

Beispiel 15.1

Aus der inneren Isolation zur Existenz

Das Fallbeispiel eines 37-jährigen Informatikers mit zyklischer Depression verdeutlicht:

- ▶ u. a. das Konzept der Dereflexion im sokratischen Dialog,
- ▶ die Mobilisierung des Willens zum Sinn.

Das Fallbeispiel bezieht sich auf das Kapitel:

- ▶ 15.2 Theorie und Praxis der Logotherapie

Herr K., ein 37-jähriger Informatiker, ist gerade aus dem Psychiatrischen Krankenhaus nach einem zehntägigen Aufenthalt entlassen worden. Es war seine erste psychiatrische Behandlung. Herr K. ist seit zehn Jahren mit einer Soziologin verheiratet und hat zwei Kinder im Alter von acht und vier Jahren. Seit etwa fünf Jahren litt er, vorwiegend in den Wintermonaten, an depressiven Zuständen, die seine beruflichen und privaten Aktivitäten lähmten. Sein Leben war in dieser Zeit freudlos geworden. Nicht, daß er sich von den Aufgaben und Anforderungen seines Lebens überfordert gefühlt hätte. Er schaffte seine Arbeit, konnte sein Leben besorgen und die Familie erhalten. Aber er war unzufrieden mit seinem Leben, tagtäglich. Er fühlte sich eingeengt, was ihm in der Arbeit besonders deutlich war. Er brachte seinen Zustand daher in kausalen Zusammenhang mit der Unzufriedenheit an seinem Arbeitsplatz. Er kündigte. Dies löste nach kurzer Zeit eine starke innere Unruhe aus, die mit Resignation und Apathie verbunden war. In der Annahme (vielleicht Hoffnung?), es könne sich hier nur noch um eine Gemütskrankheit handeln, bat er selbst um Aufnahme ins Psychiatrische Krankenhaus. Er wollte eine Behandlung, denn was er erlebte, empfand er als „nicht mehr normal“, war ihm gänzlich unverständlich. In der Psychiatrie diagnostizierte man eine vorwiegend psychogene Depression auf fraglicher psychotischer Basis. Man entließ ihn nach zehn Tagen, in denen er Gespräche und medikamentöse Therapie erhalten hatte, mit einer mittleren Neuroleptikadosis und einem Schlafmittel, verbunden mit der dringenden Empfehlung einer Psychotherapie.

Der großgewachsene, schlanke Mann wirkt müde, interesselos in sich gekehrt, unsicher, fast scheu; die dünne Haut neigt zum Erröten, seine Hände sind leicht schweißig, man hat den Eindruck, daß der Patient durch die seelisch-geistige Verfassung seine labile, vegetative Veranlagung in ein Ungleichgewicht gebracht hat.

Die Anamnese brachte keine besonderen Problemkreise zutage. Abgesehen von der Unzufriedenheit mit der derzeitigen Arbeitssituation, die der Patient durch seine Kündigung schon selbst zu lösen begonnen hatte, ergab sich als einziges Problem die Unfähigkeit, aus seiner Freudlosigkeit und der inneren Spannung herauszukommen. Wo kann hier existenzanalytisch angesetzt werden?

Aus der Sicht der Existenzanalyse gelingt Leben dann, wenn der Mensch Sinnvolles realisiert, indem er Wertvolles verwirklicht. Genau daran aber mangelte es im Leben von Herrn K. Er spürte diesen Mangel in seiner ganzen Heftigkeit und Dringlichkeit, wandte sich aber mit aller Aufmerksamkeit seinen (inneren) Defizit-Gefühlen zu. Er konnte sie genau beschreiben, und er wußte, welche positiven Gefühle ihm fehlten. Aber er wußte nicht, wie noch gezeigt wird, um die Defizite, die er seinen Lebensumständen schuldig geblieben war und von deren Erfüllung her sich die ersehnten Gefühle hätten einstellen können. Dieser Mensch litt, auf einen Nenner gebracht, an der Unfähigkeit, zur Freude zu gelangen (was zur Diagnose „Depression“ geführt hatte).

Die kurze Zeit, die in dieser ersten Stunde noch verblieb, haben wir daher auf die Möglichkeiten, zur Freude zu gelangen, verwendet. Anamnestisch wurde wenig gefunden, was ihm in den letzten Jahren Freude gemacht hätte. Auf die Frage, womit man ihm jetzt eine Freude machen könne, wußte er keine Antwort. (Nach einer solchen allgemeinen Horizontabtastung werden in der Existenzanalyse die Fragen aufs Konkrete gelenkt, damit sie möglichst nahe an die Realität des individuellen Lebensgefüges des Menschen herankommen und so für ihn realisierbar werden.) Ob vielleicht seine Frau ihm heute irgendeine Freude machen könnte? Er wußte wieder keine Antwort. Alles, was ihn früher freuen konnte, freue ihn nicht mehr.

Die gestellten Fragen führten zu keinem positiven Ergebnis. Aber befanden wir uns nicht schon mitten in seiner existentiellen Sackgasse? Der Patient fand nichts, was ihm Freude *geben* konnte. Das gemeinsame Nachdenken stellte uns vor die erschreckende Leere seines Lebens, eines Lebens, das ihm nichts bieten konnte, was seinem Interesse entsprechen und genügen würde. Zwar enthielt sein Leben das, was andere als Freude bezeichnen. Ihn ab erfreute es nicht mehr. Was interessierte ihn? Er wollte, so sagte er, Freude haben, für sich haben. Er scheiterte an der Wirklichkeit und ging leer aus. Wo lag der Fehler?

Immer wieder muß die Existenzanalyse darauf hinweisen, daß sich Freude nicht direkt intendieren läßt. Sie läßt sich nicht wie durch einen Automaten willentlich produzieren und daher auch nicht besitzen. Der Freude geht ein *Grund* zum sich Freuen voran, und der liegt darin, daß man bei einer Sache oder bei einem Menschen ist, und wenn dies gut ist, wenn dabei etwas gelingt oder etwas Schönes erlebt wird, dann stellt sich auch die Freude von selbst ein. Man beschäftigt sich mit etwas und ist *in* der Freude. Wenn sich die Freude im Umgang mit einem anderen Menschen ereignet, so *ist* die Freude da, auch wenn nur der eine von beiden sie erlebt. Wer kennt das nicht, daß man erst später die Freude bemerkt und Zeit für sie hat?

