichkeit zur Bewusstwerdung der dem Menschen innewohnenden Vulnerabilität, auch der Brüchigkeit der Existenz. Zudem verweist sie auf die Ohnmacht hinsichtlich der willentlichen Machbarkeit von Gesundheit. Sie führt deren Unverfügbarkeit unmittelbar vor Augen.

Noch hilflos im Umgang mit der Erkrankung und den aus ihr resultierenden Lebensveränderungen hat der Betroffene trotz allem die Möglichkeit, bewusst in die Grenzsituation einzutreten und in der Auseinandersetzung mit ihr – mehr als bisher – zur eigenen Existenz zu kommen. Denn das Gemeinsame aller Grenzsituationen, so Jaspers, ist nicht nur, dass sie Leiden bedingen, sondern auch, dass sie die Kräfte des Wachstums und des Sinns zur Entfaltung bringen können (Jaspers 1954, 247).

ANNEHMEN LERNEN

Annehmen im Sinne eines verarbeitenden Prozesses beginnt, wenn der Betroffene innerlich in Beziehung tritt zu dem Leid, das durch die Krankheit in sein Leben getreten ist. Jaspers (1956, 231) beschreibt diesen Schritt mit folgenden Worten: „Jetzt ergreife ich mein Leiden als das mir gewordene Teil, klage, leide wahrhaftig, verstecke es nicht vor mir selber, lebe in der Spannung des Jasagenwollens und des nie endgültig Jasagenkönnens, kämpfe gegen das Leiden, es einzuschränken, es aufzuschieben, aber habe es als ein mir fremdes und doch als mir zugehörig, und gewinne weder die Ruhe der Harmonie im passiven Dulden noch verfalle ich der Wut im dunklen Nichtverstehen.“ Im *„ich ergreife mein Leiden“* steckt der Anfang, einen Umgang mit der neuen Lebenssituation finden zu wollen, einen selbst-entschiedenen, selbst-gewählten Umgang.

Im Folgenden möchte ich auf einige Aspekte eingehen, die nach meiner Erfahrung im Prozess des Annehmens wesentlich werden können. Ihre Reihenfolge im Text impliziert weder eine Bewertung ihrer Relevanz noch eine Aussage hinsichtlich ihres zeitlichen Auftretens im Prozess. Je nach Lebenssituation und in Abhängigkeit von der Art der chronischen Erkrankung können die genannten Themen auch zu anderen Zeitpunkten, gleichzeitig oder gar nicht auftreten.

Ganz am Anfang steht wohl der Mut, sich dem Leid überhaupt zuzuwenden und es zu wagen, in die Grenzsitu-

[4] Vgl. dazu auch Husserl „Die reale Welt ist nur in der beständig vorgezeichneten Präsumtion, dass die Erfahrung im gleichen konstitutiven Stil beständig fortlaufen werde.“ (1974, 258)

ation bewusst einzutreten. Es braucht Mut, sich der Haltlosigkeit zu stellen und den fehlenden Boden auszuhalten. Das, was bislang gültig war, ist zutiefst erschüttert. Dieser Erschütterung kann der Betroffene nicht mit den im „Gehäuse“ etablierten Fähigkeiten begegnen: Er kann sich der Grenzsituation nicht reflektierend gegenüberstellen und sie mit rationalen Strategien bewältigen, sondern muss sie existentiell ergreifen, das heißt, die in ihr liegende mögliche Existenz verwirklichen (Jaspers 1956, 206). Das Erleben fehlender Kompetenz, der Grenzsituation zu begegnen, kann neben Ohnmachtsgefühlen auch Orientierungslosigkeit und das Gefühl der Aussichtslosigkeit hervorrufen, aus dem nicht selten ein radikales Sich-selbst-und-das-eigene-Leben-Infrage-Stellen resultiert. Dies kann die Haltlosigkeit weiter verstärken – und all das muss ausgehalten werden. Aushalten meint dabei die Fähigkeit, das Leid zu tragen und in innerer Beziehung zu ihm zu bleiben, ohne in Copingreaktionen[5] zu verharren. In der Begleitung betroffener Menschen geht es an diesem Punkt in erster Linie um ein Haltgeben in einer für sie innerlich haltlosen Situation. Das kann beispielsweise über eine tragfähige, „mit-aushaltende“ therapeutische Beziehung gelingen, in der das Angenommensein für den Klienten spürbar wird; dies auch und gerade in seiner Verzweiflung, seinem Klagen, seinem Hadern. Ebenso hilfreich kann eine Eruierung jener Dinge sein, die dem Betroffenen in seinem bisherigen Leben Halt gegeben haben. Diese Dinge gilt es ins Bewusstsein zu heben, sie dort zu halten und ggf. auch Familie oder Freunde einzubeziehen.[6]

Dem Zuwenden zum Leid folgt die Vergegenwärtigung der Situation und ihrer Implikationen für das weitere Leben. Corbin und Strauss (2010, 87ff.) bezeichnen diesen Prozess als *Kontextualisieren*, das heißt die allmähliche Integration der Erkrankung in die Biographie und die konkrete Lebenswelt des Betroffenen. Dabei geht es nicht nur um eine emotionale Bewältigung der neuen Lebenssituation, sondern auch um ihre praktischen Auswirkungen auf das Leben des Kranken und des sozialen Umfeldes, wie z.B. die Neuorganisation des Alltags oder ein behindertengerechter Wohnungsumbau. Ebenso notwendig, wenn auch zeitlich meist später angesiedelt, ist das allmähliche Entwickeln neuer Selbstkonzeptionen und einer veränderten persönlichen Identität unter Einbeziehung der Erkrankung und der durch sie bedingten (körperlichen) Veränderungen (ebd., 26).

Die biographische Integration der Erkrankung ist oft mit Trauer verbunden: Trauer um verlorene Fähigkeiten, auch um verlorene Lebensentwürfe. Trauer bedeutet in der Existenzanalyse die Zuwendung zu einem Wertverlust oder Unwert. Trauern kann verstanden werden als ein Halten der Beziehung zum Leid (Längle 2008, 41). Erst das Halten dieser Beziehung ermöglicht ein Sortieren: Was ist verloren gegangen? Was besteht noch? Bestehenbleibende Fähigkeiten können dabei als Gegengewichte (nicht Gegenpole) zum Trauern um etwaige Verluste wirksam werden. Trauern kann in dieser Situation auch ein umfangreiches Abschiednehmen bedeuten: Der Schmerz um verlorene Fähigkeiten, Hoffnungen und Perspektiven kann durchaus jenem nach dem Tod eines geliebten Angehörigen entsprechen. Bei einem Todesfall gibt es sozial etablierte Rituale, die die Trauernden stützen, während der Kranke nicht selten mit seinem inneren Prozess allein bleibt. Statt der oft bereits in der Rehaklinik geäußerten Aufforderung „Orientieren Sie sich neu!“ könnten persönlich gestaltete Trauerrituale, die in Abhängigkeit von der jeweiligen Krankheit sowohl das Verlorene als auch das Verbleibende würdigen und ggf. Familienangehörige oder Freunde einbeziehen, in der Beratung oder Therapie angeregt werden. Manchmal kann auch eine Ermutigung zum Trauern sinnvoll sein und dies in zweifacher Hinsicht. Einerseits kann die Angst, die Trauer würde die Verluste „endgültig“ machen, den Weg zu ihr verstellen. Diese Angst gründet in der Hoffnung, dass das Leid vielleicht doch noch – irgendwann – „aufhebbar“ sei. Hier mag der Hinweis entlasten und ermutigen, dass *beides*, also Hoffen und Trauern, sein dürfen. Andererseits kann – entgegen dem Trend zum „positiven Denken“ und zur „Ablenkung“ – die Ermutigung zum Trauern im Sinne der Wertpflege angezeigt sein, denn die Trauer verweist auf etwas, das für den Betroffenen wertvoll war – und dies ist es wert, betrauert zu werden.

Der von Krankheit betroffene Mensch steht immer auch im Kontext seines biographischen Gewordenseins. Dies kann ihm den Umgang mit der Erkrankung erleichtern oder erschweren. Langjährig gewachsene Haltungen und Überzeugungen verändern sich nicht abrupt, nur weil der Mensch „vom Kopf her“ erkennt, dass eine Haltungsänderung sinnvoll wäre. Bis zur emotionalen Integration von Einstellungsveränderungen (vgl. Kolbe 1994), das heißt, bis jene als lebensleitend und tragend erlebt werden, braucht es sehr viel Zeit – das bedeutet in diesem Zusammenhang Monate bis Jahre. Gerade in und nach der Bodenlosigkeit einer Grenzsituation dauert es lange, bis dem aus ihr Gewachsenen gegen alle Ängste, Vorbehalte, Konventionen und andere Überzeugungen vertraut werden kann, bis ein neues „Gehäuse“ in einer neuen, lebendigen Weise entstanden ist.

Die durch eine Erkrankung erforderlichen Einstellungsveränderungen können ggf. noch viel tiefer reichen, da die Konfrontation mit dem Leid lange zurückliegende biographische Ereignisse reaktivieren und dadurch den Prozess des Annehmens erschweren kann. Frühere Erlebnisse von Abhängigkeit, Hilflosigkeit oder Scham können aufbrechen und eine umfangreichere biographische Arbeit im Sinne der Personalen Existenzanalyse notwendig machen.

SCHLUSSBEMERKUNG

Chronische Erkrankungen emotional annehmen zu lernen ist oft ein jahrelanger Prozess, der ein hohes Maß an Mut, Wachsamkeit und Fleiß erfordert. Er wird von der Hoffnung getragen, auch trotz der Krankheit und mit ihr eine lebenswerte Zukunft gestalten zu können. Dieser Prozess ist

[5] Der Begriff „Copingreaktionen“ wird hier im existenzanalytischen Verständnis für – im Gegensatz zu personalem Verhalten – psychodynamische Reaktionen im Sinne von Schutz- und Überlebensreaktionen benutzt (vgl. Längle 2008, 31).

[6] Da aus Platzgründen auf eine ausführliche Darstellung haltgebender Möglichkeiten im beratenden und therapeutischen Prozess verzichtet werden muss, sei diesbezüglich auf Längle (2008, 36f., 133f., 160ff.) verwiesen.

eher oszillierend als gradlinig, eher unregelmäßig als gleichförmig. Denn selbst wenn der Betroffene seine Erkrankung halbwegs akzeptiert hat, können neue Einschränkungen oder veränderte Lebenssituationen wieder eine – wenn auch meist weniger intensive – Trauer hervorrufen und eine weitere Auseinandersetzung und Anpassung notwendig machen (Corbin und Strauss 2010, 90f.).

Das Annehmen-Wollen chronischer Krankheit verbleibt – mit Jaspers gesprochen – somit in der Spannung des Jasagenwollens und des nie endgültig Jasagenkönnens (Jaspers 1956, 231) und ist damit eine womöglich lebenslange Herausforderung.

Literatur

Cloerkes G (2001) Soziologie der Behinderten. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter

Corbin JM, Strauss AL (2010) Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber

Gadamer HG (1993) Über die Verborgenheit der Gesundheit. Aufsätze und Vorträge. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 143f.

Husserl E (1974) Formale und transzendentale Logik. Versuch einer Kritik der logischen Vernunft. In: Janssen P (Hg) Husserliana XVII. Den Haag: Martinus Nijhoff, 258

Jaspers K (1954) Psychologie der Weltanschauungen. Berlin: Springer

Jaspers K (1956) Philosophie Bd. II: Existenzerhellung. Berlin: Springer

Kolbe C (1994) Stellungnahmen aufgrund biographischer Erfahrungen in ihrer Bedeutung für das aktuelle Handeln. In: Kolbe C (Hg) Biographie, Verständnis und Methodik biographischer Arbeit in der Existenzanalyse. Wien: GLE-Verlag, 34-46

Längle A (2001) Leben als Schicksal – Bedingungen und Grenzen menschlicher Existenz. In: Rühl K, Längle A (Hg) Ich kann nicht… Behinderung als menschliches Phänomen. Wien: WUV-Universitätsverlag, 41-66

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A (Hg) Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: facultas wuv

Längle A (2009) Warum wir leiden. Verständnis, Umgang und Behandlung von Leiden aus existenzanalytischer Sicht. Existenzanalyse 26, 1, 20-29

Petrow E, Passie T (2015) Krankheit begegnen. Wesentliche Aspekte aus der Innenperspektive. (in Vorbereitung)

Anschrift der Verfasserin

Dr. Elisabeth Petrow

c/o Schelten

Anklamer Straße 28

D 10115 Berlin

E_Petrow@web.de

„UM ZU KÖNNEN, WAS WIR WOLLEN, MÜSSEN WIR WOLLEN, WAS WIR KÖNNEN."

Aufgaben und Arbeit in der Krankheitsbewältigung bei chronischen Erkrankungen

Joachim Schmidt

Der antike, aus der Stoa überlieferte Gedanke in der Überschrift drückt ein Dilemma aus, in dem sich Menschen angesichts der Herausforderungen ihres Lebens befinden: Wollen und Können stimmen oft nicht überein, müssen aber letztlich in Einklang gebracht werden. Das ist immer so, tritt aber als große Lebensaufgabe besonders in der Auseinandersetzung mit Beeinträchtigungen und Behinderungen hervor. Krankheitsbewältigung ist „Arbeit an sich selbst'" und muss immer neu in Abstimmung mit dem Verlauf der Erkrankung geleistet und gelebt werden. Im Folgenden wird ein Modell dieser Arbeit skizziert und erläutert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Krankheitsbewältigung, Akzeptanz, Biographie, Identität, Schicksal

TO BE ABLE TO DO WHAT WE WANT, WE MUST WANT WHAT WE ARE ABLE TO DO.
Tasks and work in disease management for chronic diseases

The ancient concept in the title, which was handed down to us from the Stoicism, expresses a dilemma people face when confronting the challenges in their lives: what one wants to do does not correspond with what one is capable of, but must be brought in line in the end. This is always the case, but emerges as a main task in life particularly when dealing with impairments and disabilities. Disease management is "work on oneself" and must again and again be accomplished and lived anew in coordination with the course of the disease. In the following, a working model is sketched and explained.

KEYWORDS: acceptance, biography, identity, disease management, fate

Chronische Erkrankungen sind in vielen Fällen durch einen langsam fortschreitenden Verlauf der Beeinträchtigungen gekennzeichnet und fordern Betroffene und Angehörige zu einer ständigen Auseinandersetzung mit dem Prozess der Erkrankung heraus. Diese dauernde Herausforderung ist belastend, erfordert Anpassungsleistungen nach Veränderungen im Erscheinungsbild der Krankheit und auch Neuorientierungen, die bis in die alltägliche Lebenspraxis Auswirkung haben. Chronisch Kranke müssen – immer wieder – wollen, was sie (noch) können, allein, um sich den Mut und die Kraft zur individuellen Lebensgestaltung zu erhalten. Vergleichbares gilt für die „sekundär" Betroffenen, Angehörige und Pflegepersonen. Auch sie müssen, um hilfreich zu sein, den Prozess der Erkrankung „mitgehen". Das heißt, sie müssen immer wieder die je vorhandenen Möglichkeiten als Maß ihrer Bemühungen um den Betroffenen akzeptieren.

Ausgangspunkt vieler Bewältigungsanstrengungen unabänderlicher Gegebenheiten ist die Ohnmachtserfahrung gegenüber dem, was ist. Es ist der Verlust von Freiheit, der diese Erfahrung so bedrückend und schwerwiegend macht. Wählen können unter verschiedenen Möglichkeiten, die Vorwegnahme der Zukunft im Entwurf des Wünschens- oder Erstrebenswerten stehen in Frage und damit ein Bereich genuin menschlicher Aktivität zur Lebensgestaltung. Etwas „Anderes" übernimmt die Regie, und der Betroffene muss in mancher Szene mitspielen, er darf es nicht einfach unbefangen tun.

In der Ohnmacht wohnt die Angst, „es nicht schaffen zu können".

Diese Angst darf als dauerhafte Verunsicherung nicht unterschätzt werden. Sie ist in nachstehender „Liste der Bedrohungen" eindrucksvoll zusammengefasst:

- „Lebensbedrohung und Todesangst
- Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit, des Körperbildes und des Wohlbefindens
- Bedrohung des Selbstkonzeptes und der Zukunftspläne
- Bedrohung des emotionalen Gleichgewichts
- Bedrohung in der Erfüllung vertrauter (oder auch nur gewünschter) Rollen und Aktivitäten
- Bedrohungen, die aus der erforderlichen Anpassung an neue physische und soziale Bedingungen entstehen." (Ruf 2003, 55)

Es geht mir im Folgenden um eine Darstellung der Aufgaben diesen Bedrohungen gegenüber. Ich ordne diese Aufgaben in Anlehnung an das Modell der Krankheitsverlaufskurven von Juliet Corbin und Anselm Strauss in vier biographische Prozesse, die miteinander in Beziehung stehen (Corbin, Strauss 2004, 107).

Meine Voraussetzung ist, dass diese Aufgaben oder diese Arbeit die wesentlichen Aspekte jeder Krankheitsbewältigung in chronischen Verläufen beschreiben, wobei ihr Ziel ist, einen „Handlungsplan zu realisieren, mit dem ein oder mehrere Aspekte der Krankheit und des Lebens der Kranken … bewältigt werden sollen" (ebd., 25).

Ich beziehe mich damit auch auf psychoonkologische Forschungsergebnisse, hier besonders das „Ulmer Coping Manual". Aus den in dieser Studie beschriebenen „Copingdimensionen" ergeben sich für die Beratung hilfreiche Hinweise für den Umgang mit Akzeptanzverhalten und Selbstkontrolle chronisch kranker Menschen. Auch auf die Bedeutung individueller Ressourcen der Patienten im Begleitungsprozess weist diese Studie hin und unterstreicht den hier skizzierten Ansatz (Angenent et al. 2007, 39-72).

Eingefügt in meine Überlegungen habe ich Äußerungen einer Betroffenen, welche die jeweilige Thematik illustrieren:

Sr. R. ist eine 40-jährige Ordensfrau, die seit ihrer Kindheit an einer besonderen, erblichen Form der amyotrophen Lateralsklerose (ALS) leidet. Ihr älterer Bruder hat dieselbe Erkrankung. Sr. R. ist im Elektrorollstuhl mobil, ohne Hilfsmittel in ihrer Bewegung aber stark eingeschränkt. Sie kann Aufgaben im Kloster übernehmen, dies sind Bürotätigkeiten und vor allem musikalische Aufgaben wie Orgelspiel und Chorleitung. Die chronische Erkrankung ist fortschreitend im Blick auf den schrittweisen Verlust von Fähigkeiten.

KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG MITTELS VERSTÄNDNIS UND AKZEPTANZ

„Ja, die Behinderung gehört halt zu meinem Leben dazu. Es gibt da so eine Geschichte, wo auch das persönliche Kreuz eine Rolle spielt: Da geht einer mit seinem Kreuz seinen Weg und findet, es sei zu groß, zu schwer, zu sperrig. Dann sägt er halt ein Stück davon ab und wirft es fort. Im weiteren Verlauf seines Weges kommt er an einen Flussübergang und hätte sein Kreuz gebrauchen können. Nun ist es aber als Brücke über den Fluss zu kurz! – Will sagen: Das eigene Kreuz passt schon für den eigenen Lebensweg."

Immer wieder stellt sich als Aufgabe für den Betroffenen, in seinem Kontext ein gewisses Maß an Akzeptanz und Verständnis der lebensgeschichtlichen Konsequenzen seiner Einschränkungen zu erlangen. Damit ist ein wichtiger Begriff für die Krankheitsbewältigung sowohl durch den Betroffenen als auch für die Unterstützung in Beratung und Begleitung genannt. Es geht wesentlich um das Erlangen und Fördern einer *biographischen Kontinuität*. Dies bedeutet in erster Linie, Zusammenhänge herzustellen. Vergangenes, Gegenwärtiges und Zukünftiges zu verbinden, wahrzunehmen als den ganz individuellen Lebensweg. Dieses Herstellen von Zusammenhängen hat „identifikatorischen Charakter, insofern ein verbindender Zusammenhang gesucht wird im Wechsel der vergangenen Ereignisse und Erlebnisse und sich so die Lebensgeschichte trotz kritischer Ereignisse und krisenhafter Übergänge als ein Kontinuum erschließt" (Dorra 2009, 33).

Es ist die schwierige Formulierung einer Konstante im Leben, die herausragt aus dem Auf und Ab der sich verändernden Gegebenheiten, mit denen man es zu tun hat. Im Sinne der knappen Definition, dass die Biographie eines Menschen das „gestaltete Leben" repräsentiert, kann man diese Konstante als die Summe des schöpferischen Umgangs mit den Gegebenheiten des eigenen Lebens verstehen (Längle 1992, 17).

