

Vom Eindruck zum Ausdruck

Existenzanalyse einer depressiven Dekompensation

Erika Luginbühl-Schwab

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

Schlüsselwörter: Depression, Fallstudie

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

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

Key words: depression, case study

1. Aktuelle Situation

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

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

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

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

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

Diagnosen:

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

2. Kurze Zusammenfassung der Lebensgeschichte

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

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

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

3. Existenzanalytisches Verständnis der Pathogenese der Depression

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

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

1. GM: Dasein-Können

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

2. GM: Wertsein-Mögen

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

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

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

3. GM: Sosein-Dürfen

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

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

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

4. GM: Sinnvoll leben

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

3.2 Pathogenese aufgrund des Prozessmodells der Person

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

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

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

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

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

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

3.3 Pathogenese zusammenfassend

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

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

4. Therapeutisches Vorgehen und Behandlungsverlauf

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Ergebnisse

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

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

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

6. Resümee

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

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

Literatur

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

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