Es gelangt der Mensch in den Bannkreis der Freude, wenn nur der transsubjektive Aspekt des Freude-*Machens* angestrebt wird, ohne Warten auf das Freude-gemacht-Bekommen. Die Freude stellt sich im Falle des Gelingens zwischen diesen zwei Menschen ein (und wird im günstigen Falle auch von beiden wahrgenommen). Beide Menschen erleben Freude, beide sind *in* der Freude. Zwischen subjektiver und objektiver Wirklichkeit schiebt sich die existentielle Wirklichkeit ein. Dem anderen wird Freude bereitet, und derjenige, der sie dem andern macht, ist mit dabei und erlebt sie (sekundär und vielleicht unbewußt) mit. Weil sich Gefühle sekundär einstellen, fragt die Existenzanalyse nicht primär nach ihnen (z. B. nach Wut auf die Gattin, Einsamkeit), sondern sie fragt nach den Möglichkeiten, die sich von der Lebenswelt (Husserl) her bieten.

Auf diesem existenzanalytischen Hintergrund ergab sich (was im übrigen schon Alfred Adler in ähnlicher Weise seinen depressiven Patienten zu empfehlen pflegte) als nächste Frage an den Patienten: „Was glauben Sie, womit könnten Sie Ihrer Frau eine Freude *machen*?“ Herr K. war sichtlich überrascht. Nach einer kurzen Pause meinte er, er könnte ihr besonders viel Freude machen, wenn er mit ihr über alles reden würde, vor allem auch über sich selbst und seine Gefühle. Aber das sei zu schwer für ihn, das schaffe er nicht. Vielleicht schaffe er es, ihr einen Blumenstrauß zu schenken. – Eine ungeahnte Schwäche war dem Patienten deutlich geworden. Dieses Defizit aufzuholen wurde nun vereinbart. Wir beschlossen gemeinsam, daß er nun bewußt nach Möglichkeiten Ausschau halten werde, wo und wie er jemandem Freude bereiten könne. Mit dieser Aufgabe wurde das logotherapeutische Ziel verfolgt, die existentielle Grundhaltung der Selbst-Transzendenz einzuüben. Das allein genügt aber nicht, denn es bedarf der Ergänzung durch die Erhellung der (bisher verborgenen) Sinnstrukturen in seinem Leben. Deshalb wurde der Patient gebeten, sich hin und wieder die Frage zu erlauben, wofür er diese oder jene Tätigkeit eigentlich unternahme? Kaum war diese Anregung ausgesprochen, meinte der Patient spontan: „Alles war in letzter Zeit ein Muß“. – Mit der Bemerkung, daß man nicht nur darauf schauen kann, ob man etwas tun *muß*, sondern sich auch überlegen kann, ob man es *für* etwas oder *für* jemanden tut, schlossen wir die erste Stunde.

Die zweite Stunde fand aus Termingründen erst neun Tage später statt. Aus Anlaß der Erlebnisse bei der Ausführung der „Aufgaben“ erzählte der Patient von seiner Scheu mit anderen, und besonders mit seiner Frau, über sich zu sprechen. Er wolle das Innerste nicht mitteilen. Immer, wenn seine Frau mit ihm sprechen wolle, gehen bei ihm „die Jalousien runter“. Dies trete auch dann ein, wenn seine Frau Hilfe von ihm wolle. „Da helfe ich ihr erst recht nicht, da bin ich egoistisch. Das tut mir zwar nachher leid, und irgendwo wundere ich mich darüber, daß ich ihr nicht helfe oder nicht mit ihr spreche ... Ich bin mir nicht sicher, ob es richtig ist, wenn ich mich vor ihr verschließe.“

Wenn seine Frau etwas von ihm wolle, so habe er den Eindruck, daß es ihr nicht gutgehe. „Aber ihr *muß* es gutgehen, damit sie mir helfen kann, wenn es *mir* schlechtgeht! Und darum kann ich nicht offen mit ihr sprechen, wenn *sie* es wünscht. Und ich kann nicht offen mit ihr sprechen, wenn es *mir* schlechtgeht, denn ich will nicht, daß sie über mein Seelenleben genau Bescheid weiß.“

Seinen Wunsch aufgreifend überlegen wir die Möglichkeit, sich von vornherein vorzunehmen, gar nicht über sich selbst zu reden, sondern jeweils nur über ein anstehendes *Thema* mit seiner Frau zu sprechen. (Logotherapeutische Methode der „Dereflexion“.) Ohne die Methode zu erklären, wurde sie in diesem Fall nur in die Logik des Patienten eingebaut mit der Bemerkung, er verrate dadurch ja nicht sich selbst, sondern er gebe höchstens *eine* Meinung von sich preis. Das konnte er gut akzeptieren.

In einem sokratisch geführten Gesprächsabschnitt ging es sodann um das Phänomen, daß er die „Jalousien dichtmache“, wenn seine Frau etwas von ihm wolle.

TH: „Glauben Sie, will Ihre Frau etwas von Ihnen?“

K: „Ja, daß ich mit ihr über etwas rede, was sie vorschlägt.“

TH: „Was wollen Sie ihr nicht geben, wenn Sie die Jalousien runterlassen?“

K: „Ich möchte nicht, daß sie zu viel von mir weiß. Sie soll keine Einsicht in meine Schwächen haben.“

TH: „Ihre Frau kennt Sie also nur als Supermann ... makellos ...?“

- K: „So kraß ist es sicher nicht.“
 TH: „Ein paar verzeihliche Fehler wird sie vielleicht kennen?“
 K: „Hm??“ – Pause.
 TH: „Eine Schwäche präsentieren Sie jedoch immer: *die Schwäche, nicht über Schwächen reden zu können*. Diese Schwäche ist vielleicht die größte Schwäche. Denn es gehört eine gewisse Stärke dazu, um über Schwächen reden zu können.“
 K: „Das ist bestimmt mein Hauptproblem. Früher habe ich das können. Es ist mir unverständlich, daß ich es jetzt nicht mehr kann, aber ich weiß jetzt einen triftigen Grund, warum ich mich in diesem Punkt ändern möchte und auch ändern werde.“

Diese Stunde brachte zweierlei: eine Entängstigung (Dereflexion; sokratischer Dialog) und eine starke Motivation, die Defizite zu bereinigen („Mobilisierung des Willens zum Sinn“).