Jede Krankheitsbewältigung kann allerdings immer nur eine *Bewegung* hin zu einem Maß an Verständnis und Annahme leisten. Der Kranke bewegt sich dabei auf einem Weg, der Strecken völliger Ablehnung des Gegebenen bis hin zur Annahme der Situation umfasst. Dieser Weg wird nicht von hier nach dort beschritten, sondern er kann, bedingt durch den Verlauf der Krankheit oder biographischer Ereignisse, wieder in Bereiche führen, die schon einmal verlassen wurden. Ein Ereignis kann dazu veranlassen – trotz der Akzeptanz, die eigentlich erreicht wurde – wieder um den Verlust von Fähigkeiten zu trauern.

Ein Muster auf dem Weg der Bewältigungen ist die *Konfrontation*. Konfrontationen entstehen durch das Erleben schwieriger Anpassungsleistungen im Verlauf der Erkrankung oder auch im Blick auf befürchtete Veränderungen in der Zukunft. Damit verbunden sind *biographische Überprüfungen* des weiteren Weges. „Wie geht es mit mir weiter?"

Dies ist die Arbeit, die Aufgabe, der sich der Betroffene gegenübersieht. Die Konfrontationen sind immer sehr kritische Phasen. Sie können dazu führen, dass zunächst in der Überprüfung der neuen Situation der *Bruch* zwischen Gegenwart, Vergangenheit und Zukunft betont und damit festgeschrieben wird: „Es wird niemals wieder so, wie es mal war!"

Die Überprüfungen der je neu erlebten Situation im Verlauf der Erkrankung können so von den klassischen Copingreaktionen der Leugnung, der Wut, etc. geprägt sein.

Es ist verständlich, dass ein Krankheitsverlauf, der mit einer kontinuierlichen Verschlechterung des körperlichen Zustandes einhergeht, vornehmlich von den Einschnitten, Brüchen und Verlusten her wahrgenommen wird. Die Verlaufskurve einer fortschreitenden chronischen Erkrankung ist nun mal auch von Instabilität und Verschlechterung gekennzeichnet. Das bedeutet aber, dass hier für den Betroffenen wie für seine Begleiter eine erste große Aufgabe liegt, nämlich Veränderungen, die sich in den bisherigen Weg stellen, wahrzunehmen, sie sein lassen, ihre Folgen zu benennen und auszuhalten. Sich also der aktuellen Konfrontation gegenüber zu positionieren. Daraus kann sich ein Überprüfen der Situation im Sinne einer Selbstreflexion und Selbsterfahrung entwickeln.

Für den Beratenden geht es darum, die Konfrontation, die in dem Verlust von Fähigkeiten liegt, mit dem Betroffenen zur Sprache zu bringen und den Prozess der Selbstreflexion anzuregen und zu begleiten. Das heißt, genau zu sehen, *welcher* Veränderung mit *welchen* Implikationen sich der Betroffene stellen muss und wie er dies erlebt. Dabei ist es wichtig, der Verlusterfahrung, der Trauer um genommene Lebensmöglichkeiten, Raum zu geben.

Ziel ist letzten Endes, die aktuelle Lebens- und (beeinträchtigende) Krankheitssituation zu erspüren, und die darin liegende Problematik in Worte zu fassen. Immer wieder das schwierige Terrain des nun mal Gegebenen zu beschreiten und auf seine „Begehbarkeit" zu überprüfen.

INTEGRATION DER BEDINGUNGEN DES LEBENS IN DEN EIGENEN BIOGRAPHISCHEN PROZESS

„Ich hatte eine Freundin, und wir sind gemeinsam in Urlaub gegangen. Das war immer schön gestaltet. Und 1996 sagte die Freundin zu mir: „Ich nehme dich nicht mehr mit, wenn du keinen Rollstuhl mitnimmst."

Eine weitere Erfahrung: Neulich war ich in einem Tagungshaus zu Exerzitien, in dem ich vor elf Jahren schon einmal war. Und bei diesen Exerzitien ist mir immer wieder deutlich geworden, wie viel schlechter ich jetzt dran bin als damals. Elektrorollstuhl, Rollator, Toilettenaufsatz. All das war jetzt nötig, ich musste es benutzen."

Das Schicksal, das zunächst ohnmächtig und mit Angst besetzt erlebt wurde, wird zur täglichen Aufgabe, das Unabänderliche zu gestalten.

„Mein Alltag ist richtig Arbeit. Ich stehe schon um fünf Uhr auf, um Zeit zu haben. Fällt nur ein Hilfsmittel aus, bringt das alles durcheinander und macht alle Anstrengung erst mal zunichte."

Grenzerfahrungen machen deutlich, dass die chronische Erkrankung mit ihrem langsamen Verlauf im Blick auf die Lebensgestaltung ein Gleichgewicht von medizinischer Versorgung, Alltagsleben und ständiger persönlicher Anpassung erfordert. Auch hier gilt es für den Betroffenen, den Verlauf der Erkrankung in den Kontext der eigenen Biographie zu integrieren. Gelingt dies gut, dann gehört die Krankheit, die „Arbeit", die darin zu leisten ist, „zu mir". Die Identität des Betroffenen bleibt bezogen auf dieses Konzept des „Lebens mit der Erkrankung". Allerdings liegt in der Regel die Integrationsleistung irgendwo dazwischen: In gewisser Weise ein Teil der Biographie aber nicht mit ihr verschmolzen: „Ich bin zwar krank, aber ich bin nicht die Krankheit."

Durch Selbstkonfrontationen und Überprüfungen gilt es, das unmittelbare Erleben der Beschränkungen für eine Realisation des Gegebenen zugänglich zu machen. Bestimmte Aktivitäten und ein bisher stabiles Bild von sich selbst in der Bewältigung der Alltagsanforderungen müssen aufgegeben, ein Teil der Möglichkeiten der Vergangenheit muss langsam losgelassen werden.

Erst dann kann ein Prozess der Annahme den Verlauf begleiten, indem die Vergangenheit moduliert und das Augenmerk auf die Möglichkeiten in der Zukunft gerichtet werden. Das bedeutet: Es geht um die Begleitung des Prozesses der Selbstkonfrontation („wenn das so ist, dann bedeutet das für mich…") und die Überprüfung dessen („…ist das so und welches sind meine Konsequenzen?").

Ich möchte das, worum es hier geht, auf einen Begriff bringen. Ist das Ziel die Integration der Bedingungen des Lebens in den eigenen biographischen Prozess, dann lautet die Aufgabe dazu: Sich diesen Bedingungen ganz zuwenden. In Beziehung zu sich selbst kommen und auf eine „Entdeckungsreise" gehen. Es gilt zu entdecken, welche Aspekte eigenständiger Lebensgestaltung unwiederbringlich verloren oder ein vorübergehender Verlust sind, sozusagen „kommen und gehen". Was bleibt von den vergangenen Bewältigungsmöglichkeiten, was kann also als Ressource dienen, kann mitgenommen werden in den weiteren biographischen Kontext? Was kann hinzugefügt werden zum Arsenal der bisherigen Bewältigung oder was ersetzt nun nicht mehr taugliche Strategien und verleiht der Biographie eine neue Richtung? Zusammengefasst:

„In Bezug auf den großen Bogen der biographischen Zeit muss der Kranke herausfinden, wie er die Reste der Vergangenheit weiterträgt, was von der Vergangenheit übrig bleibt, wie er in der Gegenwart lebt und welche neuen Wege er beschreiten kann, um die Zukunft zu eröffnen." (Corbin, Strauss 2004,93)

„Musik, das Orgelspiel und Chorarbeit ist für mich sehr wichtig. Aber ich merke da natürlich auch Bedingungen. Ich könnte jetzt keine Bach Toccata und Fuge spielen, meine motorischen Fähigkeiten sind halt doch eingeschränkt. Und im Chor: ich kann halt nicht stehen und dirigieren, das war wieder mal ein Umdenkprozess für mich. Aber trotzdem würde ich sagen: Die Musik kommt bei mir gleich nach dem lieben Gott! Und das wird auch immer so bleiben, so oder so."

Hier wird u.a. an Wertbezügen gearbeitet. Dabei wird es um die Sichtung dessen gehen, was die „biographische Ausrichtung" des Betroffenen bisher ausgemacht hat. „Was war prägend auf dem bisherigen Lebensweg?" „Welche Menschen waren wichtig, was hat gut getan und Freude gemacht?" „Welche Projekte wurden verfolgt und woraus sind sie entstanden?"

IDENTITÄT FINDEN

Eine chronische Erkrankung braucht den Prozess der Trauer. Niemand findet sich einfach „weil es halt so ist" mit dauerhaften Einschränkungen ab. In dem Verlust von Möglichkeiten in der Lebensgestaltung liegt eine Enttäuschung und Verletzung.

Die Trauer um nicht gelebte, nicht zu lebende Möglichkeiten kennt jeder. Hier geht es um die „Ehrlichkeit des Gefühls", dass etwas fehlt. Diese Ehrlichkeit meint, dass es eben nicht damit getan ist, Einschränkungen rein kognitiv zu akzeptieren, sondern dass es darauf ankommt, durch die Trauer um das Verlorene zu diesem Ziel zu kommen. Nur in der Trauer ist die Größe des Verlustes greifbar, gerade im Blick auf ein Gefühl für Ganzheit und Wertschätzung des Eigenen.

Lebt jemand mit einer folgenschweren Diagnose, dann kann man in der Folge von einem „Identitätsbruch" sprechen.

„Ich erlebe mich vom Kopf her überhaupt nicht als behindert. Ich bin hier genauso normal wie die anderen um mich her auch. Aber so werde ich meistens nicht gesehen. Immer zuerst von der Behinderung her. Das ist verletzend. In solchen Momenten wird es eng. Der Verlust von körperlichen Fähigkeiten dominiert dann in den Augen anderer alles, schafft Ignoranz gegenüber mir als Person."

Worin liegt die Kränkung? Wohl darin, dass die Person nicht gesehen wird sondern oft zunächst ein äußeres Merkmal des Körperlichen dieser Person. Von da her wird der Betroffene wahrgenommen, über diesen Zugang definiert sich auch oft die weitere Beziehung.

Es ist im Grunde eine „eindimensionale Begegnung", die beim Betroffenen an die Ohnmacht und Angst des Erlebens von Einschränkung und Behinderung „appelliert".

„Ich muss mir immer Hilfe holen. Ich habe zwar eine Rufanlage im Zimmer und wenn ich auf den Knopf drücke, dann kommt auch jemand, aber das mache ich eigentlich nur im Notfall. Ich brauche auch immer Hilfe, den Rollstuhl ins Auto zu laden, dann überlege ich mir: Wen spreche ich jetzt an? Aber dann sagt vielleicht auch jemand mal nein! In der Regel versuche ich, meine Dinge selbst zu regeln, erst

später kommt Hilfe von außen in Frage.

Überrascht hat mich mal eine sehr hilfsbereite Mitschwester, die meinte: Du gibst mir Gelegenheit, Gutes zu tun. Mit dieser Bemerkung musste ich erst noch einig werden."

Das Ausmaß, in dem die Kontinuität des Eigenen in Abgrenzung zum Anderen verschüttet ist, hängt wohl davon ab, wie viele Aspekte dieses „Eigenen" bedroht oder verloren sind und wie stark die Zuversicht ist, verlorene Aspekte des Selbstverständnisses und Selbstgefühls wiederzugewinnen. Ich möchte sagen, dass die Aufgabe in der Krankheitsbewältigung hier darin besteht, ein „Gefühl von Ganzheit" zu pflegen und zu bewahren. Das kann geschehen durch einen Prozess der „Wiederherstellung" von Identität. Dazu muss diese neu definiert werden. „Wer bin ich jetzt und was heißt das für mein Leben?" Konkretisiert wird dies in Bezug auf den eigenen Körper, etwa mit der Fragestellung: „Was kann ich tun und was kann ich nicht mehr tun?" Es geht also darum, sich zu entscheiden, sich auf „eine Seite zu stellen", mithin Stellung zu beziehen. Daraus kann sich ein neues Selbstbild ergeben, das hilft, in Distanz zu kommen und sich so *hier* zu spüren und das Gegebene der Situation *dort* sein zu lassen.

So wird die Lebensrichtung neu in den Blick genommen. Aber dies geschieht nicht allein unter der Überschrift: Anpassung an das, was nicht zu ändern ist. Sondern diese Richtungsänderung geschieht bewusst durch an der eigenen, einzigartigen Biographie orientierte Überprüfungen, womit das Vergangene gewürdigt wird und worin sich der Betroffene im Blick auf seine Zukunft ernst nimmt und achtet.

Konkret kann dies bedeuten, dass noch intakte Fähigkeiten und Aktivitäten eine neue Bedeutung bekommen oder alte Aktivitäten durch neue ersetzt werden. Auch der bewusste Einsatz von Hilfsmitteln gehört zu dieser Neuorientierung. Dies kann auch heißen, dass eine Umorientierung in den Aktivitäten stattfindet: Werden zum Beispiel vermehrt körperliche Defizite bestimmend, kann geistige Aktivität bewusst dem entgegengesetzt werden.

„In der Auseinandersetzung mit der Behinderung muss man sich ganz schön behaupten. Angeboten wird einem von außen immer was, zum Beispiel Tätigkeiten, die man übernehmen könnte. Das sind die Dinge, von denen die Anderen meinen, das würde schon passen. Aber die eigenen Vorstellungen müssen immer wieder verteidigt werden. Das fällt einem nicht zu."

In der Begleitung wird es darum gehen, mit dem Betroffenen vor allem daran zu arbeiten, eine Position außerhalb der Krankheitserfahrung aufzusuchen. Das ist naturgemäß sehr schwer und gelingt, wenn es denn gelingt, nicht immer dauerhaft. Aber hierin liegt natürlich die Voraussetzung für die Wahrnehmung und Anerkennung des Eigenen *unterschieden* vom Anderen, das sich etwa im Krankheitsgeschehen, im Angewiesen sein auf Hilfe oder in medizinischen Behandlungen zeigt.

Ziel ist also: Der Problematik gegenübertreten, sich als Person „ganz", das heißt auch unabhängig von den Bedingungen der Erkrankung, zu erleben. Die Würdigung der eigenen Lebensleistung zum Ausdruck bringen, die Einmaligkeit dieser Lebensaufgabe „für mich" zu sehen und sich darauf zu beziehen.

BIOGRAPHIE NEU ENTWERFEN

"Na ja, ich hab' da mit meinen Einschränkungen bescheidene Ansprüche an die Zukunft, zum Beispiel, dass ich das, was ich jetzt tun kann noch möglichst lange tun kann, auch besonders im Blick auf die Musik.

Ich bin ja in der Selbsthilfebewegung groß geworden. Auch Foren im Internet habe ich früher sehr viel genutzt. Ich habe auch schon Psychotherapie gemacht, im Wesentlichen zur Stärkung und Reflektion in meiner Auseinandersetzung und meinen Antworten auf die Erkrankung.

Der Glaube spielt hier aber auch eine große Rolle: Jesus trug sein Kreuz, ich trage meins."

Jede Lebenssituation hält etwas bereit, das in die Zukunft weist. Das wird in einer Krankheit oft so erlebt, dass sich aus einer gegebenen Situation etwas determiniert ergibt. Aber natürlich gilt das auch für ein in Freiheit tätig werden können aus den jeweiligen Bedingungen heraus. Hier, im Zitat von Sr. R. als geistige Auseinandersetzung und Zielsetzung formuliert. Beides schafft einen Wertbezug im Leben für sich und im Dasein für andere oder auch im Verwirklichen einer Idee. Im Grunde beschreibt dies die Möglichkeit für den Betroffenen, einen „biographischen Plan" zu formulieren (Corbin, Strauss 2004, 105). Das heißt, Einschränkungen zu realisieren, die den Lebensalltag bestimmen aber auch das weitere Leben im Lichte dieser Einschränkungen perspektivisch zu entwerfen. Daraus ergibt sich die Möglichkeit, den Verlauf der Erkrankung bis zu einem gewissen Grad zu „kontrollieren". Die Kontrolle besteht zunächst darin, Reaktionen auf mögliche Schwankungen und Einbrüche im Verlauf vorwegzunehmen, sich darauf einzustellen und bei Bedarf zielgerichteter und sicherer zu überprüfen und zu handeln. Je klarer hier Position bezogen werden kann, desto besser kommen biographische Kontinuität und situationsbezogene Anpassung an den Verlauf der Erkrankung in ein Gleichgewicht. Zum anderen bedeutet es viel für den Betroffenen, sich in dieser Form der Kontrolle des Verlaufs der Erkrankung als Subjekt seiner Lebensgestaltung zu erleben. Das ist enorm wichtig, weil die Abhängigkeit, die chronische Erkrankung schafft, die Tendenz hat, sich dominant aufzuspielen!

Hinzu kommen weitergehende Fragen: „Worum geht es für mich in meinem Leben?" „Wofür will ich mich einsetzen?" „Was ist ‚mein Ding'?"

Erfahrungsgemäß kommen gerade diese perspektivischen Fragestellungen in der alltäglichen Krankheitsbewältigung zu kurz. Im „Alltagsgeschäft" ist es manchmal schwer, über den Tellerrand zu schauen.

ORIENTIERUNGEN FÜR DIE BERATUNG UND BEGLEITUNG

„Jedes therapeutische und beratende Handeln kann im Letzten nur darin bestehen, für den Betroffenen einen Zugang freizulegen zu seinen eigenen Lebensvollzügen, denn das Erleben dieser Lebensvollzüge geschieht immer in der Person selbst und nährt sie. Dies kann vom Berater und Therapeuten nicht von außen vermittelt werden. Und dennoch

wirkt die Begegnung stärkend, was dem Klienten hilft, in geeigneter Weise Stellung zu nehmen zu dem Leben, wie es sich ihm als Betroffenem zeigt.“ (Seiller 2009, 72)

Die Rolle, die der Beratende einnimmt, kann also nur die eines aufmerksamen Begleiters sein. Krankheitsbewältigung ist immer ein höchst individuell geprägter, komplexer Prozess, der Bewältigungsmöglichkeiten meiner Erfahrung nach zu einem beträchtlichen Teil aus einer gewachsenen Eigenkompetenz des Betroffenen im Erleben seiner Erkrankung gewinnt. Diese Eigenkompetenz in den vier hier skizzierten biographischen Prozessen vorauszusetzen, zu stärken und anzusprechen ist Ziel der Beratung.

Auf dem Weg dahin zeigen sich dem Beratenden die Widerstände und Hindernisse in diesen vier Prozessen. Darauf einzugehen und sie mit dem Klienten anzuschauen ist – gegebenenfalls – der Weg zum Ziel.

In der beratenden Praxis wird es zudem darum gehen, genau zu erfassen, in welcher Auseinandersetzung in Bezug auf die vier genannten Aspekte sich der Betroffene und sein Umfeld gerade befinden, damit hier gezielt mitgegangen werden kann. Parallel dazu ist das Augenmerk *immer* auf den aktuellen Verlauf der Erkrankung zu richten, da hiervon die Intensität der Arbeit abhängt, die der Betroffene wie auch die Zugehörigen leisten können. Sind gerade große Belastungen auszuhalten, wird wenig Energie da sein, in die Selbstdistanz zu kommen.

In dem hier zugrunde gelegten Modell der Verlaufskurvenarbeit nach Corbin und Strauss als Beschreibung der Prozesse in der Krankheitsbewältigung ergeben sich natürlich Bezüge zum existenzanalytischen Strukturmodell der Grundmotivationen. Sieht man die Bewältigung des durch die Erkrankung Gegebenen auf dem Hintergrund dieser Grundmotivationen an, dann eröffnet sich eine vertiefende Sicht auf die Aufgaben, die sich in der Krankheit stellen. Dann ist die geforderte Anpassungsleistung an veränderte Bedingungen in der Krankheitsentwicklung immer verknüpft mit der Arbeit an einer Stellungnahme zu diesen veränderten Bedingungen. Erst *sie* macht aus der *notgedrungenen* Anpassung an die Verhältnisse eine *freie* Gestaltung dieser Verhältnisse.

Das Schicksal, die große Variante des Zufalls, wird als Willkür erlebt. Aber das Schicksal ist, wenn es denn als ein bestimmtes Ereignis – etwa als Krankheit und Behinderung – eingetreten ist, von da an das Faktische, das Vorfindliche. Und genau ab hier schaffen die Bedingungen, die es setzt, Möglichkeiten, mit ihm umzugehen.

„Das Schicksal also mischt die Karten und der Mensch spielt“ (so sinngemäß ein Aphorismus Schopenhauers).

Man kann dem Schicksal nicht entgehen, aber man kann mit ihm umgehen.

Und hier kommt noch einmal die Freiheit ins Spiel, deren, vielleicht auch vermeintlichen, Verlust in der Krankheit ich zu Beginn angesprochen habe. Ich denke, die Zitate der betroffenen Sr. R. belegen: „Freiheit ist nicht dort, wo alles frei wählbar ist, sondern Freiheit setzt unweigerlich die Anerkennung des Notwendigen voraus… Erst die Tatsache, dass es das Schicksal im Sinne des nicht ausgesuchten Notwendigen gibt, erst dieses nicht Ausgesuchte bringt unsere Freiheit tatsächlich hervor; es sind diese Herausforderungen, aus denen heraus sich der Mensch als freier Mensch empfinden kann.“ (Maio 2011, 36)

Unter dieser Voraussetzung eines Verständnisses von Freiheit können Menschen in ihren jeweils als Schicksal erlebten Lebensbedingungen auch wollen, was sie (je) vermögen.

Literatur

Angenendt G, Schütze-Kreilkamp U, Tschuschke V (2007) Praxis der Psychoonkologie - Psychoedukation, Beratung und Therapie. Stuttgart: Hippokrates

Corbin J, Strauss A (2004) Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Huber, 2°

Dorra H (2009) Wenn man nicht mehr weiter kann. Grenzerfahrung als Gefährdung und Herausforderung im Prozess des Alterns. In: Existenzanalyse 26, 1, 30-34

Längle A (1992) Die biographische Vorgangsweise in der Personalen Existenzanalyse. In: Tagungsbericht der GLE 1992, 1, 9-33

Maio G (2011) Abschaffung des Schicksals? Menschsein zwischen Gegebenheit des Lebens und medizin-technischer Gestaltbarkeit. Freiburg (Brsg): Herder

Ruf A (2003) Muskelkranke Menschen und die Akzeptanz von Hilfsmitteln, insbesondere bei der Rollstuhlversorgung. Diplomarbeit Fachbereich Sozialarbeit der Fachhochschule Freiburg im Breisgau

Seiller M (2009) Das Annehmen-Können des Faktischen. In: Existenzanalyse 26, 1, 71-75

Anschrift des Verfassers

Joachim Schmidt

Friedlandstraße 7

D 31832 Springe

schmidt-logotherapie@web.de

WARUM NICHT IN RUHE VERRÜCKT WERDEN DÜRFEN[1]

Demenz-Kranke und ihre pflegenden Angehörigen

Christine Schnaiter

Bei vielen Menschen treten jenseits des 60. Lebensjahres fortschreitende Störungen des Gedächtnisses, der Konzentrationsfähigkeit, der Orientierung und des Denkvermögens auf. Das führt zu einer eingeschränkten Alltagsbewältigung und im fortgeschrittenen Stadium zu einer „Demenz". Die häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit. Die meisten Demenzkranken werden zu Hause von ihren Angehörigen betreut. Für das Zusammenleben in Partnerschaft und Familie bedeutet eine Demenzerkrankung eine große Belastung. Es kommt bei Angehörigen zu einer anhaltenden Überlastung. Sie brauchen Hilfe, die in Angehörigengruppen in Form von Informationsvermittlung, Beratung und Erfahrungsaustausch geboten werden kann. Existenzanalyse kann dazu einen wichtigen Beitrag leisten. Mit Grundmotivationen, Wertelehre und Sinnkonzept kann ein gutes Gerüst erstellt werden, um sowohl den Angehörigen als auch den Erkrankten eine bessere Lebensbewältigung und Lebensqualität zu ermöglichen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Demenz, Existenzanalyse, Hilfe, Lebensqualität, pflegende Angehörige

WHY NOT GOING INSANE WITHOUT HASSLE
Dementia-patients and their care-giving relatives

Many people over 60 years suffer from a progressive disturbance of memory, concentration, orientation and mental abilities. This leads to a reduced capability to deal with everyday life and in the advanced stage to „dementia". The most common form is Alzheimer's disease. Most people with dementia are cared for at home by family members. That is a constant burden to partners and family, who therefore need support. Self-help-groups for relatives are an important forum to get information and counselling and to talk about problems and experiences. Existential Analysis can make an important contribution. With the four fundamental motivations, the theory of values and the concept of life's meaning, a good framework can be created to allow both the families and the patients a better quality of life and life management.

KEYWORDS: dementia, Existential Analysis, support, quality of life, care-giving relatives

EINLEITUNG

Schätzungen zufolge lebten in Österreich, im Jahr 2004, über 80.000 Menschen mit dementiellen Erkrankungen, 2011 waren es 100.000 und 2050 wird mit 270.000 Betroffenen gerechnet (FGÖ 2009). Die häufigste Form ist die Alzheimer-Krankheit, von der mindestens 60-80% der an Demenz erkrankten Menschen betroffen sind, Tendenz steigend. Etwa 80% der Erkrankten werden zu Hause, von Angehörigen, gepflegt. Zwei Drittel der Pflegenden sind über 50 Jahre, 10% über 75 Jahre alt (ÖKSA 2004). Laut einer deutschen Studie aus den 1990er Jahren fühlen sich Pflegepersonen von Demenzkranken stärker belastet und bewerten die Pflegesituation negativer als Pflegepersonen von Nicht-Dementen. Für das Zusammenleben in Partnerschaft und Familie bedeutet eine Demenzerkrankung eine enorme Belastung. Sie erzwingt eine Umverteilung von Rollen und Aufgaben, erzeugt Spannungen und Konflikte, erschwert die Verständigung und erfordert die Lösung von ständig wechselnden organisatorischen und pflegerischen Aufgaben. Es kommt zu einer andauernden Überforderung, die viele Angehörigen der Patientinnen an die Grenzen ihrer seelischen und körperlichen Kräfte führt. Bis vor wenigen Jahren wurden die pflegenden Angehörigen kaum beachtet. Aufopferung und das Zurückstellen der eigenen Bedürfnisse wurden erwartet. Da sich heute Familien- und Gesellschaftsstrukturen langsam ändern, richtet sich das Bewusstsein auch auf die Unterstützung von pflegenden Angehörigen. Eine solche Unterstützung bieten unter anderem Selbsthilfegruppen und geleitete Angehörigengruppen.

In meiner Arbeit mit Angehörigen von demenzkranken Menschen war ich hauptsächlich mit den täglichen Anliegen und Sorgen von pflegenden Angehörigen befasst. Ich mache die Erfahrung, dass die Existenzanalyse sich für diese Arbeit besonders gut eignet. Auch unter diesen besonders schwierigen Bedingungen kann es gelingen, die Aufgabe, das Leid anzunehmen und aus der Hoffnungslosigkeit heraus in eine sinnorientierte Existenz zu gelangen. Für den Artikel habe ich meine Vorgangsweise und meine Erfahrungen in zwei Angehörigengruppen herangezogen, die ich sechs Jahre leitete. Außerdem bringe ich anhand des Konzepts der Validation (Feil 2002) eine andere Sichtweise ein und stelle schließlich existenzanalytische Überlegungen an, die ich in die Gruppe einfließen ließ. Grundlage der Studie ist eine Schulung von Angehörigen über die Alzheimer-Krankheit und den Umgang damit (DAIzG 2002).

Ich bin mit einem großen Staunen über das menschliche Über-sich-hinaus-wachsen-Können in solch schwierigen Lebenslagen an meine Arbeit mit pflegenden Angehörigen herangegangen und möchte besonders auf die phänomenologische Haltung hinweisen, die genauso wichtig ist, wie das Wissen zur Krankheit selbst. Analog dazu kann eine solche Haltung der Angehörigen im Umgang mit ihren Erkrankten die Situation entschärfen und erleichtern, indem sie offen macht für neue Sichtweisen und Möglichkeiten.

[1] Vgl. auch das Buch von Schützendorf/Wallrafen-Dreisow: In Ruhe verrückt werden dürfen. Für ein anderes Denken in der Altenpflege. Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt, 2002

DAS LEIDEN DER ANGEHÖRIGEN

Pflegende Angehörige sind gesunde Menschen mit schweren Belastungen. Aus Existenzanalytischer Sicht erleben sie eine Verunsicherung in den vier Grundmotivationen (Längle 2013):

- **1. GM:** Haltverlust, Erschütterung der Existenz: „Was kommt auf mich zu?“ Verlust des Vertrauten, des Seinsgrunds, Daseinsangst, Ausgeliefertsein, Erschöpfung, Verleugnung.
- **2. GM:** Wertverlust: „Was mir wichtig ist, wird bedroht!“ Angst vor Beziehungsverlust, Rückzug, Isolation, Depression, Aggression.
- **3. GM:** Selbstverlust, Verlust des Eigenlebens: Ich lebe mein Eigenes nicht, bin ganz für den anderen da! Bedeutungsverlust, Verlust der Selbstwahrnehmung, Scham, Schuldgefühle: „Ich mache alles falsch. Ich genüge nicht.“ Schein wahren, Einsamkeit, Verlorenheit.
- **4. GM:** Sinnverlust: „Es ist sinnlos, hoffnungslos! Warum ich? Wofür habe ich gelebt? Für nichts?“ Gefühle von zu viel Verantwortung, keine Freiheit, Hadern, Burnout, Leere.

Die erkrankte Person erleidet ähnliche Einbrüche auf allen vier Grundmotivationen, die zusätzlich auf den pflegenden Angehörigen lasten.

Angehörigenschulung mit Existenzanalytischem Schwerpunkt

Wissenschaftliche Untersuchungen in Australien, Großbritannien und den Vereinigten Staaten haben gezeigt, dass eine intensive Angehörigenberatung die Belastung der Bezugspersonen verringert und den Verbleib der Kranken in der häuslichen Umgebung länger sichern kann. Das Programm „Hilfe beim Helfen“ von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft (DAIzG 2002), möchte dem hohen Informationsbedürfnis pflegender Angehöriger gerecht werden. Es bildet die Grundlage der Wissensvermittlung. Dieser Artikel geht vor allem auf die therapeutischen Bezugspunkte zur Existenzanalyse ein.

DAS ERSCHÜTTERTE ICH: DIE DIAGNOSE. SEIN-KÖNNEN.

In der ersten Einheit geht es um Kennenlernen, Vertrauensaufbau und Gruppenbildung. Der inhaltliche Schwerpunkt liegt auf der Informationsvermittlung, dem Umgang mit der Diagnose und dem psychologischen Erleben der Krisensituation in einer Haltung der Achtung gegenüber dem demenzerkrankten Menschen und des Respekts vor der Leistung pflegender Angehöriger. Diese erste Phase ist geprägt von der ersten Grundmotivation: Sein-können. Die Existenz ist erschüttert: Kann ich noch sein, wenn mein Partner, mein Vater, meine Mutter demenzkrank ist? Kann der Kranke noch sein? Ängste treten auf. Was kommt auf mich zu? Wo finde ich Schutz, Halt? Wohin mit meinen Sorgen, mit meiner Wut, dass das mir passieren muss?

Es dauert oft sehr lange, bis ein Arzt aufgesucht und die Diagnose erstellt wird. Die Stützung durch die Angehörigen ist sehr wichtig. Sie sind eine wichtige Informationsquelle für den Arzt. Er befragt sie nach medizinischer Vorgeschichte, ähnlichen Erkrankungen bei Verwandten, der Entwicklung der vorliegenden Krankheitssymptome, den Einschränkungen im Alltag und eventuellen Verhaltenssauffälligkeiten oder Gefahren. Hier beginnt oftmals ein Balanceakt für die Bezugspersonen, was geben sie preis, sprechen sie mit dem Arzt allein, oder mit dem Betroffenen, informieren sie den Betroffenen über die Diagnose? Dazu kommen Unsicherheiten über den Krankheitsverlauf. Angehörige fühlen sich in der Zeit häufig allein gelassen. Die Zeit der Diagnoseerstellung ist eine Krisensituation für Patienten und Angehörige: die Existenz ist bedroht, der Boden wird einem weggezogen, die Welt stürzt ein, eine Ahnung wird Gewissheit, Hoffnung muss vorerst aufgegeben werden, Lebenspläne gelten nicht mehr. Es gilt, sich der Diagnose zu stellen. Der Schritt, die Betroffenen über ihre Erkrankung zu informieren, ist mit vielen Ängsten verbunden. Erfahrungsaustausch und Ermutigung in der Gruppe helfen hierbei. Entlastend ist auch, dass es kein Gebot ist, die Diagnose dem Kranken mitzuteilen. „Man sollte dem anderen die Wahrheit wie einen Mantel hinhalten, dass er hineinschlüpfen kann, nicht wie ein nasses Tuch um den Kopf schlagen.“ Diese Formulierung von Max Frisch trifft auf die Situation pflegender Angehöriger sehr gut zu: Nicht so tun, als ob nichts wäre, alles wieder gut würde, sondern vermitteln: „Ich bin da“, „Ich bleibe da“. Das ist es, was der Kranke zu dieser Zeit am meisten braucht. Diese Entscheidung sollte immer wieder neu überlegt und neu getroffen werden, denn wenn es möglich wird, die Diagnose anzunehmen, ist das eine große Entlastung und die Möglichkeit, gestaltend das Leben bewältigen zu können, ist wieder gegeben.

Existenzanalytische Überlegungen zu dieser ersten Phase

Verlässliches Dasein zu vereinbarten Zeiten und achten auf körperliche Bedürfnisse, sind eine erste Krisenintervention. Informationen zu Krankheit und Umgang, geben Sicherheit und stärken das Vertrauen, damit umgehen zu können. Auch das Auffinden von Hilfen ist entscheidend. Gibt es Unterstützung von Familie, Freunden, Nachbarn, Sozialsprengel, Übergangspflege, Institutionen oder Selbsthilfegruppen? Auch Trauerarbeit soll hier bereits beginnen, es wird aufgeklärt über die Phasen des Trauerns, und die Betroffenen werden in ihrem Prozess des Loslassens begleitet. In diesem Anfangsstadium ist der erste Schritt zur Einstellungsänderung eine schwierige aber notwendige Aufgabe, die Wirklichkeit muss anerkannt, das „Nicht-Wahrhaben-Wollen“ aufgegeben werden. Als einfache Selbsterfahrungsübung kann hierbei die Sesselübung angewendet werden, um wieder Halt zu erleben.

DAS VERGESSLICHE ICH: DAS FRÜHE STADIUM. SEIN-MÖGEN.

Das frühe Stadium der Alzheimer-Demenz hat schon lange vor der Diagnosestellung eingesetzt. Schleichend beginnt das Vergessen und lange kann man sich darüber hinwegtäuschen. Nach der Diagnosestellung hat es einen Namen, der mit Angst, Scham und einem gesellschaftlichen Stigma behaftet ist. Die Haltung gegenüber dem Erkrankten ist wichtig, sie muss helfend sein, nicht zusätzlichen Druck machen. Ziele in dieser Phase sind die Akzeptanz des veränderten Lebens, Verständnis für den Erkrankten, Fürsorge und Gelassenheit und ein Aufrechterhalten der Kommunikation. Diese Phase ist gekennzeichnet vom Suchen und Wiederholen, von Gedächtnisstörungen und Sprachstörungen. Die Fähigkeit vom Kurzzeitgedächtnis in das Langzeitgedächtnis zu speichern geht weitgehend verloren, daneben verfügen die Erkrankten über sogenannte Erinnerungsinseln aus längst vergangenen Zeiten, die durch vertraute Gesichter, Gerüche, Berührungen usw. hervorgerufen werden können. Das sind auch die Ansatzpunkte für den Umgang miteinander: Möglichst viel Bekanntes und Vertrautes soll angeboten werden, wie Fotoalben, alte Gegenstände und gewohnte Gerüche. Dadurch entsteht eine Atmosphäre von Vertrauen. Neues hingegen verunsichert und verursacht Verwirrung. Aggression, oder Rückzug können die Folge sein. Körperlich zeigen sich Stresssymptome wie angespannte Muskeln, stechender Blick, gereizte Stimmung bis hin zu Aggressivität oder Depression.

In diesem ersten Stadium können die Erkrankten noch weitgehend selbständig leben, brauchen aber ein Gegenüber, das ihnen hilft, die Verunsicherung, die mit den kognitiven Verlusten einhergeht zu kompensieren. Sie haben Angst, ohne diese Fähigkeiten nicht mehr sein zu können, Angst sich selbst zu verlieren. Anfangs besteht auch oft keine Krankheitseinsicht. Die Krankheit wird verleugnet, bagatellisiert und abgewehrt. Diese Verhaltensmuster tragen zu einer Verschlimmerung der Krankheit bei. Auch Reaktionen der Angehörigen können Probleme verursachen. Etwa das Hinweisen auf Wissenslücken, Ungeduld und unnötige Hilfeleistungen. Echte Hilfe besteht im Annehmen, Achten und Aushalten, in Offenheit, Ablenkung, viel Bewegung, dem Erhalten von Selbständigkeit und dem Geben von Strukturen. Zu achten ist auch auf den Umgang mit Geld und auf die gesteigerte Unfallgefahr beim Autofahren. Möglichkeiten für Therapie und Beschäftigung liegen im gemeinsamen Malen, Singen und in Gedächtnisgruppen. Für Angehörige kann in dieser Phase ein Familiengespräch unter Anleitung einer außenstehenden Person von Vorteil sein.

Existenzanalytische Überlegungen zu dieser zweiten Phase

Existenzanalytisch ist immer noch die erste Grundmotivation maßgebend. Das Schaffen von Schutz, Halt und Raum für den Erkrankten und den Angehörigen, das Zutrauen von Selbständigkeit, das Annehmen der Krankheit, das Loslassen dessen, was nicht mehr sein kann. Dazu kommen Aspekte der zweiten Grundmotivation: Mag ich so (als pflegender Angehöriger) sein? Es gibt verschiedene Motivationen, diese Aufgabe auf sich zu nehmen, etwa Schicksal, Liebe, Pflicht, Verantwortung, Erwartungen anderer usw. Die Frage nach dem „Mögen“ wirkt aufs erste provokant und die Antworten würden lauten: „Ich habe es mir nicht ausgesucht.“ In der Existenzanalyse folgen wir der Sichtweise, dass die äußeren Bedingungen gegeben sind, daran kann ich nichts ändern. Die Bedingung ist die Krankheit einer mir nahestehenden Person, für die ich da sein will. Das braucht eine klare Entscheidung. In der zweiten Grundmotivation geht es um Gefühle. Wie kann ich unser Leben gestalten, dass ich mein Leben noch mag? Dazu ist es wichtig, alle Gefühle wahrzunehmen und keine abzuspalten, weil sie nicht sein dürfen. Es kann sein, dass pflegende Angehörige frustriert, wütend, gestresst und ungeduldig sind und manchmal vielleicht auch böse Gedanken haben. Das ist verständlich und normal. Sich diese Gefühle einzugestehen anstatt sie zu verleugnen ist psychohygienisch wichtig und schützt vor quälenden Schuldgefühlen. Psychotherapeutisch kann gut mit der Personalen Positionsfindung gearbeitet werden. Dadurch kann viel Klärung erfolgen, Zukunftsangst und Perspektivenlosigkeit können gemildert werden. Daneben stehen im Fokus: der Umgang mit Angst, die Selbstpflege und der innere Dialog.

DAS VERWIRRTE ICH: DAS MITTLERE STADIUM. SEIN-DÜRFEN.

Das mittlere Stadium ist gekennzeichnet vom Übergang der Vergesslichkeit in die Verwirrtheit und Orientierungslosigkeit. Der Kranke braucht jetzt auch im Tun Unterstützung. Rollenbilder können nicht mehr eingehalten werden. Das Denken und die Urteilskraft sind gestört, Handlungsabläufe können nicht mehr entworfen und der Wahrnehmung nicht mehr vertraut werden. Die Abhängigkeit nimmt zu. Durch den Verlust von Fähigkeiten und Fertigkeiten wird der Eindruck erweckt, als ob der Mensch ein ganz anderer geworden wäre. Dazu kommen Verhaltensänderungen die den Angehörigen zu schaffen machen können. Der Mensch, den sie ein Leben lang gekannt haben, wird ihnen fremd. Demenz ist eine Krankheit, die die Existenz des Menschen zutiefst erschüttert. Der Erwachsene kann in seinem Erleben zum Kind werden. Es können Persönlichkeitszüge verstärkt hervortreten, andere verschwinden. Es können auch Emotionen, die nie gelebt werden konnten, auf erschreckende und abstoßende Weise durchbrechen. Wenn diese Gefühle sein dürfen und wertgeschätzt werden, können sie integriert werden und zur Ruhe kommen. Zusätzlich dazu kommt die dreigliedrige Zeitstruktur der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft durcheinander. Die Zukunft verschwindet, die Vergangenheit wird nicht als vergangen erinnert, sondern als Gegenwart erlebt. Demenzkranke leben in einer anderen Welt. Die betreuenden Personen werden dort eingeordnet und erhalten ihre neue Rolle. Immer mehr Identitätsanteile verschwinden, Lebensgeschichte und Rollen zerfallen. Als Folge kommt das Gefühl auf: Ich werde nicht mehr gebraucht. Ich bin nichts mehr wert. Die Kontrolle über sich selbst geht immer mehr verloren: Die Trennung von Innen und Außen, von Traum und Wirklichkeit, von Ich und Du.