Bei der dritten Sitzung, 17 Tage danach, fühlt sich der Patient sehr wohl, nimmt kaum noch Medikamente und hat die alte Arbeitssituation beendet. Das Verhältnis zu den Kindern ist besser, er empfindet sie nicht mehr als Belastung und macht regelmäßig Spaziergänge und kleine Unternehmungen mit ihnen. Mit seiner Frau hat er stundenlange Gespräche geführt. Was ihn jetzt beschäftigt, ist die Frage nach *dem Sinn der Krankheit* und wie sie überhaupt entstehen konnte. Herr K. beginnt, seine Vergangenheit Revue passieren zu lassen:

- K: „Grundlos ist die Krankheit sicher nicht gekommen. Ich habe intensiv gelebt, unheimlich viel ausgekostet, mein Leben zu einer Spitze hingetrieben ... Ich habe Sachen gemacht, wo ich gewußt habe, daß sie für mich und meine Familie schlecht waren, aber ich habe sie trotzdem gemacht. Ich habe schon in der Situation gewußt, daß es nicht gut ist – weder für mich, noch für meine Familie, noch für mein ganzes Leben ... Zum Zusammenbruch ist es gekommen, als ich gesehen habe, daß alles schiefgehen wird; Teile sind zumindest schiefgelaufen ... Ich habe es provoziert, daß ich gekündigt werde ... Ich habe meine Frau provoziert, daß sie sagen mußte: so geht es nicht weiter ... Ich habe Grenzen gesucht, ich wollte schauen, wie weit ich gehen kann, was ich mir erlauben kann. Ich glaubte, ich sei stark und könnte mir alles erlauben. Ich setzte mich über alle Grenzen hinweg, über Müdigkeit und Schlafstörungen. Ich war stolz zu sehen, was ich alles aushalte; da war zum Beispiel eine Feier, da ist richtig gesoffen worden, und ich war um acht Uhr wieder in der Firma. Heute weiß ich, daß man das einmal aushalten kann, aber wenn die Abstände zwischen den Feiern kürzer werden, dann zehrt das an der Substanz ... – So ist das alles gekommen, das ist die Antwort, das ist die Lösung.“

In diesem sehr klaren Bericht schilderte der Patient das, was er selbst zu seinem Zustand beigetragen hatte. Er wußte genau, daß er seine Grenzen erleben *wollte*, daß er provoziert hatte und die Situationen zuspitzte, daß er absichtlich gegen sich und seine Familie gehandelt hatte, um die Essenz des Lebens endlich zu spüren. Er wollte das erzwingen, was sich seinem Leben verweigert hatte, was er durch sein Leben verstellt hatte. Er sieht sich nun nicht mehr als Opfer seiner Krankheit, sondern erkennt, daß er am Geschehen seines Lebens entscheidend beteiligt ist.

In dem neuen Bewußtsein, selbst für seine Handlungen verantwortlich zu sein, stellte sich dem Patienten die besorgniserregende Frage, wieso man *willentlich und wissentlich etwas Falsches tun* könne? Im folgenden Gesprächsabschnitt wird zunächst die „provisorische Daseinshaltung“ (Frankl) deutlich, sowie sein Bestreben, alle Verantwortung für sein Leben von sich abzuschieben. Er verlor zunehmend das Interesse an der Welt, weil diese sich nicht seinen Vorstellungen beugte. Die Frustration seiner Forderungen an das Leben führte zur Apathie und zu aggressiven (provozierenden) Gegenreaktionen. Er manövrierte sich immer mehr in eine existentielle Leere hinein, in der er zwar seine Ansprüche erhob, aber nicht mehr selber aktiv wurde. Ein Leben, das solcherart apersonal geworden ist, verfehlt seinen Sinn, was in den Symptomen Apathie, Desinteresse, Freudlosigkeit und Sinnlosigkeit zum Ausdruck kommt.

- K: „Unklar ist mir nur, wieso ich manchmal Sachen machte, von denen ich von Haus aus wußte, daß sie falsch sind.“
 TH: „Sie sagten vorher, daß Sie im voraus sahen, daß alles schiefging. – Vielleicht wollten Sie mit Ihren Handlungen etwas provozieren? – Pause – Vielleicht das, daß die anderen den entscheidenden Schritt machen, bevor wieder etwas schiefgeht? Ich könnte mir vorstellen, daß Sie die anderen damit provozieren wollten, damit die sagen: so geht es nicht weiter!“
 K: „Möglich. In der Firma wollte ich zum Beispiel schon vor einem Jahr gehen.“
 TH: „Und Sie haben es nicht geschafft?“
 K: „Nein. Einmal habe ich es versucht. Aber ich habe von mir aus nicht viel unternommen.“

- TH: „Haben Sie das für gut befunden, daß Sie nichts unternommen haben?“
- K: „Es war mir im Grunde gleich. Es war mir damals alles wurscht, ich habe alles beiseite geschoben. Lebensfreude hatte ich sowieso keine mehr. Am liebsten wollte ich von nichts mehr etwas wissen. Ich habe von einem Tag auf den anderen gelebt ... Ich war einfach in meiner ganzen Situation nicht glücklich, weil ich es mir *anders vorgestellt* hatte. Ich wußte wohl, daß es zum größten Teil mein eigener Fehler war, daß es so gekommen ist in der Familie und im Beruf. Denn ich habe mich in mich zurückgezogen wie eine Schnecke, habe mich isoliert.“
- TH: „Das war vielleicht verbunden mit der Frage: Wozu soll ich überhaupt noch etwas tun?“
- K: „Ja, so etwa war es.“
- (Der Patient gibt nochmals eine ausführliche Schilderung seiner provozierenden Lebensweise – offenbar war ihm unklar, wie diese in eine Krankheit münden konnte.)
- TH: „Da blieb Ihnen dann der Ausweg, krank zu werden, um sich aus dem bisherigen Leben zurückziehen zu können, ohne das Gesicht zu verlieren? – Blieb Ihnen dieser Weg, weil Sie keine Kraft mehr hatten? Weil Sie nicht mehr spürten, daß das Leben schmeckt?“
- K: „Nein, das würde ich nicht sagen. Ich habe schon gewußt, daß das Leben schmeckt. Aber es waren immer unrealistische Situationen, in denen mir das Leben schmeckte: wenn ich unterwegs war mit Freunden, wenn ich saufen war. Und dann kam ich heim, da hat meine Frau gewartet, und ich habe mich unwohl gefühlt, wenn mir meine Frau Vorwürfe machte. Ich hatte ein schlechtes Gewissen, habe aber ihre Vorwürfe umgedreht, wahrscheinlich aus den Schuldgefühlen heraus. Und das war für meine Frau wieder unerträglich: Da kommt er spät nach Hause und macht mich noch dafür verantwortlich.“
- (Patient gibt wieder genaue Schilderung).
- TH: „Das war ein gutes Gespräch. – Etwas ist noch ungeklärt, nämlich weshalb Sie Dinge machten, obwohl Sie wußten, daß sie schlecht sind.“
- K: „Da war etwas *Selbstzerstörerisches*. Ich glaube, ich habe dabei versucht, die Grenzen zu sehen, und als ich sie gefunden hatte, bin ich am Boden gelegen. – Was ich Ihnen heute erzählte, habe ich vorige Woche meiner Frau erzählt. Sie hat es ganz ähnlich empfunden.“
- TH: „Was wollten Sie zerstören?“
- K: Pause.
- TH: „Was war Ihnen zu wenig? Was war schlecht? – Womit wollten Sie sich nicht abfinden?“
- K: „Das weiß ich bis heute nicht. Vielleicht wollte ich provozieren, damit ich einen neuen Anfang machen kann.“
- TH: „Eine Antwort haben Sie schon gegeben: Sie wollten etwas *zerstören*.“
- K: „Das habe ich schon damals gewußt.“
- TH: „Zerstören? – Zerstören will man nur etwas, was schlecht ist. Irgend etwas sehen Sie und entscheiden, daß Sie es zerstören wollen. Weil es Ihnen nicht genügt, weil es schlecht ist. *Sie zerstören etwas*, das weniger ist als Sie. Etwas, mit dem Sie sich nicht identifizieren können. Das Ihnen zu schlecht ist. Aber Sie stehen dabei über dieser Sache, sonst könnten Sie es nicht zerstören ...“
- K: „*Mein Leben*, so wie es ist, ist nicht gut, von dem wollte ich abrücken; so wie es war, wollte ich es zerstören ...“
- TH: „Das Leben hat Ihnen nur noch bei Ihren Freunden Spaß gemacht, das übrige Leben war Belastung.“
- K: (Nachdenklich und nach einiger Zeit) „Ja, kraß gesagt: Pflichtübung.“
- TH: „Und dieses Leben wollten Sie zerstören. ‚Selbstzerstörerisch‘ – denn es war *Ihr* Leben.“
- K: „So kann man das positiv ausdrücken. Irgendwie habe ich das früher auch schon gewußt – nur habe ich alles nicht wahrhaben wollen und nicht so ernst genommen.“
- TH: „Natürlich haben Sie das gewußt –“
- K: „... aber verdrängt.“
- TH: „Würden Sie meinen, daß es nicht der Wirklichkeit entspricht, wenn man es so positiv ausdrückt?“
- K: „So ja, freilich. Das ist wirklich der positive Kern.“
- TH: „Welches wäre der negative?“
- K: „Wenn man das nicht sehen würde.“
- TH: „Es ist sozusagen selbstverständlich, daß man selbstzerstörerisch wird, wenn man mit dem Leben nicht mehr zufrieden ist. Es kommen aber noch zwei weitere Dinge dazu. Zum einen: Sie haben an das Leben immer große Anforderungen gestellt.“