Immer mehr ist der Kranke dem Körper und den Gefühlen ausgeliefert. Die Erkrankten fühlen sich im eigenen Haus nicht mehr sicher, erkennen Verwandte nicht mehr und entwickeln unrealistische Überzeugungen wie: „Ich muss nach Hause gehen." Kommunikation ist mitunter sehr schwierig, jetzt ist es wichtig, langsam und deutlich zu sprechen, körperlich in Kontakt zu bleiben, sich in den anderen einzufühlen, ihn wertzuschätzen, auf den Tonfall zu achten und keine „Warum-Fragen" zu stellen. Unterstützend wirkt es auch, den Erkrankten zu ermutigen etwas zu tun, ohne ihn zu drängen und den Tag zu strukturieren. Herausforderungen für pflegende Angehörige sind auch die Änderung des Tag-Nacht-Rhythmus, anstrengendes Klammern des Erkrankten, sexuelle Aktivität und aggressives Verhalten. Das Ausleben von Emotionen, besonders von Aggression erfolgt beim demenzkranken Menschen oft ungehemmt und unkontrolliert. Das erinnert an den Ausdruck der Primären Emotion.

Existenzanalytische Überlegungen zu dieser dritten Phase

Es geht viel von der Persönlichkeit verloren, aber nicht die Person und niemals die Würde der Person. Von entscheidender Bedeutung für die Lebensqualität des erkrankten Menschen ist der Selbstwert. Deshalb ist es in der Pflege etwas vom wichtigsten, durch einen achtsamen Umgang den Selbstwert zu stärken. Damit die pflegende Person das leisten kann, ist es wichtig, dass ihr Selbstwert stark ist. Dazu braucht es Anerkennung und Wertschätzung, die sie oft nicht bekommt. Es geht also hauptsächlich um die dritte Grundmotivation. Sehr belastend sind für die Angehörigen Scham- und Schuldgefühle; es nicht gut genug zu machen, nicht gut genug zu sein. In einer psychotherapeutischen Behandlung der Angehörigen – die leider sehr selten aufgesucht wird, meist wird mit Psychopharmaka behandelt – ist ein Hinführen zum eigenen Leben, zum Leben des Eigenen ganz wichtig. Viele Angehörige wollen nur für den anderen da sein. Das ist auf lange Sicht nicht lebbar und führt zu Depression, Burnout und zur rascheren Einweisung des Angehörigen in ein Pflegeheim. Diese, dann oft von anderen getroffene, Entscheidung muss wiederum entschuldigt und verteidigt werden.

DAS VERSINKENDE ICH: DAS SPÄTE STADIUM. WAS SOLL NOCH SEIN?

Im späten Stadium der Alzheimer Krankheit geht es vielfach um den Umgang mit der wachsenden Pflegebedürftigkeit, die die Pflegenden an die Grenzen ihrer körperlichen Belastbarkeit bringt. Gestörte Nachtruhe, umbetten, Essen eingeben bis hin zum Auslösen von Schluckreflexen, Windeln wechseln und Körperpflege bestimmen den Alltag. Im späten Stadium der Demenz werden die Menschen immer hilfloser und abhängiger. Der Zugang zu „ihrer Welt" wird noch schwieriger, da die Sprache immer mehr zerfällt, bis nur einzelne Worte oder Phrasen übrig bleiben, die ständig wiederholt werden. Es können auch bestimmte, sich wiederholende Bewegungen auftauchen, mit denen Gefühle verbunden sind. Es sind Versuche, mit sich und der Situation zurechtzukommen, die Not auszuhalten, oder einfach zu spielen wie die Kinder. Demente Personen ziehen sich in ihre Welt zurück, ihr Antrieb schwindet. Körperliche Zuwendung wird noch wichtiger. Dieses Stadium ist für eine Pflegeperson auf keinen Fall alleine zu bewältigen. Gebraucht werden alle Familienmitglieder, ebenso wie professionelle Helfer. Sehr große Entscheidungen müssen getroffen werden, wie Krankenhaus- oder Heimeinweisung oder den Einsatz von lebensverlängernden Maßnahmen.

Sinn trotz Leid. Ist Sinn in der Betreuung demenzkranker Menschen erfahrbar? Welche Werte verwirkliche ich in der Pflege? 1. Schöpferische Werte: Ich gestalte eine schwierige Lebenssituation. Es braucht viel Kreativität mit den verschiedenen Alltagsproblemen umzugehen. Ich nütze jemandem. Ich bereite Freude. 2. Erlebniswerte: Ich erlebe Befriedigung, wenn etwas gut gelungen ist. Ich erlebe Freude aus der Gefühlszuwendung meiner Angehörigen. Ich erlebe Sinn, indem ich mich einer Aufgabe hingebe. 3. Einstellungswerte: Ich kann an der Krankheit selbst nichts ändern, aber ich versuche möglichst gut damit umzugehen. Ich kann das Leid durchtragen und erfahre dadurch Sinn (vgl. Frankl 1995).

Existenzanalytische Überlegungen zu dieser vierten Phase

Die vierte Grundmotivation, aufbauend auf die erste, zweite und dritte kann in diesem Stadium zu einer Wandlung, zu einer Versöhnung führen. Zuerst kommt in dieser Phase wieder vermehrt die Frage nach dem „Warum" herein. In der Zeit der Pflege haben die Angehörigen ihre Lieben betreut, sind auch an ihre eigenen Grenzen gestoßen, aber im Allgemeinen ruhiger geworden. Die Angehörigen wissen, dass sie selbst noch ein Leben zu leben haben, das anders sein wird, als in den letzten Jahren, und dass diese vergangenen Jahre ihr Leben zwar mühsam und traurig, aber auch reicher gemacht haben. Sie haben viel verloren, aber auch etwas gewonnen.

Zum Abschluss noch ein Blick auf die Freiheits- und Verantwortungsfrage: Muss ich es tun? Oder will ich es tun? In der Existenzanalyse geht jedem Wollen ein Berührt-Sein durch einen Wert voran, ein Angesprochen-Sein – daraus erwachsen das „Ja" und der Wille, es auch durchzuhalten. Das „Wofür?" „Für wen?" – macht die zweifellos große Belastung, den Verzicht auf vieles andere, das ich möchte, stimmig und sinnvoll. Sinnvolles tun hilft, die Angst und die Überlastung zu bewältigen.

DIE WEISHEIT DES ALTERS

Validation ist ein Weg zum Verständnis verwirrter Menschen. Validation heißt, mit Empathie und Anerkennung in der Zeit und an dem Ort anzuknüpfen, wo sich der alte Mensch gefühlsmäßig befindet, um herauszufinden, welches Verlusterlebnis ihm gerade zu schaffen macht und durch eine gegenwärtige Situation verschärft wird. Validation lässt die innere Erlebniswelt des verwirrten alten Menschen gelten.

Naomi Feil (2002) greift in ihrer Entwicklungstheorie des alten Menschen auf die Entwicklungsstadien und Aufgaben von Erik Erikson zurück. In verschiedenen Lebensphasen gibt es verschiedene Themen zu bewältigen. Wenn in früheren Stadien Aufgaben misslungen sind, können sie später nachgeholt werden. Auffällige Verhaltensmuster im Alter gehen demnach auf bestimmte Entwicklungsstadien zurück. Im Alter lässt durch die verschiedenen Verluste die Kontrolle nach, Fehler können nicht mehr vermieden werden. Dann wird das Eigentum und auch sonst alles was greifbar ist gehortet, um noch etwas Sicherheit zu haben und schwere Zeiten überstehen zu können.

Schwer zu ertragen für pflegende Kinder sind Eltern, die „brav" sein wollen, alles tun was man ihnen sagt, um Erlaubnis fragen und von ständigen Selbstzweifeln geplagt sind. Sie haben im frühkindlichen Alter, wo es um Autonomie und die Bildung des Willens geht, Defizite. Wer es als Teenager nicht schafft, sich abzunabeln und auch einmal zu rebellieren, wird sich auch im Alter abhängig machen. Das sind jene Alten, die immer jammern, mit gesundheitlichen Beschwerden die Kinder an sich binden und klammern. Die Aufgabe im Erwachsenenalter ist es, eine intime Beziehung einzugehen. Wenn die Identitätsentwicklung bis dahin geglückt ist, dann können wir auch eine Zurückweisung verkraften. Wir können riskieren, verletzt zu werden. Wenn in uns aber die Angst des Säuglings sitzt, verlassen zu werden, die Angst vor dem Versagen in der Kindheit und die Angst vor Zurückweisung in der Adoleszenz, haben wir gelernt, uns von den anderen fernzuhalten. Das ist eine Last, die wir ins Alter mitschleppen müssen. Wir sind einsam, ziehen uns immer mehr zurück und vermissen Intimität, Nähe, Wärme, Zärtlichkeit. In der Lebensmitte müssen wir mit den Schlägen des Lebens fertig werden. Wir erleiden Verluste – wir altern. Wenn wir nicht loslassen, nicht trauern können, leugnen wir das Ausmaß unserer Verluste. Wir halten fest und können uns nicht auf das Lernen neuer Verhaltensweisen einlassen. Dieser alte Mensch ist eingesperrt in frühere Tätigkeiten, seinen Beruf, seine Rollen, und versucht in uns sinnlos erscheinende Tätigkeiten zu flüchten. Die letzte Phase bei Erikson ist das Erreichen der Integrität und der Weisheit des Alters versus Verzweiflung und Lebensekel. Es ist Zeit zurückzuschauen und zu resümieren (bei Frankl 1995 „die volle Scheune"). Was war ich? Was habe ich getan? Was habe ich nicht erreicht? Kann ich trotz meiner unerfüllten Träume, trotz meiner Fehler, meiner Verluste mein Leben bejahen. Kann ich akzeptieren, was ich war und was ich nicht war, und was ist mir noch wichtig zu tun? Wenn ich nicht zu dieser Integrität, nicht zur Bejahung meines Lebens, die den Verfall und die Verluste aufwiegen, komme, entstehen Verzweiflung, Lebensüberdruss, Depression. Darunter liegen Wut, Aufbegehren, Scham, Schuld, Liebe – Gefühle die ein Leben lang unterdrückt wurden und sich jetzt, da die Kontrolle nachlässt, Bahn schaffen.

In Naomi Feils Validation (2002) dürfen, ja müssen diese Gefühle Raum und Wertschätzung bekommen. Dadurch erfahren die Menschen eine späte Rechtfertigung, Konflikte können noch gelöst werden, Stress reduziert und das Selbstwertgefühl hergestellt werden. Als Folge können die Kommunikation verbessert und der Rückzug verhindert werden. Das wiederum kann zu einer körperlichen Besserung führen. Naomi Feil führt ein letztes Stadium ein, das hohe Alter, dessen Aufgabe es ist, die Vergangenheit aufzuarbeiten. Vegetieren wäre das Misslingen dieser Aufgabe. Feil bezeichnet die Desorientierung als „Weisheit des Alters". Mit den Erfahrungen eines erwachsenen Menschen kehren die alten Menschen in die Vergangenheit zurück, um „aufzuräumen" aber auch um ihre Grundbedürfnisse nach Liebe und Identität zu befriedigen, die sie sonst nicht mehr erfahren können. Wenn wir am unwiederbringlichen Lebensschatz unserer alten, oft desorientierten Menschen teilnehmen wollen, müssen wir ihnen diese Bedürfnisse nach Nähe und Wert-Sein erfüllen und sie auch auf ihren schmerzlichen Wegen des Loslassens und Wiedergutmachen-Wollens begleiten.

SCHLUSSFOLGERUNG

Die Teilnehmer der Angehörigenschulung geben durchwegs positive Bewertungen. Ein Resümee ist, dass durch eine derartige Gruppe ein wesentlicher Beitrag zur Stabilisierung der häuslichen Versorgung geleistet werden kann. Und zwar durch konkrete Hilfestellungen für die Patienten im Alltag, aber auch durch eine Anleitung zur besseren Bewältigung der Krankheitssymptome.

Literatur

Deutsche Alzheimer Gesellschaft, DAIzG (2002): AENEAS Studie. Berlin: DAIzG

Feil N (2002) Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. München: Reinhardt Verlag

Frankl V. E (1995) Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag

Fonds Gesundes Österreich, FGÖ (2009) Erster Österreichischer Demenzbericht. www.wgkk.at/mediaDB/539709_Demenzbericht.pdf

Jahreskonferenz des Österreichischen Komitees für Soziale Arbeit, ÖKSA (2004): Demenz- Pflegende Angehörige. Salzburg: ÖKSA

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

Schützendorf E/ Wallrafen-Dreisow H (2002) In Ruhe verrückt werden dürfen. Für ein anderes Denken in der Altenpflege. Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag

Anschrift der Verfasserin:

Mag. Christine Schnaiter

Schneiderweg 13

6113 Kolsass

christine.schnaiter@aon.at

„GIVE ME TEN MILLION DOLLARS AND I FIND YOU A CURE“

Rudolf P. Wagner im Gespräch mit Gerald Fischer

In diesem Gespräch über seltene Krankheiten, pulmonale Hypertonie, den Schock der Diagnose, die Mobilisierung der Kräfte und den sichtbaren Erfolg - für die eigene Tochter und in der europäischen Gesundheitspolitik gibt ein unmittelbar Betroffener Einblick.

SCHLÜSSSELWÖRTER: Annehmen, (seltene) Chron. Krankheit, Interessensvertretung, Lobbying, Selbsthilfe

In this discussion about rare diseases, pulmonary hypertension, the shock of diagnosis, mobilization of resources and visible success – for the own daughter and in European health care policy – a person directly concerned provides an insight.

KEYWORDS: accepting, rare chronic disease, interest representation, lobbying, self help

Wagner: Lieber Gerald Fischer, lieber Gerry, wir kennen einander ja schon länger aus dem privaten Kontext. Von daher weiß ich, dass Du Dich seit Jahren in Österreich, aber auch auf europäischer Ebene für den Themenkreis seltene Krankheiten und insbesondere für Lungenhochdruck einsetzt.

Wie kamst Du dazu, Dich so intensiv für seltene Krankheiten einzusetzen?

Fischer: Durch die persönliche Betroffenheit als Vater. Bei meiner Tochter Maleen wurde mit drei Jahren Lungenhochdruck dia-gnostiziert. Lungenhochdruck ist eine seltene Lungenkrankheit, die nach wie vor unheilbar ist mit einer Lebenserwartungsprognose von ca. fünf bis zehn Jahren. In Österreich gab es damals dazu überhaupt keine Behandlungsmöglichkeit, weshalb ich mit meiner Tochter zur Behandlung in die USA musste. Die Ärztin in New York[1] hat mir damals gesagt, „give me ten million dollars and I find you a cure“. Ich hab damals dem Bill Gates geschrieben, aber er hat mir leider nicht zurückgeschrieben. Ich habe nicht aufgegeben und wir haben jetzt ein Ludwig Boltzmann Institut in Österreich mit zehn Millionen Dollar dotiert. Nur mittlerweile weiß ich, dass zehn Millionen Dollar nicht genügen, um Heilung zu finden.

Wagner: Wie konntest Du so viel Geld auftreiben?

Fischer: Nach der Diagnosestellung habe ich 1999 einen Forschungsverein gegründet, der Forschungsgelder für diese Krankheit auftreibt. Wir haben hier in Österreich Charity-Konzerte, Charity-Vernissagen, was man halt so kennt, alles auf sehr hohem Niveau betrieben. Durch intensive Aufklärungskampagnen interessierten sich die Industrie und die Politik immer mehr für unser Thema.

Wagner: Ja, vor Jahren war ich auch bei einer Deiner legendären Benefizveranstaltungen in der Orangerie in Schönbrunn eingeladen, wo es Dir gelang, dass Rainhard Fendrich und Wolfgang Ambros für den guten Zweck auftraten und „prominente“ Bilder versteigert wurden.

Fischer: Über diese Charity-Aktivitäten bin ich dann auch in Kontakt mit einer Patientengruppe gekommen und in weiterer Folge mit Ärzten, die sich mit dem Thema beschäftigten. Ich habe dann auch die österreichischen Ärzte nach Amerika mitgenommen zu Fortbildungen, und umgekehrt habe ich die amerikanischen Ärzte nach Österreich geholt für Symposien und habe dadurch einen sehr engen Kontakt zur Ärzteschaft und auch zur Patientengruppe gewonnen.

Wagner: Ein kleiner Einschub meinerseits an der Stelle zu Verständniszwecken: Die Organisation von Incentive-Events und Incentive-Reisen war ja lange Dein Hauptbrotberuf, Du hattest früher sogar ein eigenes Reisebüro, weshalb es Dir technisch gesehen wohl einigermaßen leicht gefallen ist, diese Reisen von und nach Übersee zu organisieren.

Fischer: Ja, aber dann verstarb der Gründer der Patientengruppe und sein Vater wollte nicht weitermachen. Und nachdem ich der mit dem anderen Verein war, hat er mir die Vereinsdokumente gebracht und gesagt, sperr zu oder mach weiter. Ich hab damals gesagt, ich kann mir das, neben meinen diversen beruflichen Aufgaben, nur dann vorstellen, wenn ich Unterstützung von der Pharmaseite bekomme mit einer Sekretärin. Und das war dann auch möglich, und so hatte ich auf einmal die Selbsthilfegruppe, die ich eigentlich nicht gegründet habe.

Wagner: Wie kam es dann vom Forschungsverein und der Selbsthilfegruppe zu den ausgedehnten und durchaus erfolgreichen Lobby-Aktivitäten?

Fischer: Beim Kardiologenkongress ESC[2] 2003 in Wien hatte unsere Patientengruppe einen Stand und wir hatten andere Patientengruppen, die auch sehr aktiv waren, aus Deutschland, Frankreich und aus Italien eingeladen, nach Wien zu kommen zu einem Gedankenaustausch. Und im Zuge dessen haben die internationalen Experten auf „unserem“ Lungenhochdruckgebiet, allen voran Professor Simonneau gesagt, wir bräuchten einen Dachverband, weil, es gibt so viele unterschiedliche Stärken in den Ländern. In manchen Ländern mit einer starken Patientengruppe kriegst du jedes Medikament bewilligt; und wir wissen heute aus unseren Umfragen, vor allem von jenen, die die Amerikaner gemacht haben, dass Patienten, die aktiv in einer Patientenvereinigung tätig sind, eine wesentlich

[1] Columbia University - Presbyterian Hospital, ein Forschungs- und Behandlungszentrum unter der damaligen Leitung von Prof. Dr. Robyn J. Barst †
[2] European Society of Cardiology

bessere Lebensqualität und eine wesentlich bessere Prognose haben als die, die sich zurückziehen und einigeln.

Wagner: Worauf führst Du das zurück?

Fischer: Das führe ich darauf zurück, dass eine Patientenvereinigung Hoffnung gibt, Positives hervorkehrt und dass man vor allem, und das ist, glaube ich, ein ganz wichtiges Thema, nicht alles auf seine Krankheit projiziert. Denn auch ich habe schlechte Tage und hab´ keinen Lungenhochdruck, hab´ aber auch Kopfschmerzen, Durchfall oder was auch immer. Aber wenn mir jetzt quasi die Schulter wehtut, dann denke ich nicht, dass das jetzt aufgrund meiner Infusionstherapie ist und ich möglicherweise eine Entzündung bekomme und dann in Panik verfalle. Und wenn man aktiv in einer Patientenvereinigung tätig ist, dann wird man da ein bisschen abgeklärter.

Und man hat auch das Gefühl, etwas sehr Sinnvolles zu tun, weil viele, die meisten, mit dieser Krankheit ja aus dem Berufsleben eben ausscheiden und dann einfach das Gefühl haben, sinnlos herum zu sitzen. Und wenn sie in einer Patientenvereinigung aktiv sind, dann haben sie das Gefühl, sie tun etwas Wichtiges. Tun sie auch! Und man sieht das auch bei den Befragungen zum Beispiel nach den sozialen Kontakten, dass jene in Patientenvereinigungen wesentlich mehr soziale Kontakte haben.

Wagner: Dieser angesprochene Dachverband: Was macht der und was hast Du damit zu tun?

Fischer: Der Europäische Dachverband für pulmonale Hypertension, PHA Europe, wurde 2003 gegründet und hat 29 Mitgliedsorganisationen aus 24 europäischen Staaten. Seit 2009 als Präsident des Dachverbandes sehe ich meine Hauptaufgabe darin, die bestehenden Patientenvereinigungen politisch über Lobbying-Arbeit im EU-Parlament zu vertreten, und zwar sei es über diverse Organisationen für seltene Krankheiten wie EURORDIS[3], dem European Patients Forum oder auch direkt bei den zuständigen Abgeordneten des Europäischen Parlaments.

Wir kümmern uns aber auch darum, dass unsere Patienten in den Gruppen stärker werden, besser aufgestellt sind, einheitliche Webseiten und politische Grundlagenpapiere in ihren Landessprachen haben, wir unterstützen sie bei Aufklärungskampagnen und wir organisieren den Weltlungenhochdrucktag am 5. Mai jedes Jahr, wo wir in diesem Jahr sogar den Papst dazu gewinnen konnten, uns den Segen zu erteilen.

Wir helfen auch bei Gründungen von Patientenvereinigungen in Ländern, in denen es noch keine gibt. Weiters zeigen wir auf, dass es in den verschiedenen Ländern unterschiedlich gute Zugänge zu Therapien gibt. In einigen Ländern gibt es einfach die nötige Therapie zur Lebensverlängerung nicht. Die Patienten sterben dann erheblich früher und haben bis dahin eine deutlich schlechtere Lebensqualität.

Besonders wichtig ist uns der psychosoziale Support. In einer wissenschaftlich durchgeführten Studie mit an die 1000 eingeschlossenen Patienten konnten wir dokumentieren, welche Probleme mit einer seltenen, tödlichen Krankheit einhergehen und wie wichtig der psychosoziale Support ist. Diese Studie wurde am Weltkonkress der European Respiratory Society als Poster präsentiert und die Ergebnisse fanden in den therapeutischen Guidelines für pulmonale Hypertonie dahin gehend Eingang, dass der psychosoziale Support bisher mit IIa[4] und bei den neuen im Juni 2014 erscheinenden Guidelines mit dem hohen Empfehlungsgrad Ib ausgezeichnet werden wird. Das gibt jetzt natürlich unseren Patienten wieder die Möglichkeit, psychologische, psychotherapeutische und auch soziale Unterstützung quasi einzufordern und nicht nur darum zu betteln.

Wagner: Lieber Gerry, gestatte mir einen Blick, auf die persönliche Situation, wenn Du einverstanden bist.

Ich stell mir vor, es ist ein ziemlicher Schock zu erfahren, dass die eigene Tochter eine bis heute unheilbare Krankheit hat. Wie war das damals?

Fischer: Das war ziemlich dramatisch. Wir sind ja drei Jahre lang (und das ist auch die Statistik bei dieser Krankheit, drei Jahre und drei Ärzte zumindest bis zur Diagnose) sind wir herumgeirrt und meine Frau ist als Hypochonder dargestellt worden und als hysterisch. Aber eine Mutter weiß immer, wenn es dem Kind nicht gut geht. Meine Tochter hatte eine Lungenentzündung nach der Geburt und man hat das immer darauf geschoben, dass das halt dauert und dass das seine Zeit braucht und wir ungeduldig sind. Dann sind wir von einem Arzt zum anderen und sind dann von Wien wieder zu einem Spezialisten nach Graz. Ich weiß noch, mein Sohn war mit, er war damals 11 Jahre alt, und der Arzt hat sie geschallt und hat gesagt, oh, das ist eine pulmonale Hypertension. Und ich war eigentlich zuerst erlöst, dass ich weiß, was es jetzt ist. Und wie ich dann gesagt hab, okay, super, jetzt wissen wir, was das ist und was machen wir jetzt. Sagt er, „nichts“, ihre Tochter wird das zweite Lebensjahrzehnt nicht erleben. Und ich sag, wie bitte, ich soll ihr sieben Jahre beim Sterben zusehen? Sagt er ja, wenn sie es so ausdrücken wollen. Und das vor meinem Sohn. Wenn ich das beschreiben soll, wird der Boden weich, die Knie weich. Man versinkt in irgendeinem Loch, irgendwie hat man das Gefühl, man hört die Stimmen von ganz weit weg. Und es ist ein echter Schock. Normalerweise liest man so etwas in der Zeitung, blättert weiter zum Sport und dann hat man es wieder vergessen. Und auf einmal steckt man da mitten drinnen.

Dann kam für mich dieses: Warum ich, was hab ich getan, war ich böse, warum hab ich jetzt diese Prüfung? Nein, ich will das nicht, mach das weg irgendwie. Dann kam die Wut auf. Was soll das, ich will das nicht. Dann kam das, was ich Klageweibersyndrom nenne: Ich bin so arm und niemand hat mich lieb, ich bin jetzt der Looser und der Böse und der Arme, der ärmste Mensch auf dieser Welt. Alles muss sich jetzt um mich drehen und um meine Tochter. Kein Arzt darf auf Mittagspause gehen.

Und dann kam relativ bald dieser Kämpferinstinkt. Das ist nicht so; nur weil der das sagt, ist es nicht so. Zum heutigen Tag ist meine Tochter 18 Jahre alt. Also sie hat das zweite Lebensjahrzehnt erlebt. Das ist natürlich ein sehr steiniger und schwieriger Weg, aber sie ist ein ganz tolles, ganz liebes Mädel. Hat

[3] EURORDIS: Rare Diseases Europe – Die Stimme der Menschen mit seltenen Erkrankungen in Europa, www.eurordis.org/de
[4] http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/30/20/2493.full.pdf

halt diese intravenöse Therapie, die sehr gefährlich ist.

Aber, wir leben natürlich in ständiger Angst. Im Februar dieses Jahres haben wir sie dreimal wiederbelebt. Diese Therapie mit dem Schlauch in der Brust und dieses alle 30 Sekunden eine Infusion geben, ist mindestens so gefährlich, wenn nicht gefährlicher als die Krankheit selbst. Durch Sepsisinfektionen, die da hervorgerufen werden. Meine Tochter hat panische Angst vor diesem Schlauch in ihrer Brust, dass da irgendwas nicht in Ordnung ist. Sie hat jetzt gerade Schulterschmerzen und sagt, das kommt vielleicht von dort. Wir haben, immer, wenn es uns sehr gut geht und alles happy ist, große Angst, dass wieder was kommt. Das ist ein bisschen so wie der tibetanische Mönch, der sagt, wenn‘s beim Wandern angenehm bergab geht, dann bin ich eigentlich unglücklich, weil ich weiß, dass bald wieder eine schwierige Steigung kommt. Und wenn die Steigung schon lange anhält, werde ich immer glücklicher, weil ich weiß, dass es bald angenehm bergab geht.

Wagner: Aus Deiner jetzt 18-jährigen Erfahrung im Umgang mit der Erkrankung als Angehöriger, was ist Dein Eindruck, abgesehen jetzt von der medizinischen Behandlung, was hilft Deiner Tochter, das durchzustehen? Was ist für sie da gut?

Fischer: Zwei ganz konträre Sachen. Das eine ist die Ablenkung durch Aktivität, Spaß, positive Gespräche, gute Unterhaltung, Gesellschaftsspiele, netter Freundeskreis, also komplette Ablenkung. Shopping macht glücklich, Schokolade essen auch. Auf der anderen Seite schreibt sie ein Buch über ihre Ängste, über ihre Krankheit. Und das ist wieder komplette Konfrontation. Das genaue Gegenteil, also eigentlich sind es Extreme, die ihr helfen. Nicht der graue Alltag, der hilft ihr am wenigsten.

Ein anderer Punkt ist meine Überzeugung, dass es nichts Negatives gibt, wo nicht auch eine positive Seite dranhängt. Also dieses Licht und Schatten; es ist natürlich schwer, wenn du in der Finsternis stehst, zu wissen, dass da irgendwo ein Licht ist, wenn du das nicht siehst. Aber wenn du weißt, dass es da ist, dann hörst du nicht auf, es zu suchen. Und das kann auch ganz banal sein, ein Beispiel: Meine Tochter interessiert sich wahnsinnig für Mode; und dann vom Karl Lagerfeld zur Modeschau nach Paris eingeladen zu werden und in der ersten Reihe neben der US-Schauspielerin Jessica Alba, die sie auch noch sehr, sehr toll findet, zu sitzen, das ist dann z.B. so ein positiver Aspekt der Krankheit. Meiner Tochter sage ich das dann auch: Ohne deine Krankheit würdest du da jetzt nicht sitzen. Da gibt es Millionen, die da gern sitzen würden, du musst auch sehen, was du für Privilegien hast. Deine Mutter 24 Stunden zur Verfügung, alles wird dir abgenommen, jeglicher Wunsch, wenn‘s irgendwie geht, wird erfüllt.

Wagner: Ein Perspektivenwechsel also?

Fischer: Ja, ich appelliere auch an Maleen zu schauen, welche Vorteile sie hat. Sie kann auf der einen Seite sagen, ich darf das nicht und das nicht machen, ja nicht einmal arbeiten darf ich gehen. Ich sage dann: Stimmt nicht. Du musst nicht mehr arbeiten gehen, du kannst das und das machen, was sehr viel Spaß macht. Früher sagte meine Tochter: „Warum ich?“ heute sagt sie: „Warum nicht gerade ich?“

Voraussetzung dafür ist, dass der Patient keine Sorgen finanzieller Natur hat, dass er seine Medikation bekommt, von der Rezeptgebühr befreit ist und dass er Hilfe beim Einkaufen etc. über seine Pflegestufe bekommt.

Da leben wir in Österreich schon in einem ganz tollen Land. Im Dachverband bin ich für 24 Länder zuständig und nicht nur im Vergleich zu den ehemaligen Oststaaten, geht es uns hier sehr viel besser. Nur in Holland geht es Selbsthilfegruppen noch etwas besser. Wir sollten Politiker dazu bewegen, deren System der Unterstützung umzusetzen.

Wagner: Inwiefern?

Fischer: Weil die Patienten viel mehr Unterstützung bekommen.

Wagner: Finanziell oder Dienstleistungsunterstützung?

Fischer: Auch finanziell. Und vor allem die Patientenvereinigungen bekommen Geld für ihre Arbeit. Da hätten wir gern das deutsche oder das niederländische Konzept. Das wäre toll, wenn wir nicht permanent bei Pharmafirmen betteln müssen, dass wir überhaupt arbeiten können.

Wagner: Was sind die Zielsetzungen eurer Arbeit in der Patientenvereinigung[5]?

Fischer: Wir haben vier Hauptziele oder vier Eckpunkte unserer Arbeit, die wir auch im Logo in der Kopfzeile mit Schlagworten benennen: Das wichtigste ist zunächst die Aufklärung und Anerkennung.

Die Schwere der Erkrankung ist bei Lungenhochdruck nicht zu sehen. Das klingt wie Bluthochdruck, da nimmt man drei Pulverl und das geht schon wieder, das ist die vorherrschende Meinung. Also in der Bevölkerung darüber aufzuklären, dass das eine schwere, zum Tode führende Erkrankung ist, und damit Verständnis für die Situation der Betroffenen bei den Gesunden zu schaffen, ist das eine. Das andere ist aber auch die Aufklärung von möglichen Patienten: Achtung, wenn du im ersten Stock stehenbleiben musst, bevor du in den zweiten Stock gehst, weil du keine Luft bekommst, dann geh zum Arzt. Und drittens braucht es dann beim praktischen Arzt, der die erste Anlaufstelle ist, auch das Bewußtsein, dass es nicht unbedingt nur mangelndes Training, Rauchen, Adipositas, etc. sein muss, sondern auch eine pulmonale Hypertonie die Ursache sein könnte. Und dann aber auch Aufklärung der Fachärzte, Pulmologen und Kardiologen, wo ein Kompetenzzentrum für diese seltene Erkrankung ist.

All diese Aufklärung verfolgt das Ziel, dass früh die richtige Diagnose gestellt wird, damit die bestmögliche Therapie eingeleitet werden kann.

Wagner: Wo sind denn in Österreich Kompetenzzentren für Lungenhochdruck?

Fischer: Das sind einmal die Universitätskliniken und dann haben wir welche, die sich früh dafür interessiert haben, wie

[5] Intitiative Lungenhochdruck, www.lungenhochdruck.at

zum Beispiel die Elisabethinen in Linz. Die komplette Liste findet sich auf unserer Homepage.

Aber durch unsere jetzt doch fast 15 Jahre lange Arbeit ist es schon so, dass die Ärzte Bescheid wissen. Und wenn mir dann ein praktischer Arzt sagt, du gehst mir schon auf die Nerven mit deinem Lungenhochdruck, du tust so, wie wenn das eine Volkskrankheit wär', dann sage ich: Wenn das alle sagen würden, hätt' ich gewonnen.

Wagner: Du hast die bestmögliche Therapie angesprochen?

Fischer: Ja, das ist in Österreich so gut wie geschafft. Aber zwei Stunden von hier, in Budapest, gibt es die Therapie nicht. Deshalb ist die Aktivität im Europäischen Dachverband so wichtig. So haben wir maßgeblich mitgewirkt beim Call-to-Action-Paper für Pulmonale Hypertension, das 2012 im Europäischen Parlament präsentiert wurde.[6] Daraus leiten sich Behandlungsleitlinien ab, auf die Patienten verweisen und sie einfordern können.

Das dritte Ziel unserer Arbeit ist dasjenige, das mich am meisten interessiert: die Lebensqualität. Das ist das Um und Auf. Und dafür ist es wichtig, dass die PatientInnen ausreichend psychosozialen Support erhalten. Wir haben einen 24 Stunden Telefonsupport, wo wir psychologische aber auch bürokratische Hilfe anbieten.

Wagner: Bürokratisch?

Fischer: Ja, das können Informationen sein, oder auch ganz praktische Hilfen. Zum Beispiel wenn ein Patient mit der Familie mit in den Urlaub fliegen will, so ist das normalerweise erstens kompliziert und zweitens teuer. Da stellt sich die Frage, bekomme ich am Urlaubsort die Medikamente für den Fall, dass ich sie verliere oder sie ausgehen. Und wo ist das nächste Kompetenzzentrum oder ein Spezialist, der sich mit Lungenhochdruck auskennt. Das sind wichtige Infos, die wir bereitstellen. Dann für's Fliegen selbst müsste man bei der Airline den Sauerstoff vorher anmelden. Auch das ist umständlich und teuer. Es gibt aber auch einen Sauerstoffkompressor von der Größe eines Kofferradios, den man im Handgepäck ohne vorherige Anmeldung und Genehmigung mit ins Flugzeug nehmen kann. Der kostet 4500 Euro. Das kann sich niemand leisten. Deswegen haben wir uns von einer Firma drei solche Kompressoren sponsern lassen, die sich Patienten bei uns ausborgen können.

Wagner: Und das vierte Ziel?

Fischer: Heilung! Leider gibt es noch keine. Die zehn Millionen Dollar reichen da nicht aus. Aber wir werden nicht aufgeben. Und dazu muss ich sagen: vor 15 Jahren, bevor wir hier angefangen haben aktiv zu werden, hat es keine Behandlungsmöglichkeit für meine Tochter gegeben. Heute zählt Österreich zu den Top 5 Nationen weltweit, was Lungenhochdruckexpertise und -forschung anbelangt. Da sage ich ein ganz großes Danke.

Wagner: An wen?

Fischer: An dieses unser Land, dass das möglich ist. An die Bereitschaft des Gesundheitssystems in Österreich, ob das die Gesundheitsstadträtin Sonja Wehsely, Minister Stöger oder ob das der Hauptverband der Sozialversicherungsträger ist, die müssen ja alle mithelfen, damit man solche Errungenschaften erreicht.

Wagner: Ich danke Dir, für den eindrucksvollen Einblick von der makroskopischen Ebene der europäischen Lobbying-Arbeit bis hin zum mikroskopischen Detail persönlicher Betroffenheit. Herzlichen Dank für das Gespräch.

Links

Initiative Lungenhochdruck: http://www.lungenhochdruck.at
http://ruhigatmen.at/lungenhochdruck/leben-mit-lungenhochdruck/
PHA Europe (European pulmonary hypertension association)
http://www.phaeurope.org
EURORDIS (Rare Diseases Europe): http://www.eurordis.org/de
EPF (European Patients Forum): http://www.eu-patient.eu/

Anchrift der Verfasser:
Komm. Rat Gerald Fischer
Präsident PHA Europe
European pulmonary hypertension association
Wilhelmstrasse 19
1120 Wien
info@phaeurope.org
www.phaeurope.org

Dr. Rudolf P. Wagner
stellv. Vorsitzender der GLE-Österreich
Heumühlgasse 11
1040 Wien
rudolf.wagner@existenzanalyse.at
www.gle.at

[6] www.phaeurope.org/projects-activities/pha-europe-call-to-action/t

BILDER EINES WEGES[1]

Psychotherapie einer Frau mit geistiger Behinderung
Eine existenzanalytisch-kunsttherapeutische Arbeit

Elisabeth Koch

In diesem Artikel wird die Therapie einer 50jährigen, geistig behinderten Frau beschrieben, in der sich Kunsttherapie und Existenzanalyse optimal verbinden. Als nonverbale Ausdrucksform ergänzt die Kunsttherapie die Existenzanalyse besonders im Erleben von Bewegung und Bewegt-sein, der leiblichen Wahrnehmung, dem Bergen der Emotion und dem Werterleben. Sie eröffnet den Raum für das Können, der zugleich auch Raum für Begegnung ist, mit sich selbst und mit anderen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Existenzanalyse, Fallbeschreibung, Geistige Behinderung, Kunsttherapie

IMAGES OF A PATH
Psychotherapy of a mentally handicapped woman
Working with an existential analytical art therapy

This article describes the treatment of a 50-year-old, mentally disabled woman, with an optimal combination of art therapy and Existential Analysis. As a non-verbal form of expression, art therapy complements Existential Analysis especially in the experience of movement and being moved, bodily perception, retrieving emotion and experiencing values. It opens up space for skills, which is also space for an encounter with yourself and others.

KEY WORDS: Existential Analysis, case description, mental handicap, art therapy

EINLEITUNG

Einstimmung

Wenn Worte fehlen und nur eine vage Ahnung spürbar ist von einem tieferen Wissen, eröffnet sich die Welt der Sinneswahrnehmungen. Manchmal sind es Töne oder Rhythmen in der Musik, Bewegungen im Tanz oder Lautbilder in der Dichtkunst, die den Menschen in Bewegung, in Beziehung zu sich und der Welt, bringen. Gestaltungen und Bilder, die in kunsttherapeutischen Sitzungen entstehen, sind immer Ausdruck des Menschen selbst. Das, was uns im Innersten bewegt, ob zart oder kraftvoll, findet in Gestaltungen und Form seinen Ausdruck.

ANAMNESE

Fr. R. wurde 1955 als Einzelkind geboren. Sie lebte, gemeinsam mit ihren Eltern, in einem Wohnhaus auf dem Land. Ihr Vater verstarb im Jahr 1990, ihre Mutter 2006 mit 76 Jahren. Fr. R. pflegte ihre Mutter und besorgte den Haushalt bis zu deren Tod. Danach wurde sie in einem Behindertendorf aufgenommen.

Die Betreuer beschreiben Fr. R. als fröhlichen und kommunikativen Menschen. Sie erzähle gerne und viel, sodass ihre Mitbewohner kaum zu Worte kämen. Fr. R. könne aber ihre eigenen Bedürfnisse und Wünsche nicht äußern. Wenn sie Hilfe benötige, würde sie schweigen. Für alle Tätigkeiten, auch wenn sie diese schon oft und gut gemacht hatte, benötige sie Unterstützung. Ein Leidensdruck, der sich durch explosionsartige Wutausbrüche, mehrmals wöchentlich, äußere, sei schon seit längerem spürbar.

Art und Weise des ersten Kontakts

Fr. R. ist flott zu Fuß. Ihr schneller Gang wirkt etwas unsicher und wackelig, als würden ihre Füße den Boden nur zufällig berühren. Nach links und rechts schauend, sucht sie die Begegnung, winkt und lacht freundlich, ihren Rucksack locker über ihre Schulter gepackt.

Außer Atem mit einem, höre ich sie von weitem kommen. Sie klopft leise an. Ich gehe ihr entgegen, öffne die Tür und begrüße sie.