K: (unterbricht) „Das kommt bei mir bestimmt dazu, das ist bestimmt ein Fehler von mir: Ich stelle hohe Anforderungen, und wenn es nicht so funktioniert, wie ich es will, dann werde ich wütend und bin enttäuscht.“

TH: (Nach einem längeren Gespräch über die existentielle Grundhaltung zum Leben, die vom Menschen verlangt, daß er dem Leben Antworten gibt, weil er immer schon der vom Leben Befragte ist [...]):
„Man kann sich im Leben nicht alles richten, im Gegenteil, man hat sich nach dem Leben zu richten.“

Nun wurde – nach den Anforderungen – noch der andere Punkt besprochen, der existenzanalytisch gefunden wurde. Es stellte sich nämlich in den Gesprächen heraus, daß der Patient – vielleicht unbemerkt – alles *Erstrebenswerte vor sich selbst entwertete*. Diese anhaltende Entwertung hat dazu geführt, daß der Lebenswille des Patienten nun auf keine erstrebenswerten Ziele mehr stößt. Wenn zuerst alles, was sinnvoll und gut ist, zerstört wird, so findet der „Wille zum Sinn“ kein Ziel mehr; ähnlich einem Bumerang, der nur dann zum Ausgangspunkt zurückkehrt, wenn er sein Ziel verfehlt hat, wird der Mensch immer wieder auf sich selbst zurückgeworfen. Der Patient schaut bei diesem Sinnbild von Frankl ganz überrascht.

TH: „Ich weiß, Sie möchten sich nicht gerne durchschaut wissen. Aber ich kann Sie beruhigen, denn ich konnte Ihnen das aus einem anderen Grunde erklären. Nicht, weil ich Sie etwa durchschaut hätte, sondern weil es ein theoretisches Wissen darüber gibt, wie sich der Mensch verhält, wenn er sinnvoll leben will. Sie müssen nun selbst schauen, wie Sie mit diesen Instrumenten, die wir hier erhell haben, umgehen und sie in Ihrem Leben einsetzen.“

Was also hat dazu geführt, daß der Patient trotz seines schlechten Gefühls bewußt Falsches tun konnte? – Er schildert es sehr schön: Ihm war alles gleichgültig geworden aus einer tiefen Enttäuschung über das Leben, das nicht seiner Vorstellung und seinen Forderungen entsprach. Gekränkt zog er sich in sich selbst zurück und versuchte, aus seiner trotzig Bastion heraus zu erzwingen, was das Leben ihm (aus eigenem Verschulden) vorenthielt. Daraufhin wandte er sich gegen das Leben, gegen sein Leben, und wurde „selbstzerstörerisch“. Es wäre zu wenig, dies auf ein *Gefühl* der Rache zurückzuführen, denn es war eine Lebenshaltung geworden.

Entscheidungen haben ihn dazu geführt. Die Entscheidungen aber waren von Gefühlen der Enttäuschung, der Verbitterung, der Wut und des Hasses begleitet. Er wußte nur eines: er mußte von diesem alten Leben loskommen. Aber er sah nicht, wie ihm das gelingen könne, denn er hatte sich den Ausweg selbst versperrt. – Wodurch hatte er sich den Ausweg versperrt? Da war zum einen seine Vorstellung darüber, wie das Leben zu sein habe. Mit dieser Vorstellung waren natürlich Anforderungen an das Leben verbunden. Und da waren zum anderen, als notwendige Begleitung dieser Haltung, ständig Entwertungen vorgenommen worden. Wer fordernd an das Leben herangeht, der muß auch ständig Dinge beiseite schieben, die sich ihm in den Weg stellen, auch wenn es sich um wertvolle Dinge handelt. Nur so kann die Forderung auf alle Fälle durchgesetzt werden.

Dieses Problem, wie der Mensch absichtlich etwas Falsches tun könne, stellt sich auch der Existenzanalyse. In dem genannten Gesprächsabschnitt ist deutlich geworden, welche Vielfalt von Gründen und Entscheidungen dazu führen können, und wie existenzanalytisch damit umgegangen wird. Wichtig ist in einer Existenzanalyse, daß das, was trotz der Entscheidung für das Falsche eigentlich an Positivem angestrebt wird, herausgearbeitet wird. In diesem Fall war es das verschüttete Wissen, daß der bisherige Lebensstil nicht gut war, so daß er von ihm loskommen wollte.

Zwölf Tage später findet das letzte Gespräch statt. Der Patient fühlt sich wohl, nimmt seit elf Tagen keine Medikamente mehr, plant einen Urlaub und sucht gerade eine neue Arbeit. Er meint einleitend, daß das vorangegangene Gespräch seine Hauptprobleme klargestellt hätte. Die Erklärung über die Entwertung der intendierten Lebensziele und vom *Bumerang, der nun ihn treffe, weil er die Ziele in der Welt verfehlt habe*, sei ihm sehr nachgegangen. Es sei ihm klargeworden, daß der Mensch selbstzerstörerisch werde, wenn er das Interesse an der Welt verliere. Er habe jahrelang, wenn Probleme auftauchten, sich vorwiegend mit sich selbst beschäftigt und großes *Selbstmitleid* gehabt. In den letzten Tagen sei ihm klargeworden, daß dieses Selbstmitleid eine „Form der Selbstzerstörung“ gewesen sei. Wenn sich ihm der Satz aufdrängte: „Du kannst es ja ändern – warum tust Du es nicht?“, dann habe er immer begonnen, sich zu bemitleiden und habe abgewartet, bis sich die Sachen von selbst geändert hätten oder bis die ändern gehandelt hätten. Er empfand das Selbstmitleid immer schon als lähmend, aber nun sei ihm deutlich geworden, wie destruktiv es in seinem Leben gewesen sei.

Eineinhalb Jahre nach diesem Gespräch sagte mir Herr K. gelegentlich, daß es ihm ohne Medikamente und ohne Behandlung „sehr gutgeht“. Es hätten sehr viele Gespräche mit seiner Frau stattgefunden. Die „depressiven Phasen“ seien sogar gänzlich ausgeblieben. Er meinte noch, daß er nach dem Schrecken eines unverschuldeten Autounfalls sich wieder besonders intensiv an unsere Gespräche zurückerinnert hätte.

Mit der Darstellung dieser Behandlung soll nicht der Eindruck erweckt werden, daß die Existenzanalyse und Logotherapie stets auf raschem Wege anhaltende Besserungen erzielen können. Der Autor ist mit Mahoney (1985, S. 41) der Überzeugung, daß die Länge einer Therapie nicht mit der Qualität gleichgesetzt werden kann (manche Patienten und manche Therapeuten brauchen mehr Zeit, andere weniger – was nicht nur vom Können des Therapeuten und auch nicht nur vom Bemühen des Patienten abhängt). Das Beispiel wurde gewählt, weil durch die Leistung des Patienten eine dichte Abfolge existentiell wichtiger Erkenntnisse und Einstellungen vorlag, und um zu zeigen, daß Logotherapie *auch* in wenigen Sitzungen Grundlegendes erreichen kann, wenn der Patient dafür empfänglich ist. Nach unserer Erfahrung können einige wenige Gespräche nur dann eine durchhaltende Besserung bewirken, wenn der Patient durch sein Leiden und seine Einstellungen schon nahe an eine existentielle Denkweise herangekommen ist. Meistens ist eine längere Wegbegleitung nötig.

aus: Längle, A. (1988). Wende ins Existentielle. Die Methode der Sinnerfassung. In A. Längle (Hrsg.), Entscheidung zum Sein (S. 68–82). München: Piper. S. 70–82

Beispiel 15.2

Logotherapie bei schizoaffectiver Psychose

Das Fallbeispiel eines 20-jährigen Mannes mit schizoaffectiver Psychose verdeutlicht:

- Konzepte und Interventionen der Logotherapie wie die paradoxe Intention,
- einige Erweiterungen der Existenzanalyse (implizit).

Das Fallbeispiel bezieht sich auf das Kapitel:

- 15.2 Theorie und Praxis der Logotherapie

Ein 20-jähriger Patient mit einer schizoaffectiven Psychose kommt in suizidaler Einengung zur stationären Aufnahme in die Psychiatrische Universitätsklinik. Er leidet an depressiven Gefühlen. Er ist schwunglos und erlebt sich als dauernder Versager. Schwere Schuldgefühle belasten ihn. Er hat Angst. Auch sein Denken ist gestört, von Wahnvorstellungen und Halluzinationen irritiert. Er fühlt einen starken Zwang, seine Intelligenz ständig mit der anderer Menschen zu vergleichen. Obwohl er erschöpft ist, schläft er schlecht und kann am Morgen nur schwer aufstehen.

Bei der Aufnahme ist der Patient in der Bewußtseinslage klar und voll orientiert. Die Stimmungslage ist deutlich depressiv, der Antrieb herabgesetzt und nur im negativen Bereich affizierbar. Der Gedankenduktus ist geringgradig beschleunigt, vereinzelt treten Sperrungen auf, öfters weitschweifige Entgleisungen und metaphorische Sprache, welche der Patient jedoch korrigieren kann, um wiederum zum ursprünglichen Denkziel zurückzukehren. Weiters werden vom Patienten Personenverkennungen, Anmutungserlebnisse, coenästhetische Halluzinationen (die Augenbrauen betreffend), sowie akustische Sensationen geschildert (Lärm und Geräusche werden zu Musik). Es besteht ein massives Insuffizienzgefühl mit Schuldkomplexen, welche wahnhaft ausgebaut sind. Zu beobachten sind Grimassieren und psychomotorische Unruhe. Das Einschlafen ist gut, jedoch treten Alpträume und frühzeitiges Erwachen auf; am Morgen bleibt der Patient bis 11.00 Uhr im Bett liegen. Am Abend erlebt er eine deutliche Remission der Antriebsstörung, des schlechten Befindens, der depressiven Stimmungslage und der Zwangssymptome. Konzentration, Auffassung und Aufmerksamkeit unterliegen ebenfalls einer Tagesrhythmik. Der Appetit ist deutlich herabgesetzt; Tremor, Tachykardieanfälle mit Herzstechen und quälender Angst begleiten ihn über den Tag. Es bestehen starke Zwangsvergleiche (besonders bezüglich seiner Intelligenz), welche den Patienten sehr stark beschäftigen und im klinischen Bild imponieren.

Auf seine Lebensgeschichte angesprochen, schildert der Patient, daß er immer schon ein introvertierter Mensch gewesen sei, daß er jedoch seit dem 17. Lebensjahr eine deutliche Veränderung bemerkt habe. Seit damals sei sein „Lebenstrieb“ weg, er hätte überhaupt keinen Elan mehr. Damals seien erstmalig „Depressionen“ mit Kopfweh, Übelkeit, Antriebslosigkeit und Konzentrationsstörungen aufgetreten. Darüber hinaus kennt der Patient auch noch deutliche Phasen, welche Wochen bis Monate andauern, in denen es zu einer Verschärfung der Symptomatik gekommen sei.