Die Art und Weise ihres Ausdrucks ist sehr speziell. Ich habe das Bild eines Vogels vor mir, der in der Mitte eines Baumes sitzt, mit seinen Flügeln schlägt, unermüdlich Laute von sich gibt, sich manchmal sehr leise verhält und hinter den Blättern versteckt. Unerwartet schlägt plötzlich seine Stimmung um und er stößt laute schrille Töne aus, sodass es in den Ohren schmerzt. Dann ist er schon von fern zu hören.

Fr. R. spricht in Wörtern, kurzen Sätzen oder Satzbrocken, die sie aneinanderreiht und mit Geräuschen und Wortphrasen untermalt: „Brrr. Brrt. Tara. Tarap. Ohje. Ach. Hoppala.“ Über Körpersprache, Mimik und Gestik versucht sie sich auszudrücken. Wie ein Vogel verdreht und neigt sie ihren Kopf nach rechts und links, ihre beiden Hände rotieren umeinander, als würden diese miteinander tanzen. Je bedrohter sie sich fühlt, je verletzter, desto mehr schwillt ihre Stimme an, der Körper wirkt verspannt und steif, ihre Bewegungen kantig. Wenn sie leise wird, ihre Worte kaum noch hörbar sind und ihr Körper verstummt, spüre ich Unsicherheit und Ängstlichkeit. In diesem Moment nimmt sie zu mir Blickkontakt auf. Die übrige Zeit sieht sie aus dem Fenster, ist weit weg.

Zu Beginn der Therapie war ich überwältigt von der Vielfalt ihrer Ausdrucksmöglichkeiten. Ich betrachtete Fr. R. wie ein Bild, wie eine Skulptur, welche sich vor meinen Augen gestaltet. Die phänomenologische Haltung der Of-

[1] Dieser Artikel ist die gekürzte Version einer Abschlussarbeit zur Psychotherapie-Ausbildung in Existenzanalyse.

fenheit und Voraussetzungslosigkeit verhalf mir zu Ruhe und Gelassenheit.

Erstes Bild: Fr. R. malt das Haus ihrer Geschichte

Im ersten Bild und in der Art des Gestaltungsprozesses, taucht das Grundthema auf (vgl. Abb.1).

Abb. 1: Haus

Mit zittrigen Händen malt Fr. R. ihre ersten Striche auf weißem Papier.

„Was? Was kann? Was passt? Welche Farbe? Wo? Weiß nicht!“ sind Fragen, die sie beschäftigen. Fr. R. wagt es nicht, für sich eine Farbe zu wählen, ihre Finger irren unentschlossen über die Palette der Ölkreiden. Kaum, dass sie die Umrisse des Hauses gemalt hat, schwindet ihre Aufmerksamkeit, sie blickt aus dem Fenster und verliert sich in einem Redeschwall.

Indem ich sie mit ihrem Namen anspreche und ihr mitteile, was ich verstanden bzw. wahrgenommen habe, lenke ich ihren Blick wieder auf ihr Bild mit den Worten:

„…und wenn Sie nun wieder auf ihr Bild schauen, möchten Sie da wieder weitermachen?“

So entsteht eine Bewegung weg und dann wieder hin zu sich, wobei sie jeweils nur wenige Sekunden imstande ist, bei ihrem Bild zu verweilen. Fr. R. ist für mich nicht spürbar, wenn sie aus dem Fenster sieht. Die äußere Welt zieht sie an wie ein Magnet, ihr Eigenes erscheint bedeutungslos. In dem Augenblick, wenn sie auf ihr Bild schaut, vernehme ich Unsicherheit und Ängstlichkeit in ihrer Stimme: *„Was jetzt? Kann ich? Darf ich?“* Jedoch im nächsten Schritt des zaghaften Tuns, wandelt sich dieses Gefühl in eine Erregung, die auf mich sehr lebendig wirkt. In den kurzen Momenten des Gestaltens ist sie da, im Hier und Jetzt, an diesem Ort, in Begegnung.

Am Ende äußert Fr. R. den Wunsch, ihren Namen auf das Bild zu schreiben. Nach so viel Arbeit und Anstrengung ist es ein berührender Augenblick, sie dabei zu beobachten, wie entschieden sie nun ihren Namen auf ihr Bild schreibt.

Nachdem Fr. R. gegangen ist, lasse ich, in aller Stille, nochmals ihr Bild auf mich wirken. In der Betrachtung ist achtsamer Umgang vonnöten, da jedes Symbol immer angeschlossen ist an den Lebensgrund. Es wird durch den Gestaltungsprozess einerseits und den Dialog mit dem Menschen andererseits bestimmt.

Mein erster Blick fällt auf das Haus. Das Haus ist Archetyp des Verwurzelt-Seins in der Welt und drückt die Art und Weise aus, wie wir Beziehung zur Welt aufnehmen. Es ist auch Archetyp des Menschen selbst, der seinen Platz im Kosmos gefunden hat. Im Sprachgebrauch steht das Wort „Haus“ oft für Mensch (ein fideles Haus, gelehrtes Haus). Wir können aber auch „aus dem Häuschen“ sein.

Existenzielle Diagnose

In der Betrachtung der Grundmotivationen (vgl. Längle 2005), sehe ich die 1. 2. und 3. GM, als besonders betroffen. Die psychische Struktur von Fr. R. zeigt eine hysterische Prägung der 3. Grundmotivation, im Verlust der eigenen Mitte, verbunden mit einer Veräußerlichung der Aufmerksamkeit. Eine Traumatisierung äußert sich in Angstattacken, Unsicherheit und Erschrecken, begleitet von heftigen abwehrenden Bewegungen, die durch plötzliche Geräusche, wie Bauarbeiten, Gewitter oder Stimmen ausgelöst werden.

BEGEGNUNG MIT FRAU R.

Der Therapieraum ist zugleich auch Lebensraum und Ort, wo Lebensgestaltung stattfindet.

Die Therapiestunde beginnt mit dem „Ankommen“ der Klientin: Erste Gefühle von Da-sein in diesem Raum können entstehen, mit sich und mit mir in Beziehung kommend. Erstes „Durchatmen und Abladen“ findet statt und Themen tauchen auf, die sie derzeit besonders beschäftigen. Nach 15 Minuten in denen sie frei erzählt, sind ihre Konzentration und ihr Auffassungsvermögen am Ende und ich leite die kunsttherapeutische Hälfte der Therapiestunde ein.

Diese Einteilung ist nicht starr, sondern richtet sich nach dem Bedürfnis der Klientin. Die zeitliche Strukturierung der Einheit und der bewusste Umgang mit Zeit, gibt Fr. R. Orientierung, unterstützt ihr Zeitgefühl, sie lernt ihre Therapiestunde einzuteilen und schafft einen bewussten Umgang mit dem, was sie heute tun und ansprechen möchte.

Der sprachliche und der kunsttherapeutische Teil sind ein Prozess und gehören natürlich zusammen, sind als Einheit zu sehen und beeinflussen einander. Themen, die zu Beginn der Therapie angesprochen werden oder welche Fr. R. noch beschäftigen, tauchen auch während des Gestaltens auf.

Begegnung über den Dialog der Worte

Die Therapiestunde beginnt jedes Mal damit, dass ich Fr. R. schon von weitem höre. Gehetzt und außer Atem betritt sie den Raum. Aufgeregt erzählt sie über belastende Vorkommnisse aus der Werkstätte oder der Wohngruppe sowie Erinnerungen aus der Zeit im Elternhaus. Es sind Beziehungsthemen, die ihr besonders nahe gehen.

„Hab genug! Es reicht! Brauch Abstand! Wo kann man hier zur Ruhe kommen? Alle laut, schreien, klopfen: bumm, bumm … aufs Zimmer, hinter mir die Tür zu! Warum immer ich?“ klagt sie.

Anfangs schildert sie voller Zorn, wird zunehmend gekränkter und weinerlicher. Am Ende sind ihre Augen voller Tränen. Plötzlich schlägt ihre Stimmung um ins Lachen, wenn sie über schöne Begegnungen mit ihren Mitbewohnern

erzählt. Ihre sprachliche Ausdrucksweise ist brüchig und von heftigen Affekten begleitet. Sie neigt zu Stereotypien, wiederholt Sätze, Eindrücke und Erlebnisse immer wieder und findet kein Ende. Erleben und Verhalten sind geprägt von psychodynamischen Reaktionen, die alle Menschen in ihrem Bezugssystem in Bewegung bringt.

Zu Beginn konnte ich den Inhalt ihrer Worte kaum fassen. Ich versuchte das Gespräch durch Nachfragen zu vertiefen, was jedoch scheiterte. Sie wirkt wie gefangen in ihren laut geführten Selbstgesprächen, während sie aus dem Fenster blickt.

Wie kann ich ihr als Person gegenübertreten?

Gemäß der phänomenologischen Vorgangsweise teile ich ihr mit, was von dem Gesagten bei mir ankommt und wie ich es verstehe, ohne zu beurteilen:

„Es tut mir leid, aber ich habe jetzt nicht ganz verstanden, was sie gesagt haben. Ich möchte sie gerne verstehen, ich habe…gehört? Ist das richtig?“ erwies sich als gute Intervention, um mit ihr in Kontakt zu kommen. Zugleich unterbrach es die Dynamik. Sie wandte sich mir zu und überlegte. Anfangs schwieg sie, konnte jedoch in dem Zwischenraum der Unwissenheit mit mir verweilen. Vielleicht hatte das Gehörte auch noch keinen Boden, wo es sich einnisten konnte. Es war ein erster Schritt, ihr zu zeigen: Ich interessiere mich für sie! – und es gab ihr (Ein-)Halt in ihrem rastlosen Sprechen.

Und ich ließ auch mir Zeit, mich auf Fr. R. einzustellen, sammelte ihre Worte etc. wie Mosaiksteine und versuchte, mich in meinem Spüren ernst zu nehmen.

Unterstützende Maßnahmen des Sich-selber-Findens

Das mehr-zur-eigenen-Person-werden kann im therapeutischen Prozess durch edukative Maßnahmen unterstützt werden (Tutsch 2002, 75). Ein Beispiel ist das der Selbstwahrnehmung: Therapeutisch geht es darum, dass Fr. R. lernt sich selbst bewusst zu werden im Sinne „ich bin ich“. Ich leite sie zur Beobachtung an: Wie bin ich heute da? … laut oder leise, aufgeregt oder ruhig? Rede ich schnell oder langsam?

Am Ende der Stunde frage ich sie, ob sie sich noch erinnern könne, wie sie heute gekommen sei. Fr. R. antwortet: *„Wie ein aufgescheuchtes Huhn, war ich da!“* Nach einem Konflikt mit einem Bewohner, erzählt sie mir lachend: *„Da war ich wie eine Kanone.“*

Ressourcen wahrnehmen und würdigen

Als Gegengewicht dafür erscheint es mir wichtig zu sein, bewusst wahrzunehmen, was an Fähigkeiten bereits vorhanden ist und was Fr. R. motiviert und Freude bereitet. Ich achte auf persönliche Fähigkeiten und scheinbar kleine Dinge, die Fr. R. alltäglich beherrscht und spreche mit ihr darüber, z.B.: *„Es fällt mir auf, dass Sie jedes Mal zielsicher und ohne Umschweife den Weg zum Therapieraum finden.“*– *„Sie sehen sogleich, wenn im Therapieraum etwas unordentlich ist! Sie sind sehr aufmerksam!“*

Überdies spüre ich eine „Sehnsucht nach Positivem“, die es gilt zu wecken und zu verdichten, z.B.: Nach dem Malen die Hände eincremen und den Duft genießen.

Übungen zur Wahrnehmung und zum Finden von Halt (Längle 2007, 36-44) sowie einfache Bewegungs- und Wahrnehmungsübungen baue ich in sehr kleinen Schritten auf. Ich formuliere eher Aussagesätze und führe Fr. R. sehr eng in den Anweisungen. Stellungnahme und dialogischer Austausch sind nicht möglich.

Begegnung im schöpferischen Prozess

Ohne meine Aufforderung wäre Fr. R. in ihrem Sessel kleben geblieben. Wie eingefroren erstarrte sie in ihrer Bewegung, sobald es um ihr Tun ging. Von Unsicherheit und Angst erfüllt, schien sie zu sagen: *„Ich kann nicht, ich darf nicht!“* Wie ein Kind nahm ich sie an die Hand, führte sie zum Materialkasten und machte sie in kleinen Schritten mit dem Material vertraut. Ich bereitete ihr den Arbeitsplatz vor und räumte allein auf. Wenn ich ihr die gewünschte Farbflasche reichte und der Stöpsel auch nur den geringsten Widerstand leistete, gab sie mir diese ungeöffnet zurück. Ebenso kraftlos zeigte sie sich beim Abtrennen eines Zeichenblattes. Im Gegensatz zu ihrem kräftigen Körperbau, sind ihre Hände und Finger sehr zart und klein gebaut. In ihrer Bewegung wirkte sie kindlich, voller Scheu.

Beim Malen und Gestalten beschränkte ich mich darauf, ihren Prozess zu begleiten und zu unterstützen. Mal streiften mich ihre Blicke, dann wieder verlor sie ganz den Kontakt zu mir und zu ihrem Tun. Ich denke, für Fr. R. war es schon ein großes Können, überhaupt in die Therapie zu kommen.

Nach etwa 80 Therapiestunden ist Fr. R. schon ziemlich selbständig und hat an Selbstvertrauen gewonnen. Wenn sie zögernd innehält und mich fragend anblickt, wo die Schere ist, welche Farben sie denn auswählen soll etc., dann genügen aufmunternde Worte: *„Fr. R., das können Sie schon, das weiß ich. Das haben Sie letztes Mal schon so gut gemacht. Dafür brauchen Sie mich nicht mehr!“*

BEDEUTUNG UND WIRKWEISE DER KUNSTTHERAPIE

Wahrnehmung

Kunsttherapie wie auch künstlerisches Schaffen haben etwas mit Wahrnehmung zu tun:

„In der künstlerischen Arbeit versuche ich das, was durch mich hindurchgeht möglichst genau wahrzunehmen und zu gestalten. In der therapeutischen Arbeit wird versucht das, was durch den anderen hindurchgeht, möglichst genau wahrzunehmen und Gestaltung werden zu lassen. Beides ist derselbe Prozess. Im künstlerischen Prozess stehe ich im Dienste meiner eigenen Bilder, im kunsttherapeutischen Prozess stehe ich im Dienst der Bilder der Klienten.“ (Starke, Wittkowsky 2000, 25)

Das gestalterische Durcharbeiten und seine Begleitung sind der Kern der Kunsttherapie. Sie arbeitet mit Bildern, aber eben nicht mit fertigen Bildern, sondern der Prozess der Gestaltung ist essentiell.

Vergangenheit und Gegenwart

Die angefertigten Werke schaffen eine Verbindung zwischen der inneren und äußeren Welt und schlagen eine Brücke zwischen Vergangenheit und Gegenwart. Störungen und Erkrankungen sind häufig Auswirkungen von Verletzungen zu sehr früher Zeit des Lebens, an die wir uns nicht mehr erinnern können, weil sie verdrängt und abgespalten wurden. Sie haben sich jedoch nicht in Luft aufgelöst, sondern behindern unser Leben.

Eindruck und Ausdruck

Das Problem oder Symptom erhält durch die Gestaltung indirekt, in verwandelter Form, seinen Platz und die ihm gebührende Achtung. Statt über das Wort schlägt es sich im Bild oder in der Skulptur nieder und findet dort eine neue Ausdrucksform. Sie wirken aber auch in die andere Richtung und haben Eindruckscharakter. Im Prozess der Ruhephase lernt der Mensch sich selbst kennen und hält Zwiesprache mit seinen Bildern. So bedarf es oft keiner Ansprache des Therapeuten.

Entschluss und Zustimmung – das bin ich

Während des Gestaltungsvorganges müssen Entscheidungen getroffen werden, Unsicherheit, Ängste aber auch Freude werden durchlebt. Das Ringen um die gewünschte Farbe, die Form, und die Auseinandersetzung mit dem Material fördert die Selbstorganisation, macht Mut und schafft Vertrauen. Die Person kommt in Fühlung und in Dialog mit sich. Die Fähigkeit, das Eigene zu finden und es vom Fremden abzugrenzen, wird gefördert. Die eigene Existenz wird für jeden sichtbar. Das Bild und die damit verbundene Wertschätzung ist ein Symbol für den eigenen Wert und damit Ausdruck seiner Existenz.

Ich erlebe mein Sein an dem, was ich kann. Ich bin – weil ich kann

Der Blick des Kunsttherapeuten richtet sich primär auf das Können des Klienten, egal wie eingeschränkt es ist. Er konfrontiert nicht mit dem, was dieser nicht kann, sondern gibt dem Raum, was an Ressourcen da ist.

Fr. R. erlebt sich trotzt aller Einschränkungen als Handelnde, die neue Ausdrucksmöglichkeiten für sich entdeckt. Die Kunsttherapie sieht den Menschen tätig schaffend, stärkt damit die eigenen Fähigkeiten und das Selbstvertrauen.

Selbstausdruck und Selbstwahrnehmung

Beim Gestalten beginnt die Suche nach dem Richtigen, nach dem Stimmigen innerhalb der Begrenztheit der Bedingungen und Möglichkeiten des therapeutischen Rahmens (Farben, Papier, Zeit,…). Ich lenke die Aufmerksamkeit meiner Klientin darauf, was sie tut, auf ihr Erleben, wie es für sie ist und rege sie an, Position zu beziehen, sich zu positionieren und sich zu finden durch sehen, erleben und entscheiden in der konkreten Handlung. Malen und Gestalten bringt in Bewegung und ist durchzogen von einem Erleben, einem Fühlen: Wie fühlt es sich an auf meiner Hand? Tut es mir gut? Und einem Spüren: Was spricht mich an? Ist es gut? Wo zieht es mich hin? Im Prozess geschieht durch die Bewegung eine Verwandlung und Neugestaltung. Wie die Bilder von Fr. R. deutlich zeigen.

Für das Schaffen eines Werkes braucht es Zeit, Zuwendung und Nähe; dies fördert auch die Nähe zu sich selbst.

BILDER UND GESTALTUNGEN VON FR. R.

Im Folgenden habe ich einige Bilder und Gestaltungen meiner Klientin ausgewählt.

Bild kreisförmiger Linien (vgl. Abb. 2)

Das Material (Pastellkreide) ist weich, die Pigmente lassen sich gut mit den Fingern vermalen. Erste Berührung mit dem Malmaterial findet statt. Um Fr. R. in ihrer Entscheidungsfindung zu entlasten, gebe ich die Anweisung: *„Sie müssen nichts Bestimmtes malen, probieren sie heute einfach aus, wie die Farben so sind. … Die Finger machen eh´ was sie wollen.“*

Abb. 2: Kreisförmige Linien

Wieder und wieder fragt sie: *„Welche Farbe? Wo? Was macht man?“*

Ich bekräftige jede kleine Bewegung durch meine Zustimmung: *„Ja, genau! Sie dürfen ruhig! Hm!“* Zögerlich greift sie nach den Kreiden und malt kreisende Linien, die nach außen ziehen. Ihre Aufmerksamkeit hält nur für wenige Sekunden. Während ihre Blicke suchend aus dem Fenster schweifen, sinken ihre Hände auf das Zeichenblatt. Immer wieder hole ich sie zurück! Allmählich wird Fr. R. mutiger und gelöster, ihre Hände malen weiter, während sie erzählt und nach draußen schaut.

Die kreisförmigen Linien erinnern an die Deskription der Hysterie, die als Wirbel oder Tornado alle mitreißt (vgl. Längle 2002, 4). In der Kunsttherapie ist die Hysterie das Symbol der auswärtsdrehenden Spirale. Der Mensch ist nicht bei sich, sondern strebt nach außen.

Aus den anfänglich scheinbar chaotisch verlaufenden Farbspuren, entwickelt sich allmählich eine Ordnung, die sich auch in der Bewegung ausdrückt. Betrachtet man das Bild aus der Distanz, kann man große kugelige Formen erkennen. Zwischen den kreisförmigen Farbspuren leuchten leere Hohlräume hindurch, jedoch lassen sich auch Stellen erkennen, wo es sich verdichtet. Erstaunlich finde ich, dass sie voneinander gut abgegrenzt erscheinen. Darüber legt sich eine blaue Farbspur, die sich nach innen dreht, wie ein Faden, der alles miteinander verbindet.