Der Patient schaffte mit großer Anstrengung und immerhin mittelmäßigem Erfolg die Matura. Schon damals beschäftigte er sich mit seiner Intelligenz, als er merkte, daß es Zeiten gab, wo etwas in seinem Kopf „nicht in Ordnung“ war. Er verglich sich immer wieder mit anderen, vor allem mit seinem Vater, mit dem er sehr konkurrierte. Aber auch auf andere Personen aus seinem unmittelbaren Lebensbereich bezog sich sein Vergleichen der Intelligenz, das ihn schon damals nicht mehr losließ. Der Patient hatte das Gefühl unablässigen Bedrohtheits, weil er viel minderwertiger und insuffizienter sei als seine gesamte Bekanntschaft. Es war damals schon ein gequältes Leben, belastet von Vergleichszwang und gepaart mit dem beängstigenden Erleben der Wahrnehmungsstörungen. Er grübelte immer wieder über seine Intelligenzleistungen nach, begann schließlich Bücher über Intelligenztests zu lesen. Bald gab er seine gewohnten Tätigkeiten wie Fernsehen, Lesen und Theaterbesuche auf, weil es ihm unmöglich war, dem Inhalt zu folgen und ihn sich zu merken.

Etwa drei Monate vor dieser Aufnahme begann die beschriebene Syndromatik. Die Krankheit brach bald so heftig aus, daß der Patient einen Selbstmordversuch machte. Er kam daraufhin für drei Wochen ins Krankenhaus, wo er antidepressive Medikamente erhielt, die eine deutliche Besserung der Beschwerden bewirkten. Einen Monat nach der Entlassung kam es zu einem Rückfall unter dem gleichen Bild, was zu dieser Krankenhausaufnahme führt.

Diesmal erhält der Patient zunächst eine kombinierte Therapie mit Neuroleptika und Antidepressiva und erlernt während des Aufenthaltes das autogene Training und die Jacobson-Entspannung. Auch geht er täglich in die Ergotherapiegruppe und

erhält eine Gesprächstherapie von einem Psychiater der Station. Diese Behandlung führt zu einer guten Remission der Symptome. Es bleiben jedoch die Tachykardieanfälle, die Zwangsvergleiche, sowie der Tremor, verbunden mit Angst und einer verminderten Belastbarkeit im Sinne einer Defizienzsymptomatik. Gegen Ende des fünfwöchigen Aufenthaltes entwickelt der Patient noch eine hypomane Stimmungslage. Ein halbes Jahr nach der Entlassung taucht wiederum eine depressive Syndromatik auf, auf die hin eine Einstellung auf Lithium erfolgt. In der Folge wird eine regelmäßige Psychotherapie über die Dauer von zwei Jahren begonnen, bei der mit dem Patienten existenzanalytisch gearbeitet wird. Diese Behandlung wird im folgenden beschrieben.

Die Existenzanalyse

In den existenzanalytischen Gesprächen, die regelmäßig einmal in der Woche über eine Stunde geführt werden, stehen zunächst zwei Aktualthemen im Vordergrund. Einmal plagen den Musikstudenten berufliche Sorgen, und zwar in doppelter Hinsicht: Es quält ihn die Unsicherheit, ob er wohl eine Anstellung erhalten werde. Dieser Frage folgt der Zweifel, ob er sich in einer Anstellung, „im Leben“ also, überhaupt bewähren werde? Zum anderen ist ein wichtiges Thema seine Beziehung zu einer Studentin. Das Problematische an dieser Beziehung ist, daß er seine Freundin für einen ganz bestimmten Zweck ständig einspanne. Er „verwende“ sie ständig als Objekt zum Intelligenzvergleich.

In der Besprechung dieser beiden Themen kann herausgearbeitet werden, daß beide eine *formale Gemeinsamkeit* haben. In beiden Fällen bleibt der Patient durch seine übertriebenen Reflexionen in sich selbst verhaftet. Seine *Hyperreflexion* [...] besteht im andauernden Intelligenzvergleich mit seiner Freundin, eine Handlung, die er durch den Einsatz von Intelligenztests noch forciert. Auch im Beruf ist seine Aufmerksamkeit auf das Sich-Vergleichen, auf das ängstliche Beobachten gerichtet, welcher Musiker wohl besser sein könnte als er und ihm vielleicht vorgezogen werden könnte. Mit Hilfe der Existenzanalyse wird der Grund erhellt, der hinter diesem Verhalten steht und in ihm zum Ausbruch kommt. Sich ständig testen zu lassen, sich unablässig Vergleichen zu unterziehen, stellt den Versuch dar, mit einer unbewußt gebliebenen, tiefen Verunsicherung fertigzuwerden. Sie klaffte durch den Beginn der psychotischen Symptomatik auf, als er merkte, daß in seinem „Kopf nicht alles in Ordnung“ sei. Aber Haarrisse finden sich schon früher, in seiner Jugendzeit nämlich, als er peinlichst darauf bedacht war, gute Schulleistungen zu erbringen, um sich „im Leben zu bewähren“. Was wäre er ohne Schulerfolg gewesen? Wie hätten ihn seine Eltern gesehen, „die anderen“, wie wäre er vor sich selber dagestanden?

Wozu führte die Hyperreflexion? Der Vergleich mit anderen stillt keineswegs seinen Durst nach Selbstsicherheit. Die Erwartungsangst, vielleicht nicht gut genug zu sein, nicht der Beste, der Intelligenteste zu sein, ist der Motor eines Teufelskreises, der seine Angst nur wiederum verstärkt [...]. Vegetative Symptome treten auf (Herzklopfen, Schlafstörungen, Zittern), und erneut bricht die Erwartungsangst, er „könnte am Ende das Ziel nicht erreichen“, mit voller Wucht auf ihn herein. Immer mehr vergißt und übersieht er die Freunde, die Mitwelt, mit der er in guter Beziehung verbunden ist. Er vereinsamt und leidet an der zunehmenden Isolation. Er beginnt, für die Beruhigung der Erwartungsangst zu leben; für alles andere verliert er jegliches Interesse. In der Folge kommt es zu einem deutlichen Mangel an Initiative. Das Vollbild eines „existentiellen Vakuums“ [...] liegt vor. In seiner Leere wächst die Todesangst, „zu früh sterben zu müssen, ohne gelebt zu haben“. Er hat das Gefühl, nun vollends versagt zu haben und gänzlich wertlos zu sein, was ihm im Vergleich mit anderen noch deutlicher würde. Die Mißachtung des situativen Anspruchs („Sinn“), dem er immer häufiger seinen eigenen, ängstlichen Anspruch voranstellt, wirft in ihm die radikale Sinnfrage auf und stellt ihn vor die Existenzfrage.

An diesem Punkt wird existenzanalytisch der tiefste Grund deutlich, der hinter der Verunsicherung steht und zu ihr geführt hat. Wofür nämlich versucht dieser Mensch seit der Schulzeit und durch alle Krankheit hindurch zu leben? Welchem Lebenssinn geht er nach? – Er sagt es selbst: „Ich sehe keinen Sinn im Leben, wenn ich mich nicht in produktive Leistung umsetzen kann.“ Er lebt für die Leistung; was er dafür sein muß, ist einwandfreie „Funktion“. *Sein Leben ist Funktionieren*, denn er erliegt dem irrigen Glauben („Scheinsinn“), was den Menschen ausmache, sei die erbrachte und anerkannte Leistung. Sein Leistungsdrang stürzt ihn in einen krampfhaften Versuch, die Leistung zu verbessern. Um aus dieser existentiellen Sackgasse herauszukommen, in der er immer mehr gefangen ist, setzt er die ihm bekannten Mittel mit äußerster Anstrengung ein. Was er dabei aber übersieht ist, daß erfülltes Leben nicht in der Erfüllung von Erfolgswünschen liegt, sondern in der Leistung, auf die jeweils notwendige Aufgabe einer Situation handelnd zu antworten. In seiner Haltung findet er nun keine Zeit mehr, sich anfragen zu lassen, weil er selbständig Fragen stellt, Fragen an die Welt um ihn (Wie gut bin ich? Werde ich mit dem, was ich kann, auch akzeptiert werden? Bin ich gut genug? ...).

Hinter der Hyperreflexion steht, wie gesagt, eine tiefe Verunsicherung. Wohl haben Kindheitserlebnisse, Elternbeziehung und Erziehung einen beträchtlichen Teil dazu beigetragen, aber als entscheidendes Moment kann hinter dieser Verunsicherung eine Lebenshaltung aufgedeckt werden, die auf einen Scheinsinn ausgerichtet ist. Auf die in der Jugendzeit aufbrechende Frage: „Wer bin ich“ fehlte die existentielle Antwort. Es entstand Unsicherheit. Der Patient begann daraufhin, sich mit seiner Unsicherheit zu beschäftigen und versuchte, sie loszuwerden (Anpassung, Leistung, sich produktiv umsetzen). Produkte kennen einen Feind: die Konkurrenz. Erneut klinkt die Unsicherheit ein, die ihn nun veranlaßt, sich ständig zu messen. In dem Maße, wie er mit dem Messen beschäftigt ist, sinken aber seine Leistungen zusammen, und die Unsicherheit steigert sich zur Todesangst. „Wer bin ich?“ – wiederum stellt sich diese Frage, aber diesmal gemeinsam mit einem Therapeuten.

Die Logotherapie

Schon die ersten Sitzungen dienen der logotherapeutischen Behandlung, die dem existenzanalytischen Erhellungsprozeß parallel geschaltet wird. Die Schilderung der Aktualproblematik mit der manifesten Hyperreflexion bzw. der ihr zugrundeliegenden Hyperintention des Zieles, der intelligenteste und konkurrenzlos beste Musiker zu werden, wird nicht unkommentiert belassen. Es wird dem Patienten von Anfang an die deletäre Auswirkung seiner Hyperreflexion erklärt [...]. Das krampfhaftes Eingehen auf die Angstinhalte und das Beobachten der Welt bringe ihn in eine Perspektive (Selbstvergleiche), unter der seine Leistungsfähigkeit eine drastische Einbuße an Effizienz erfahre. Somit erreiche er gerade das Gegenteil von dem, was er wolle und hindere sich selbst, Erfolg zu haben.

Es gehört zur ersten Phase einer Logotherapie üblicherweise dazu, durch ein *Erklärungsangebot* die existentielle Neuorientierung zu erleichtern. Oftmals können dadurch falsche und deshalb hinderliche Vorstellungen beseitigt werden, oder es kann ein Wissensdefizit beglichen werden, was zu einer entängstigten und natürlicheren Einstellung führen kann. Als es deutlich wird, daß der Patient mit Unverständnis seiner Krankheit gegenübersteht, werden ihm medizinische und psychologische Theorien über seine Krankheit kurz erklärt. Das Unverständnis für den Ausbruch der Krankheit machte ihm Angst, und er versuchte ihr gegenzusteuern. Erst die Erklärung biochemischer Zusammenhänge entlastete ihn. Das Auffinden der biographischen Zusammenhänge, die zur spezifischen „Pathoplastik“ [...] der biologischen Störung geführt haben, gibt ihm ein tiefes Verständnis seiner Probleme und stellt die Kohärenz seiner Lebensgestalt wieder her. Er hat so die Grundlage erhalten, seine Krankheit annehmen zu können: Es wird mit ihm herausgearbeitet, wie sehr er schon in der Jugendzeit die Genauigkeit in seinen Tätigkeiten und in der Schule pflegte. Seine Übergenauigkeit bzw. seine zwanghafte Veranlagung schlug dann im Rahmen seiner Erkrankung in eine Zwangssymptomatik um und entglitt der Steuerung. Er versteht nun, daß er mit seiner Verhaltensweise und mit seiner Veranlagung gerade *diese* Symptomatik erhält, warum er gerade *so* sein „muß“. Er versteht, daß das Symptom mehr ist als *nur* Krankheit, daß es Ausdruck von seiner Person ist [...] und eine für ihn spezifische Seinsweise darstellt. Somit ist das Symptom nicht mehr einfach „das Schlechte“, „das Fremde“, sondern etwas, das zu ihm gehört. Er beginnt sich zu begreifen.

Das aber würde noch wenig helfen, wenn es nicht gelänge, über alles Verständnis hinaus eine Zukunftsperspektive zu eröffnen. Etwas verstanden zu haben, heißt ja noch nicht, es als sinnvoll erkannt zu haben. Wo aber liegt hier der Sinn? – Die Krankheit ist gegeben, kann mit dem besten Willen jetzt nicht abgeschaltet werden. Aber sie ist mehr als gegeben – sie ist auch *aufgegeben*. Die Aufgabe liegt darin, sie zu meistern und sich nicht von ihr unterkriegen zu lassen. Der Patient versteht (und das entspricht ja seinem grundsätzlichen Willen), daß seine Aufgabe darin besteht, *trotz* der Beschwerden „da-zu-sein“, wo immer es möglich ist, sich einzulassen auf das „Gebot der Stunde“. In zunehmendem Maße erfährt er dadurch, daß neben der einschränkenden Krankheit noch Platz ist für gelebtes Leben. Er läßt das Funktionieren-müssen zusehends beiseite und widmet sich mehr und mehr den inhaltlichen Anfragen seines Lebens: Er geht auf den Vater und die Schwester ein; er spielt Musik, statt „besser sein wollen“. Erste Erfolge stellen sich ein. Das Zittern läßt nach, er bekommt Anerkennung, findet Rückhalt in der Familie. Lernte er zuerst, *trotz* der Beschwerden, etwas Lebensraum zu gewinnen (Dereflexion), so lernt er nun, mit seinen Beschwerden umzugehen.