Bild Spirale und Kugel (vgl. Abb. 3)

Zum ersten Mal bestimmt Fr. R. die Größe des Papiers. Im Gestaltungsprozess wirkt sie entschiedener und klarer in dem was sie tun möchte. Mit Orange malt sie eine linksdrehende Spirale, die sich von außen nach innen einrollt. In der Symbolsprache bedeutet die einwärts-drehende Spirale das Bestreben, mit sich in Berührung zu kommen (Riedel 1985, 114-115). Ihr Weg ins Innere ist nicht im Fluss der Bewegung. Im Zentrum bleibt ein Hohlraum bestehen. Rechts davon beginnt sie mit hellem Gelb eine runde Form, die zunehmend an Größe und Dichte gewinnt. Die Spirale wirkt zart und leicht. Sie neigt sich ein wenig nach links,

Abb. 3: Spirale und Kugel

wird aber vom Boden gehalten. Im Gegensatz dazu erscheint die rechte „Kugel“ schwer und fest. Zuletzt gibt sie beiden Gestalten einen dicken, tragenden Boden. Mit Silber erhält der Boden seinen Glanz. Sorgsam fasst sie die Kugel mit der blau-silbernen Farbe ein, die nun an Festigkeit gewinnt und sie gleichzeitig von der Spirale abgrenzt. Mich erinnert sie an einen kostbaren Ring, der gut in der Fassung geschützt und gehalten wird.

Es sind hier zwei gegensätzliche Formen, die sich auf einem Bild zeigen, sehr eindrücklich und klar: Eine Spirale, die an Tiefe gewinnt durch Umwandern einer erspürten Mitte und eine Kugel, Symbol für das „runde Ganze“ der eigenen Person.

Im Bild Abb. 2 konnte man sie nur im Hintergrund erahnen. Nun haben sie, im Laufe des Prozesses, an Gestalt und Ausdruck gewonnen und sind unverhüllt als Ganzes da.

Tonschale (vgl. Abb. 4)

Abb. 4: Tonschale

Fr. R. betritt gehetzt den Therapieraum: *„Ruhe, endlich mal schön ruhig.“* Ihre Blicke wandern durch das Zimmer, kontrollieren die Umgebung, damit ihr nichts entgeht.

Der Tonklumpen ist so groß, dass sie ihn gerade noch in ihren Händen halten kann. Während sie im Außen ist und erzählt, zupft sie vorsichtig am Tonklumpen. Obwohl ihre Finger zeigen, dass sie den Kontakt mit dem Material vermeiden möchte, kommt sie doch mit sich in Berührung, der Ton lässt sie nicht los. Sie lacht viel, wird lebendig immer mit den Fragen auf ihren Lippen: *„Was soll das sein, was kann das werden?“* Am Ende nennt sie die Tongestalt „Schale“. Fr. R. sieht nicht, wie brüchig ihre Schale ist, mit ihren vielen Rissen an den Rändern, ebenso ist der Boden, löchrig und dünn. Auch findet die Schale keinen festen Stand. Gemeinsam nehmen wir uns ihrer an, damit daraus ein tragfähiges Gefäß werden kann. Bei dieser Arbeit benötigt sie meine Hilfe. Mit Tonstückchen und Wasser „versorgen“ wir die brüchigen Stellen. Es entsteht eine Atmosphäre der Fürsorge, sich den Rissen anzunehmen, damit die Schale heil werden kann. Mit Farben und Steinen erhält die Schale einen besonderen Glanz. Am Ende streut Fr. R. auf den silbernen Boden roten Flitter. *„Schön, ganz neu!“* bemerkt Fr. R. berührt.

Rückblickend auf den Gestaltungsprozess erscheint mir die Schale als Symbol für den Raum, in dem Fr. R. sein kann. Die Wände sind nicht rund, sondern eckig und sehen aus wie Schutzmauern (1. GM) oder Grenzen (3. GM). Im Inneren auf dem silbernen Boden wird etwas Kostbares, stellvertretend für die Person, hineingelegt (3. GM). Die Schale sieht sehr schön und wertvoll aus (2. GM).

Bild von gelbem Haus mit zwei Blumen (vgl. Abb. 5)

Abb. 5: Gelbes Haus mit zwei Blumen

„Was, hoppala, brauch ich da? Brrr … ach …wo? But …oje….“ Aufgeregt beginnt Fr. R. ihr nächstes Bild. Erneut malt sie ein gelbes Haus und rechts davon diesmal nur zwei Blumen. Rundherum füllt sie das Blatt mit Kringel, manche sind sehr dicht und gleichen einem Wirbelsturm, andere wieder haben spiraligen Charakter, bis hin zum geschlossenen Kreis. Zuerst zaghaft, dann belustigt, nimmt Fr. R. wahr, dass der Puder der Pastellkreiden an ihren Fingern haften bleibt. *„Macht nichts, ist ja nur Farbe“,* beruhige ich sie und weiter *„Sie können auch mit Ihren Fingern malen, wenn Sie das möchten.“*

Fr. R. streckt den Zeigefinger der rechten Hand etwas steif von sich und spurt ihre Kringel und Kreise nach. Mit der sensiblen Fingerspitze nimmt sie nochmals Bezug zu ihren Formen auf, nur das Haus bleibt unberührt. Sie umfährt die Formen, begrenzt sie voneinander, fasst sie ein und schafft auf diese Weise einen Rahmen, der auch Halt vermittelt. In das Zentrum einiger ihrer Formen, Wirbel und Kreise, klebt sie Glassteine. Zuletzt streut sie wieder roten Flitter in das Dach des Hauses. Stolz fragt sie: *„Ich hab schon so viel gemacht, was kann man sich da vorstellen, was da noch kommt!“*

Ein Thema taucht auf, das sie wiederholt beschäftigt, ihre Sehnsucht nach einem Mann. Als ich noch einen letzten Blick auf ihr Bild werfe, sehe ich die beiden Blumen, die neben dem leeren Haus beieinander stehen, wie Mann und Frau.

Gelbes Haus mit Wolkenblumen (vgl. Abb. 6)

Abb. 6: Gelbes Haus mit Wolkenblumen

Fr. R. überrascht mich damit, dass sie mir eine Nachricht ihres Betreuers verbal überbringt. Bisher hat das noch nie geklappt. Ungewöhnlich ruhig erzählt sie von ihrem Alltag, verschluckt weniger Worte, spricht grammatikalisch richtig und bringt die Sätze zu einem Ende. Danach leitet sie über und fragt: *„Geht sich noch was aus?“*

Fr. R.: *„Was soll ich malen? …wurscht“* und malt darauf los. Sie beginnt zügig mit einem gelben Haus, malt Blumen links und rechts vom Haus, über dem Dach die „Wolkenblumen“.
Fr. R.: *„Was jetzt, was könnt noch sein?“*
Ich: „Haben Sie eine Idee?“
Fr. R.: *„Menschen?“*
Ich: „Genau!“
Fr. R. kichert und singt, während sie zwei Menschen malt, die links im Bild zu sehen sind. Sie arbeitet sehr selbständig, trifft die Farbwahl, ohne lang zu überlegen und räumt alleine weg. Als ich die Rechnung schreibe, sagt sie mir das Datum, wann sie wieder kommen wird. *„Ich schreibe jetzt alles am Kalender auf“*, sagt sie stolz.

Nächste Stunde beginnen wir damit, was auf dem Bild zu sehen ist. Fr. R. benennt die Teile. Das gelbe Haus sei irgendein Haus. Die „grüne“ Person sei sie selbst, rechts davon ihre Cousine.
Fr. R.: *„Was jetzt?“*
Ich: „ Könnte da noch was sein auf dem Bild, was meinen Sie?“
Fr. R.: *„Noch ein Haus?“*
Ich: „Wenn Sie möchten!“
Fr. R. malt ein Haus und weitere zwei Menschen.

Das grüne Haus bezeichnet sie als ihre Werkstätte, die beiden Personen seien zwei Mitarbeiter. Das Bild füllt sich mit Leben, auch Fr. R. wirkt lebendiger. Freudig überrascht, dass ihr die Menschen so gut gelungen sind, wird sie nun mutiger und zeichnet entschlossen noch weitere Wolken und eine Sonne. Bunte Steine und Flitter klebt Fr. R. ohne Hilfe sorgsam auf.
Fr. R.: *„Ich bin die einzige die malt! … Was, das glaub ich nicht! meint meine Cousine, das hast du gemalt? Schön!“* erzählt sie lachend.
Ich: „Wie ist es für Sie, wenn Sie so gelobt werden?“
Fr. R.: *„Ja, auch schön. Ich hab´ auch eine Freude damit. Hab auch Bilder verschenkt.“*
Ich fragte sie, ob sie das erste Bild mit dem gelben Haus noch habe.
Fr. R.: *„Das habe ich mir behalten.“*
Ich: „Weshalb gerade dieses Bild?“
Fr. R.: *„Das Haus gefällt mir.“*
Ich: „Was gefällt Ihnen an diesem Haus?“
Fr. R. hält inne und dann kommt es über ihre Lippen, wie von allein: *„Mein Haus.“*

Vernissage

Die Betreuer der Wohngemeinschaft kreierten die Idee und schufen auch den geeigneten Rahmen, die Bilder und Gestaltungen von Fr. R. zu präsentieren. Ihre Vorfreude auf die Ausstellung war groß. Die letzten Stunden zuvor arbeitete sie sehr intensiv an der Fertigstellung ihrer Bilder. Ihre Familie kam, auch befreundetet Nachbarn besuchten sie im Dorf. Stolz führte sie die Besucher herum, erzählte und plauderte, zeigte sich höflich und zuvorkommend, verhielt sich sehr souverän, als würde sie nicht zum ersten Mal ihre Werke präsentieren.

In den kommenden Therapieeinheiten erzählt sie mir stolz, wie erstaunt ihre Mitbewohner und die Besucher über ihre Werke waren: *„Andere können sich nicht vorstellen, dass ich das gemacht habe!“* Die Bilder und Gestaltungen berührten das Geschehen des Wohnbereiches und wirkten auf Mitbewohner, Betreuer und Angehörige. Gespräche über ihre Bilder fanden statt. Sie erhielt Lob und Anerkennung von ihren Mitmenschen und sie konnte ihr Eigenes zeigen.

ABSCHLIESSENDE WORTE

Viele Bilder begleiteten mich zwei Jahren auf diesem Weg: Innere Bilder, die im Prozess spürbar wurden und Bildnisse, die meine Klientin gestaltete. Der therapeutische und künstlerische Prozess bewegte sich entlang der vier Grundmotivationen. Die Phänomenologie war mir auf diesem Weg ein guter Begleiter. Die eigene Liebe zum Malen und Gestalten, meine Erfahrung und Vorstellungskraft als Kunsttherapeutin stellte ich in den Dienst meiner Klientin. Grundlage meiner Arbeit war die Sicht auf die Person, die einerseits Worte und Gedanken von Wert in sich trägt und sich ausdrücken möchte und andererseits über eine schöpferische Kraft verfügt.

Literatur

Längle A (2002) Das Bild der Hysterie in der Existenzanalyse. In: Längle A (Hg) Hysterie. Wien: Facultas, 35-58
Längle A (2005) Lehrbuch zur Existenzanalyse (Logotherapie). Grundlagen. Wien: GLE.
Längle A (2007) Lehrbuch der Existenzanalyse und Logotherapie. Die 1. Grundmotivation. Wien: GLE.
Riedel I (1985) Formen. Stuttgart: Kreuzverlag
Starke I, Wittkowski E (2000) Gesammelte Schriften zur Phronetik. Wien: Ausbildungsskripten
Tutsch L (2002) Alles (k)ein Problem. Praxis, Theorie und Therapie der histrionischen Persönlichkeitsstörung. In: Längle A (Hg) Hysterie. Wien: Facultas, 59-84

Anschrift der Verfasserin:
Elisabeth Koch
Obere Hauptstraße 1a, A 2485 Wampersdorf
office@praxis-koch.at

Sehnsucht nach Sinn

Wegbegleiter auf der Landkarte des Lebens

GERHARD HEIL

Gießen: Brunnen (2012)

Der schöne Titel dieser Veröffentlichung des Theologen und Logotherapeuten Gerhard Heil wie auch ihr Aufbau in Form einer literarisch-philosophischen „Bergbesteigung" macht neugierig. Gerade die, ein jedes Kapitel einleitenden Bibelzitate lassen einen spannenden Dialog zwischen Logotherapie und christlichem Glauben erwarten.

Bei der Vertiefung fällt zuerst einmal auf, dass es sich weniger um ein spezifisch logotherapeutisches Buch handelt: Das Werk präsentiert eine Fülle von Zitaten und Verweisen, eigene Seelsorgeerfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse verschiedenster Disziplinen und Zeiten – zusammengehalten von einem theologischen roten Faden. Der pastorale Sprachstil wirkt dabei – aus Beratersicht – irritierend. In den Ausführungen fehlt mir vor allem der Freiheitsaspekt im individuellen Angesprochensein, den ich an der Logotherapie und Existenzanalyse so schätze. Häufig fallen Worte wie „muss; hat; soll"; Heil spricht von „zwingenden" Fragen und notwendiger „Ernsthaftigkeit". Gerade die am Ende des Buches angesprochenen Aspekte der Existenz namens „Wonne; Traum; Spiel" oder „Rätsel" (Mutter Teresa), blitzen mir nicht zwischen den Zeilen entgegen. Die Betonung liegt eher auf „Herausforderung; Pflicht" oder „Kampf". Damit zieht sich ein „So ist das Leben nun mal" durch die Lektüre und legt ein argumentatives Überzeugen-Wollen des Autors nahe. Hier erinnert der Sprach- und Argumentationsstil auch an eben jene „zu kurz greifende" Ratgeberliteratur, die Heil an einer Stelle seines Buches selbst kritisiert. Auch wenn er immer wieder persönliche Fragen an die Leser stellt, bleibt er letztendlich mit seiner Botschaft appellativ. Die Fragestellungen fallen zudem teilweise durch ihre rhetorische und moralisierende Anlage auf.

Die theologische Reflexion findet sich nicht nur in den Kapiteln am Ende des Buches, die dem Übersinn gewidmet sind, sondern nimmt zuvor bereits den Schwerpunkt im Text ein. Dadurch wird Frankls Sinn-Lehre in den Dienst einer ontologisch gebundenen Existenzdeutung gestellt; sie erscheint als nachträgliche Kommentierung biblisch begründeter Setzungen. Letztendlich versucht sich der Autor hier als Wahrheitssucher. „Wahrheit [aber] ist das Ende des Dialogs" (Stefan Pfanner). Und auf diesen ist die Existenz(analyse) stets angewiesen.

Als weiterer Kritikpunkt ist die fehlende Vertiefung der „Zustimmung" zu nennen, die als bedeutsam benannt, jedoch nicht weitergehend betrachtet wird. Was bedeutet es mit Zustimmung zu leben, wie vollzieht sich dieser Prozess, was ist hierfür hilfreich? Darüber hinaus entspricht die Bestimmung und Verwendung zentraler Begriffe wie „Person; Geist(iges)" und „Ich" hier nicht dem Verständnis bei Frankl und Längle. Und die Idee der Werte folgt eher einer ontologischen als einer personal-existentiellen Denkweise.

Trotz all der kritisch angesprochenen Punkte kann das Buch eine lohnende Lektüre darstellen. Es ist ein wahrer Schatz an Zitaten, die sich in der existentiellen Arbeit gut einsetzen lassen. Durch die kompakt gehaltenen Einführungen, z. B. in die Milieutheorie oder verschiedene Typenkonzepte, bietet es sich außerdem als Nachschlagewerk und Inspiration für die Praxis an.

Für den – mir eher fremden – Einsatz im gemeindepädagogischen und seelsorgerischen Bereich kann dieses Buch sicher eine Fundgrube, gerade für die Arbeit mit Gruppen, sein. Ferner wäre es spannend, Reaktionen von fachfremden Lesern mit christlichem Hintergrund kennenzulernen. Hier kann ich mir das Buch als einen hilfreichen Einstieg in die Welt der Existenzanalyse vorstellen. Eine Vertiefung würde ich dann jedoch weniger anhand der im Buch vorgestellten Literatur, sondern der Veröffentlichungen Frankls und Längles empfehlen.

C. Tobias Jahn

ABSCHLUSSARBEITEN

Anwendung der Personalen Existenzanalyse in der Arbeit mit onkologischen Patienten

im Vergleich mit den Arbeiten von Dr. Lawrence LeShan und Dr. med. Bernie Siegel

ALEXANDRA JAGLITSCH

Nach einleitenden Worten zur Existenzanalyse und Logotherapie wird die praktische Anwendung der Personalen Existenzanalyse an einem Fallbeispiel aus der Psychoonkologie dargestellt und verknüpft mit den vier Grundmotivationen nach Längle. Weiters werden die Arbeiten von LeShan und Siegel in Bezug auf die Arbeit mit Krebspatienten von der existenzanalytischen Seite beleuchtet.

Schlüsselwörter: Existenzanalyse, Grundmotivationen, Logotherapie, Personale Existenzanalyse

Existenzanalyse, Psychoonkologie

„Theaterpädagogische Werkstatt auf existenzanalytischem Boden. Zugang zum Phänomen - RAUM - (erste Grundmotivation) nach Theaterkonzepten von Augusto Boal." Durchführung eines Theaterworkshops für existenzanalytische BeraterInnen und PsychotherapeutInnen

MARTINA JUEN

Die vorliegende Arbeit beinhaltet die Schilderung eines Theaterprojekts für existenzanalytische BeraterInnen und TherapeutInnen. Ausgewählte existenzanalytische Inhalte werden mit theaterpädagogischen Methoden aufbereitet, mit der Intention diese unmittelbar erlebbar zu machen. Im ersten Teil werden der existenzanalytische und der theaterpädagogische theoretische Hintergrund des Workshops dargestellt. Im zweiten Teil wird der durchgeführte Workshop im Detail beschrieben, die Intention und Wirkung aus existenzanaly-

tischer Sicht reflektiert und durch die Feedbacks der TeilnehmerInnen ergänzt.

Schlüsselwörter: Existenzanalytische Grundmotivation, Gruppenselbsterfahrung, kreative Methoden, Phänomenologie

---

„Veränderungen der Paarbeziehung durch die Geburt des ersten Kindes“

Vergleich empirischer Studien mit Fallstudie entlang des Modells der vier personal-existenziellen Grundmotivationen

Kristina Korn-Werther

Wenn ein Paar zur Familie wird, verändert sich durch das Hinzukommen des Kindes die exklusive Stellung des Paares. Kaum ein Paar rechnet damit, dass sich durch die Erfüllung des Kinderwunsches die Beziehungsqualität verschlechtern würde.

In dieser Arbeit wird den Veränderungen innerhalb der Paarbeziehung nachgegangen. Mittels einer Zusammenschau der wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema werden in einem ersten Schritt die Veränderungen auf der Paarebene herausgearbeitet. Diese werden dann entlang des Modells der vier personal-existenziellen Grundmotivationen in Fragen für ein Interview gekleidet. Das im Rahmen dieser Arbeit geführte Interview mit einem Erstelternpaar, wird im Anschluss nach phänomenologischen Gesichtspunkten (Deskription mit Epoché) analysiert.

Anliegen dieser Arbeit ist es, die Veränderungen von der Dyade zur Triade zu erfassen und die Ergebnisse der quantitativen Studien mit dem, im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten, qualitativen Interview entlang des Modells der vier Grundmotivationen zu heben und miteinander zu vergleichen.

Schlüsselwörter: Grundmotivationen, Kind, Paarbeziehung, Phänomenologie

---

„Der ist ja nur faul“

Eine kritische Auseinandersetzung mit der Lehrer - Schüler Beziehung und warum eine gute Begegnung Voraussetzung für eine gute Schule ist

Clemens Marek

„Der ist ja nur faul“! Hinter dieser und ähnlichen Aussagen steht eine abwertende und urteilende Haltung vieler Lehrer. Diese Einstellung zu hinterfragen, bzw. welche Haltung es aus existenzanalytischer Sicht für eine gute Begegnung braucht und warum eine gute Begegnung überhaupt die Grundvoraussetzung für gelingende Schule ist, möchte ich in dieser Arbeit herausarbeiten.

Gute Begegnung wiederum setzt sein Mögen des Schülers voraus. Durch dieses Mögen wenden wir uns der Person des Schülers zu. Erst dann werden wir den Schüler auch mit seinen Problemen und Schwierigkeiten sehen bzw. verstehen und können helfen, dass seine Person in der Welt wirksam werden kann. Eine Schulreform muss an der Person des Schülers ansetzen.

Für gute Begegnungen braucht es aber auch authentische und am Leben interessierte Lehrer. Hier ist u.a. die Lehrerausbildung gefordert.

Schlüsselwörter: Authentizität, Begegnung, Faulheit, Lehrerausbildung, Muße, Pädagogik, Person, Schule

---

Besinnungstage an Gymnasien aus existenzanalytischer Sicht

Hans-Josef Olszewsky

Die vorliegende Arbeit dokumentiert die Vorbereitung und Durchführung von Besinnungstagen an Gymnasien. Dabei wurden die Erfahrungen mit der Existenzanalyse eingebracht. Zugrundegelegt wurden dabei die Grundmotivationen für die jeweiligen Gesprächsrunden. Außerdem orientierte sich die Durchführung an Elementen jesuitischer Pädagogik. In diesem Zusammenhang wurde der Beitrag der Existenzanalyse zur Pädagogik mit der jesuitischen Pädagogik verglichen.

Schlüsselwörter: Besinnungstage, Existenzanalyse, jesuitische Pädagogik.

Aushalten – Wahrnehmen der Kraft leben zu wollen

Der Prozess vom Wahrnehmen zum Annehmen in der existenzanalytischen Psychotherapie anhand von Fallbeispielen

Tanja Pindor

Die Existenzanalyse beschreibt für das Wahrnehmen bzw. Sein-können zwei Voraussetzungen: *Aushalten* und Annehmen. Hier wird das Thema des *Aushaltens* beleuchtet, weil ich selbst in dieser Hinsicht eine sehr wichtige Erfahrung in meiner Zeit als Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision gemacht habe. Darüber hinaus ist es mir in der Arbeit mit Menschen, die eine besonders schwerwiegende Problematik für sich aufzulösen haben, aufgefallen, wie viel es braucht, um überhaupt auf schwierige Bedingungen des Lebens hinsehen zu können und sie als wahr zu nehmen. In jenem Moment des Annehmens werden Kräfte aktiviert, um diese Wahrheit aushalten zu können. Meines Erachtens ist es wichtig, genau darauf hinzuweisen, dass in dieser oft unbemerkten Aktivität des Aushaltens viel Kraft zur Verfügung steht und es so gleichzeitig zu einem Annehmen kommen kann. Außerdem stelle ich in meiner Arbeit dar, wie wichtig es auch für den Psychotherapeuten sein kann, den Übergang bzw. den Zeitpunkt vom reinen Aushalten zum Annehmen bewusst zu beachten.

Schlüsselwörter: Annehmen, Aushalten, Sein - Können, Veränderung, Wahrnehmen

---

War das schon alles?

Die existentielle Herausforderung in der Lebensmitte

Christa Reiser

Die vorliegende Arbeit versucht den Herausforderungen, die sich uns Menschen an der Schwelle zur zweiten Lebenshälfte stellen, nachzugehen. Dabei wird das Augenmerk vor allem auf die spezifische existentielle Situation der Frau gelegt, die in der Menopause den körperlichen Wandel ganz besonders am eigenen Leib zu spüren bekommt und häufig

mit gesellschaftlicher Geringschätzung und Abwertung konfrontiert ist. Ziel der Arbeit ist es, die Phänomene, die in der Lebensmitte und an der Schwelle zur zweiten Lebenshälfte auftreten, zu beschreiben und anhand verschiedener Theorieansätze aufzuzeigen, wie es angesichts der Vergänglichkeit des Lebens und des Todes gelingen kann, bis zum Ende Werdende und Wachsende zu bleiben und ein sinnerfülltes Leben zu führen. Das Menschenbild der Existenzanalyse und Logotherapie sowie die existenzanalytischen Grundbedingungen für erfüllte Existenz bilden dabei den Kern der Betrachtungen.

Schlüsselwörter: Entwicklungskrise, Existenzielle Motivation, Lebensmitte, Lebenswende, Neuorientierung, Sinn, Wandel, Wechseljahre

---

Das sinnlose Leiden an der Schule – Bullying unter Schülern

Phänomenologie, Beweggründe und Intervention

Raimund Steinbacher

Was bewegt Kinder oder Jugendliche andere Mitschüler regelmäßig und über einen längeren Zeitraum zu schikanieren? Wie gelingt es einer Minderheit von *Bullies* die Mehrheit einer Klasse zu beeinflussen, sodass diese die Schikane entweder unterstützt oder stillschweigend billigt? *Bullying* tritt in der mittleren Adoleszenz relativ häufig auf, da es ein effektives Mittel ist, die Gleichaltrigengruppe zu dominieren (Pelegrini 2002) und sich dadurch Macht und Anerkennung zu sichern (Salmivalli 2012b). Die Gegenüberstellung der psychologischen Forschungsergebnisse und der existenzanalytischen Theorie lassen darauf schließen, dass in den meisten Fällen *Bullying* eine Folgeerscheinung von Sinnverlust ist. Im Laufe eines *Bullying*-Prozesses entstehen auf allen *4 Grundmotivationen* (Längle 2002) und allen *3 Wertkategorien* (Frankl 2008) Beeinträchtigungen. Da sowohl Lehrer wie Eltern oft nicht wissen, wie sie mit diesem Problem umgehen sollen (e.g. Olweus 1991), kann Bullying als Systemkrise bezeichnet werden. Im letzten Teil der Arbeit wird ein Interventionskonzept vorgestellt, das sich an der existenzanalytischen Krisenintervention (Nindl 2001) orientiert.

Schlüsselwörter: Bullying, Grundmotivationen, Intervention, Sinn, Wertekategorien

DIPLOMARBEIT

Existentielle Lebensqualität bei Brustkrebspatientinnen während der Strahlentherapie mit und ohne psychoonkologische Betreuung

Stefanie Drachsler

Hintergrund und Ziel: Über den Effekt individueller psychologischer Betreuung während der Strahlentherapie gibt es in Bezug auf die existentielle Lebensqualität bisher kaum Forschungsbefunde. Die Effekte auf die krankheitsspezifische Lebensqualität sind besser, aber auch wenig erforscht. Jedoch finden sich in Studien Beweise, dass sich manche Bereiche der Lebensqualität von Beginn bis zum Ende der Strahlentherapie signifikant verschlechtern. Das Ziel dieser Studie ist es zu erforschen, ob sich die existentielle und krankheitsspezifische Lebensqualität durch eine individuelle psychologische Betreuung während der Strahlentherapie im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant verbessern lässt.

Methoden: Zwischen Juli 2010 und Dezember 2010 wurden 46 Brustkrebspatientinnen in einem Krankenhaus in Oberösterreich für die vorliegende Studie über ihre Lebensqualität befragt. Dazu wurden der relativ neue „Fragebogen zur existentiellen Lebensqualität“ (Görtz, 2005) und der strahlentherapiespezifische Fragebogen „StrahlenIndex RadioOnkologie“ (Sehlen, Fahmüller et al., 2003) verwendet. Die Patientinnen teilten sich dazu selbst in eine Versuchsgruppe (n = 23), die eine individuelle psychologische Betreuung während der Bestrahlungszeit erhalten hat, und in eine Kontrollgruppe (n = 23) ein. Jede Patientin wurde zu Beginn und am Ende der Strahlentherapie mit den beiden Fragebögen über ihre Lebensqualität befragt. Die Versuchsgruppe hat die Frequenz und die Themen der individuellen psychologischen Betreuung selbst gewählt.

Resultate: Es konnten keine signifikanten Verbesserungen in der existentiellen oder krankheitsspezifischen Lebensqualität der Versuchsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe festgestellt werden. Jedoch konnten bei der Effektstärken kleine bis mittlere Effekte zwischen den beiden Gruppen in den Faktoren „Positives Lebensgefühl” (d = 0.364), „Beziehungserleben” (d = 0.364), „Soziales Scheitern” (d = 0.392), „Personale Aktivität” (d = 0.419), „Existentielle Erfüllung” (d = 0.327), „Globalfaktor 1“ (d = 0.375), „Globalfaktor 2“ (d = 0.468) und „Informationsdefizit” (d = -0.261) berechnet werden.

Diskussion und Konklusion: In dieser Studie konnten keine signifikant positiven Effekte einer individuellen psychologischen Betreuung auf die existentielle oder krankheitsspezifische Lebensqualität festgestellt werden. Jedoch konnten durch die Effektstärken Unterschiede zwischen Brustkrebspatientinnen mit und ohne psychologische Betreuung gezeigt werden. Gründe für die kleinen bis mittleren Effekte sind die aktive Auseinandersetzung mit der Krankheit im psychologischen Setting und Gefühl des Angenommenseins und Verstandenwerdens vom Psychologen. Viele Patientinnen haben in dieser Studie aber nur ein einziges psychologisches Gespräch in Anspruch genommen. Für weitere Studien wäre möglicherweise für signifikante Ergebnisse wichtig, dass die psychologischen Interventionen strukturiert werden.

Schlüsselwörter: Brustkrebs, existentielle Lebensqualität, Psychoonkologie, Strahlentherapie

HINWEISE FÜR AUTOREN

EXISTENZANALYSE veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsartikel, Projektberichte und Falldarstellungen mit Bezug zur Forschung, Anthropologie und Praxis der Existenzanalyse. Die Zeitschrift nimmt im Forum/Diskussionsteil auch Erfahrungsberichte und Fallberichte zur Anwendung der Existenzanalyse auf, weiters Forschungsimpulse, Diskussionsbeiträge zu publizierten Artikeln und Berichte aus der Redaktion.

Manuskripte sind generell per e-mail an die Redaktion (redaktion@existenzanalyse.org) zu senden. Es können Arbeiten in Deutsch oder Englisch eingereicht werden.
Voraussetzung für die Einreichung eines Manuskripts an die Redaktion ist, dass die Arbeit noch nicht publiziert oder an anderer Stelle zur Publikation eingereicht wurde.
Alle Manuskripte gehen in ein redaktionelles Gutachten.
Wissenschaftliche Arbeiten unterliegen einem peer-review-Verfahren, wobei zwei unabhängige anonyme Gutachten eingeholt werden (Review Verfahren durch den wiss. Beirat). Das Ergebnis wird dem Autor/der Autorin mitgeteilt, ob und gegebenenfalls mit welchen Änderungen die Arbeit akzeptiert wird.
Mit der Annahme und Veröffentlichung des Manuskripts geht das ausschließliche Copyright an die GLE-International als Herausgeber über.
Es liegt in der Verantwortung der Autoren die Einwilligung für die Reproduktion von Abbildungen aus anderen Publikationen einzuholen.

Formale Gestaltung der Manuskripte
Manuskripte sollen von Anfang bis zum Ende auf ein und demselben System (Microsoft Word) erfasst werden (1,5-zeilig, Schriftgröße 12, breiter Rand, ohne spezifische Formatierungen und bereits korrekturgelesen).

Am Anfang jedes Artikels stehen der ***Titel*** des Artikels, der ***Name*** des Verfassers/der Verfasserin, ein kurzes *Abstract* (5-10 Zeilen) und *3-5* ***Schlüsselwörter*** (wenn möglich auch auf englisch), die stichwortartig auf den Inhalt der Arbeit verweisen sollen.

Innerhalb des Artikels soll es im Sinne der Übersichtlichkeit ***Zwischenüberschriften*** geben.

Für ***Literaturhinweise*** *im Text* sollen in Klammern Autor und Erscheinungsjahr des Titels, auf den verwiesen wird, und bei Zitaten die Seitenzahl durch Beistrich getrennt, angegeben werden. Mehrere Verweise werden durch Strichpunkte getrennt.
z.B. (Müller 1998, 56) oder (Müller 1998, 1999; Müller & Meier 1980)

Für das ***Literaturverzeichnis*** (alphabetisch) am Ende des Artikels sind die bibliographischen Angaben wie folgt zu gestalten:
Autor (Jahr) Buchtitel. Verlagsort: Verleger
Autor (Jahr) Beitragsartikel. In: Herausgebername (Hg) Buchtitel. Verlagsort: Verleger, Seitenangabe
Autor (Jahr) Titel des Artikels. Name der Zeitschrift, Band, Seitenangabe von-bis.
Den Autor bitte jeweils mit Nachnamen und abgekürztem Vornamen angeben.
z.B.:
Maier A (1998) Psychotherapie. Wien: Deuticke
Müller B (1998) Existenzanalyse. In: Maier A (Hg) Psychotherapie. Wien: Deuticke, 50-54
Schmid C (1999) Therapiemethoden. Existenzanalyse 13, 1, 4-12

Gibt es von einem Autor zwei unterschiedliche Publikationen aus demselben Jahr, so sind diese durch „a", „b" etc. voneinander zu unterscheiden.
z.B.:
Maier A (1998a) Psychotherapie. Wien: Deuticke
Maier A (1998b) Psychologie. Wien: Deuticke

Angaben zum Autor (am Ende des Manuskripts):
Akademischer Grad, Vor- und Zuname, Anschrift, email.
(Nicht für die Veröffentlichung gedacht, sondern für die Redaktion sollen Telefonnummer und Faxnummer des Autors angegeben werden.)
z.B.:
Anschrift der Verfasserin:
Dr.phil. Susanne Müller
Beispielstraße 25/5
A - 1090 Wien
email: mueller@existenzanalyse.org

Jede ***Tabelle*** oder ***Illustration*** mit Legenden auf einem eigenen Blatt mit Hinweis, an welcher Stelle im Text die Darstellung eingefügt werden soll. Abbildungen müssen qualitativ zur Reproduktion geeignet sein (z.B. als jpg mit mindestens 300 dpi). Abbildungen werden im Druck schwarzweiß wiedergegeben, graphische Abbildungen sollen so gestaltet sein, dass ein schwarz-weiß-Druck die Aussage wiedergeben kann, im elektronischen Archiv der Zeitschrift sind sie auch in Farbe. Abbildungen können nur in Absprache mit der Redaktion veröffentlicht werden.

Die einzelnen Seiten sind durchzunummerieren, aber (zum Zweck der Anonymität der Begutachtung) bitte nicht mit Kurztiteln (Running heads) zu versehen.

Artikellänge: 1 Seite in der EXISTENZANALYSE ohne größere Überschriften (also ziemlich voll) hat 3.300 Zeichen (inkl. Leerzeichen). Ein wissenschaftlicher Artikel mit ca. 8-10 Seiten hat ca. 25.000 – 33.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen).
Ein Forumsbeitrag mit ca. 3-5 Seiten hat ca. 10.000 – 16.500 Zeichen

Umbruchkorrekturen sind vom Autor vorzunehmen und auf beim Satz entstandene Fehler zu beschränken.

Der Autor (die Autorin) erhält ein pdf des Beitrags und 3 Hefte als ***Belegexemplare*** kostenlos. Reduktion auf Heft-Preis für Autor für weitere Exemplare: -30%

Urheberrechte
Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung erwirbt die GLE-International vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren, sowie das Recht der Übersetzung in andere Sprachen. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Waren- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Eigentümer und Copyright-Inhaber: © GLE-International/Wien

Redaktionsanschrift
Redaktion der Zeitschrift EXISTENZANALYSE
GLE-International
(z.Hd. Dr. Silvia Längle)
Eduard Sueß Gasse 10
1150 Wien / Österreich
Tel u Fax: 0043/1/9859566
Mail: redaktion@existenzanalyse.org
Homepage: www.existenzanalyse.org (menüpunkt: Zeitschrift)

Mir reicht‘s!

HERBSTSYMPOSIUM DER GLE-ÖSTERREICH

in Zusammenarbeit mit dem GLE-Institut Tirol

Markus Angermayr
Alfried Längle
Josef Marksteiner
Anton Nindl
Gerhard Stumm

3.-4. Oktober 2014

Kurhaus und Parkhotel
A-6060 Hall/Tirol

Detailprogramm und Anmeldung

Gesellschaft für Logotherapie
und Existenzanalyse-Österreich

A-1040 Wien • Heumühlgasse 11
Tel.: +43 1 897 43 39
(ZVR 715646023)

Online-Anmeldung:

www.gle.at
sekretariat@existenzanalyse.at

GLE
ÖSTERREICH
Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse

Vorankündigung:

INTERNATIONALER KONGRESS

1.–3. Mai 2015
Universität Salzburg

HEINZ Berlin, D • **VOGELGESANG** Neunkirchen, D
BOZUK Wien, Ö • **LÄNGLE** Wien, Ö • **MUSALEK** Wien, Ö
BAUER Salzburg, Ö • **FARTACEK** Salzburg, Ö • **NINDL** Salzburg, Ö
CAMACHOVA DAVET Münchenstein, CH

SUCHT.

Wege aus dem Verfallen-Sein

- PLENARVORTRÄGE
- SYMPOSIA
  - » Psychotherapie
  - » Beratung
  - » Kinder und Jugendliche
  - » Pädagogik
  - » Wirtschaft
- WORKSHOPS
- RAHMENPROGRAMM
  - » Freitag: Kammerkonzert
  - » Samstag: Festabend im „Stiegl-Keller“

VERANSTALTER
Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
Eduard Sueßgasse 10, 1150 Wien
Tel. und Fax: +43 (0)1 985 95 66

in Zusammenarbeit mit der
Universität Salzburg

GLE INTERNATIONAL

UNIVERSITÄT SALZBURG

Programm: www.existenzanalyse.org oder anfordern unter: gle@existenzanalyse.org

NEUE AUSBILDUNGSKURSE 2014-2016

ÖSTERREICH

Linz, Oktober 2014
Existenzanalytisches Fachspezifikum und Logotherapie und existenzanalytische Beratung
Leitung: Mag. Markus Angermayr
Info: Sekretariat der GLE-Ö:
Tel./Fax: 0043 (0) 1/89 74 339
gle-oe@existenzanalyse.org

Wien, Oktober 2014
Logotherapie und existenzanalytische Beratung
Leitung: Mag. Karin Steinert
Info: Sekretariat der GLE-Ö:
Tel./Fax: 0043 (0) 1/89 74 339
gle-oe@existenzanalyse.org

Wien, November 2014
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Mag. Susanne Pointner
Info: Sekretariat der GLE-Ö:
Tel./Fax: 0043 (0) 1/89 74 339
gle-oe@existenzanalyse.org

Kärnten, Frühjahr 2015
Existenzanalytisches Fachspezifikum und Logotherapie und existenzanalytische Beratung
Leitung: N.N.
Info: Sekretariat der GLE-Ö:
Tel./Fax: 0043 (0) 1/89 74 339
gle-oe@existenzanalyse.org

Salzburg, Mai 2015
Existenzanalytisches Fachspezifikum und Logotherapie und existenzanalytische Beratung
Leitung: Dr. Anton Nindl
Info: Salzburger Institut
Tel.: 0043 (0) 664/530 08 590
institut-salzburg@existenzanalyse.org
Oder Sekretariat der GLE-Ö:
Tel./Fax: 0043 (0) 1/89 74 339
gle-oe@existenzanalyse.org

Innsbruck, Frühjahr 2016
Existenzanalytisches Fachspezifikum und Logotherapie und existenzanalytische Beratung
Leitung: Mag. Renate Bukovski, MSc
Info: Sekretariat der GLE-Ö:
Tel./Fax: 0043 (0) 1/89 74 339
gle-oe@existenzanalyse.org

DEUTSCHLAND

Berlin, Oktober 2014
Logotherapie und existenzanalytische Beratung
Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Info: Norddeutsches Institut der Akademie für Existenzanalyse & Logotherapie:
Tel.: 0049 (0) 511/517 90 00
akademie.hannover@existenzanalyse.com

Hamburg, November 2014
Logotherapie und existenzanalytische Beratung
Leitung: Helmut Dorra
Info: Norddeutsches Institut der Akademie für Existenzanalyse & Logotherapie:
Tel.: 0049 (0) 511/517 90 00
akademie.hannover@existenzanalyse.com

Dresden/Leipzig, November 2014
Logotherapie und existenzanalytische Beratung
Leitung: Dr. Christoph Kolbe, Dipl. Psych. Ingo Zirks
Info: Norddeutsches Institut der Akademie für Existenzanalyse & Logotherapie:
Tel.: 0049 (0) 511/517 90 00
akademie.hannover@existenzanalyse.com

Hannover, Jänner 2015
Logotherapie und existenzanalytische Beratung
Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Info: Norddeutsches Institut der Akademie für Existenzanalyse & Logotherapie:
Tel.: 0049 (0) 511/517 90 00
akademie.hannover@existenzanalyse.com

SCHWEIZ

Bern, November 2014
Grundausbildung in Existenzanalyse und Logotherapie
Leitung: Brigitte Heitger-Giger
Info: Mezenerweg 12, 3013 Bern
Tel.: 0041 (0) 31/332 42 05
brigitte.heitger@bluewin.ch

Weitere Ausbildungen in:
Tschechien, Rumänien, Polen, Russland, Kanada, Chile, Argentinien, Mexiko.

GLE INTERNATIONAL