Die Erfahrung, Aufgaben verwirklichen zu können, trotz der Symptome und trotz des Sich-Vergleichens, ermutigt den Patienten außerordentlich und eröffnet in der Behandlung neue Möglichkeiten. Nach einer internen Durchuntersuchung wegen seiner Tachykardieanfälle, die keinerlei pathologische Befunde ergab, wird er angewiesen, regelmäßig trotz seiner Angst und trotz seinen Tachykardieanfällen jeden zweiten Tag einen langen Waldlauf zu machen. Er soll dann berichten, wie oft er wegen seiner Symptome abbrechen müsse. Dieses Training verdeutlicht noch mehr, wie sehr er sich von seinem Psychophysikum absetzen kann. Schon in der ersten Woche berichtet er voller Freude, wie gut er sich über die Angst hinwegsetzen könne und daß sie daraufhin we-

sentlich seltener und kürzer aufträte. Gleichzeitig nehmen die Intelligenzvergleiche ab. Er lernt, wie er zu seinen Symptomen Stellung beziehen kann, ein Akt, in dem die Intaktheit seiner geistigen Person zum Ausdruck kommt. Sein Selbstwertgefühl steigt.

Das gewonnene Terrain personaler Entfaltung gilt es nun auszuweiten. Mit Hilfe der *paradoxen Intention* [...] lernt er, wie er gegen sein Zittern beim Vorspielen auftreten kann. Es gelingt ihm, sich vor den Aufführungen vorzunehmen, so sehr zittern zu wollen, daß das ganze Publikum (inklusive Orchester und Dirigent) ausschließlich ihm zuschauen werde und daß er so lange weiterzittere, bis ein tosender Applaus des Publikums seine „schöne Zittermusik“ honoriere.

Aufbauend auf diesen positiven Erfahrungen, die er beim Waldlauf und beim Zittern machte, wird abschließend auf die Erfüllung seines Lebens mit Sinn besonderes Augenmerk gelegt, indem der Eigenwert des Handelns und insbesondere des Musizierens mit ihm besprochen wird. Anstellung, Ansehen oder Anerkennung stellen eben keinen Sinn dar, sondern sind jeweils nur Möglichkeiten für sinnvolles Leben, die aber ohne sinnvolle Verwendung leer bleiben. Sie sind stumm wie das Musikinstrument, das erst durch den Musiker seinen Sinn erhält, wenn es für das Spielen von Musik herangezogen wird. Ebenso komme es bei ihm darauf an, durch den Einsatz für seine Lebensaufgaben (Studium, Arbeit, Üben, Musikhören, Begegnung mit Menschen) mit Hilfe seiner Fähigkeiten dem Leben eine „Musik“ zu entlocken; und es sei wichtig, diese Musik des Lebens zu hören und nicht nur ihre Dissonanzen (Fontane). Dieser Gedanke bahnt ein ganz neues Selbstverständnis des Patienten an.

Die logotherapeutische Behandlung umfaßt in diesem Fall mehrere Schritte.

1. Sie beginnt mit *Erklärungen* über die Pathogenität von Verhaltensweisen (besonders der Hyperreflexion), vermittelt Wissen über das Krankheitsgeschehen und versucht, die Spezifität der Symptome aufgrund der Biographie und Lebenseinstellung verständlich und begreifbar zu machen.
2. Dann folgt eine *dereflektorische* Vorgangsweise, während der kaum noch über die Symptome und Beschwerden gesprochen wird. Die ganze Aufmerksamkeit wird den ungenützten Möglichkeiten zugewendet (in diesem Fall war es besonders der Umgang mit den Familienangehörigen sowie der Sport). Dadurch wird der Patient aus der Lähmung herausgeführt und aktiviert.
3. Mit Hilfe der *paradoxen Intention* wird der Lebensraum ausgeweitet und eine humorvolle Distanz zu den abklingenden Symptomen gewonnen.
4. In der Konsolidierungsphase geht es um die Grundausrichtung des Patienten in seinem Leben. Es geht darum, den Lebensumständen die *echten Sinnmöglichkeiten* zu entnehmen, den Eigenwert der Dinge zu erkennen und sich auf ihn einzulassen. Seine Veranlagung zu Genauigkeit, die einst zur Ausprägung seiner Symptome geführt hatte, wird als positive Kraft zum Einsatz gebracht in seiner Arbeit als Musiker. Der Erfolg bestätigt ihm den Wert, den Genauigkeit haben kann.

Unter Beibehaltung der Lithiumprophylaxe kam es seither (zwei Jahre) zu keinem Rückfall mehr. Der Patient hat inzwischen das Studium abgeschlossen, kann angstfrei und ohne körperliche Beschwerden (Angstattacken, Zittern) in Orchestern spielen. Er macht als Musiker eine hervorragende Karriere und bewirbt sich für die Spitzenorchester. Eine kürzlich erfolgte Absage von einem solchen Orchester nimmt er gelassen, ja sogar humorvoll hin. Die Beziehung zu seiner Familie ist offener, geprägt von seiner Anteilnahme und seinem Einsatz für sie. Das Sich-Vergleichen hat gänzlich aufgehört. Er konnte daher die Beziehung zu seiner Freundin neu überdenken und lösen. Er weiß nun, daß die existentielle Frage nicht ist: Warum habe ich Konzentrationsstörungen? sondern: Was mache ich (a) *trotz* der Konzentrationsstörungen und (b) *aus* den Konzentrationsstörungen („Kopernikanische Wendung“ in der Fragehaltung)? Es ist ihm klar, daß er mit seinen Fragen (und seinem Sich-Vergleichen) sich nur blockieren würde und mit der Zeit zu Recht wieder Angst vor dem Tod bekäme (weil sie eine Angst vor dem Nichts wäre, eine Angst nämlich, sein Leben nicht erfüllt zu haben). Mit Hilfe der „Selbst-Distanzierung“ gelangte er zu einem freien Umgang mit sich selber („Ich bin mir in die Hand gegeben – also kann ich mit mir umgehen“). Das Entdecken der echten Werte im Leben erlaubt ihm (auf der Basis der Selbst-Distanzierung) in Beziehung zu ihnen zu treten und bereitwillig Verantwortung zu übernehmen. Über die anfängliche Akzeptanz der Krankheit hinaus gelangt er zu einer *Aussöhnung* mit dem Vorgegebenen, das dadurch einer tiefgreifenden Veränderung unterliegt und schließlich überwunden werden kann. Er selbst ist geöffnet auf die Welt und ihre Werte hin. Mit seiner neuen Lebenshaltung gelingt es ihm, nicht mehr bei sich hängen-zubleiben, sondern, dem Wesen der Existenz entsprechend, handelnd in die Welt hineinzuwirken (Frankl; Wittgenstein), zum Wohle anderer und für sich selbst.

aus: Simhandl, C., Längle, A. (1988). Existenzanalyse bei einer schizoaffektiven Psychose. In A. Längle (Hrsg.), Entscheidung zum Sein (S. 87–96). München: Piper. S. 87–96.