

Psychotherapie eines Patienten mit schizoaffektiver Psychose

Eine Falldarstellung

Patricia Freitag

Die vorliegende Falldarstellung beschreibt den vierjährigen Therapieverlauf eines Patienten mit schizoaffektiver Psychose. Erstkontakt, Familien- und Sozialanamnese sowie die Krankheitsanamnese werden zur besseren Übersichtlichkeit gesondert beschrieben. Der Therapieverlauf schildert sodann auf dem Hintergrund der existenzanalytischen Anthropologie die Themenschwerpunkte, die in den Stunden über lange Strecken behandelt wurden. Parallel dazu wird ein Einblick in die gleichzeitig laufende medikamentöse fachärztliche Behandlung gegeben.

Durch die wiederkehrenden depressiven Episoden mit ausgeprägten Wahrnehmungsstörungen (Farben und/oder Geräusche werden intensiver, lebhafter wahrgenommen, scheinen eine besondere Bedeutung zu bekommen, die der Patient nicht klären kann, was ihn ängstigt) fühlt er sich behindert in seinen Leistungen (der Patient schreibt zur Zeit an seiner Diplomarbeit), grübelt allein in seiner Wohnung vor sich hin, klagt über hypochondrische Ideen (Gefühl, an Aids zu leiden; Angst, an einem Augentumor zu erkranken und in der Folge zu erblinden; Angst, einen Gehirntumor zu haben, wenn Kopfschmerzen auftreten; Angst, an einem Darmverschluss zu sterben bzw. an einer Herzklappenentzündung). Zwischendurch beschreibt Konrad Wochen des psychischen und körperlichen Wohlbefindens und über einige Zeitspannen auch ein Lebensgefühl, das er „high“ nennt. Von seiner Schwester, die Medizin studiert, weiß er, daß die Tendenz zu einer Psychose ererbt sein kann und hält deswegen seine eigene Erbmasse für „nicht in Ordnung“.

Der Patient war bis 2 Jahre vor Therapiebeginn in fachärztlicher Behandlung, wobei die Diagnose „endogene Depression“ lautete. Über den Zeitraum von 14 Monaten wurde er mit einem trizyklischen Antidepressivum (Anafranil) und einem Tranquillantium (Praxiten) behandelt. Er beschreibt die üblichen Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie und kritisiert, daß trotz hoher Dosierung die oben beschriebene Symptomatik nicht wesentlich gemildert worden sei. Konrad besteht darauf, daß „mehr los sei“ mit ihm als nur eine endogene Depression. Er kenne Menschen, die an einer solchen Erkrankung leiden, bei denen sei das ganz anders. Und überdies habe sein Bruder nach einem LSD-Trip vor mehreren Jahren für ca. 18 Monate an wiederholt auftretenden Episoden psychotischen Erlebens gelitten, die ebenfalls fachärztlich behandelt wurden. Sein eigenes Leiden ähnele seiner Ansicht nach mehr einer Mischung aus Symptomen der Erkrankung des Vaters und des Bruders.

Der Patient will erfahren, woran er nun wirklich leide und sich nicht nur mit Medikamenten „vollpumpen“, die

Erstkontakt

Konrad, ein 26jähriger Patient, meldet sich in der Praxis zu einem Erstgespräch, weil er, wie er es formuliert, an der „Angst, verrückt zu werden“ leide. Er wolle nicht so enden wie sein Vater, ein Bankdirektor in Frühpension, der vor einigen Jahren an den Folgen einer schweren Alkoholkrankung verstarb. Im Erstgespräch schildert Konrad, daß der Vater die letzten 30 Jahre seines Lebens immer wieder aufgrund einer manisch-depressiven Erkrankung in psychiatrischer Behandlung gewesen war, wobei der Alkoholkonsum nach Meinung des Patienten einen Copingmechanismus mit den depressiven Episoden darstellte. Konrad, der technische Mathematik studiert, erkannte in den letzten 4-5 Jahren Symptome an sich, die denen des Vaters ähneln. Auch bemerkte er in Zeiten, wo er sich unwert fühlt, eine Neigung zum Trinken. Gleichzeitig betont der Patient, daß er mit Sicherheit „verrückter“ sei als sein Vater.

Erkrankung nicht ungebremst laufen lassen. Er sieht in der Therapie die Chance zur Aufklärung über seine Erkrankung und will Strategien erlernen, wie er damit umgehen kann, damit er nicht in 30 Jahren wie der Vater als Alkoholiker ende oder aber schon vorher auf immer in einer geschlossenen Anstalt „aufbewahrt“ werden müsse wegen „irreparablen Irreseins“. Er hatte schon als kleines Kind Angst, daß etwas mit ihm nicht stimmen könnte. Er erlebte sich „dünnhäutiger“ als seine Spielkameraden und Schulkollegen, mit einer deutlichen Neigung zum Grübeln. Jetzt fühlt er sich hilflos, wenn er feststellt, daß seine Wahrnehmung sich langsam verändert, wenn er in eine depressive Grundstimmung fällt. Darüber hinaus will der Patient in der Therapie klären, ob jemand mit einer „solchen Krankheit“ eine „normale Beziehung“ führen könne und wie groß das Risiko der Vererbung der Erkrankungstendenz sei.

Familien- und Sozialanamnese

Konrad wuchs als zweites von insgesamt vier Kindern (zwei Brüder, eine Schwester) in einer Mittelstandsfamilie in Wien auf. Der 4 Jahre ältere Bruder ist Physiker, die Schwester stand bei Therapiebeginn nach der Mindeststudiendauer vor der Promotion in Medizin, der 3 Jahre jüngere Bruder studiert Informatik. Den Vater, einen Bankdirektor, schildert er als sehr reizbar mit einer Tendenz zu Aggressionsdurchbrüchen, der als extremer Eigenbrötler dennoch die Familie dominierte und drei Jahre, bevor Konrad mit der Therapie begann, verstarb. Die manisch-depressive Erkrankung des Vaters war für die Familie aufgrund der Stimmungsschwankungen (manische Episoden zogen sich über 1-2 Monate, depressive dauerten im Schnitt doppelt so lange) und des jeweils damit verbundenen veränderten Verhaltens schwer zu ertragen. 10 Jahre vor seinem Tode ging der Vater infolge der Erkrankung in Frühpension. Der Patient bewundert den Vater, weil dieser trotz Krankheit und Alkoholismus versucht hatte, ein offenes Ohr für die Sorgen der Familienmitglieder zu haben. Darin sieht er ein Zeichen, daß der Vater im Grunde die Familie geliebt habe.

Die Mutter ist Hausfrau. Sie gab zum Zeitpunkt der Heirat und ersten Schwangerschaft ihren Beruf als Schauspielerin und ihr Engagement an einem Theater zugunsten der Kindererziehung auf. Konrad schildert, daß die Mutter Einladungen und Feste liebt, dabei „ersatzweise förmlich Hof hält“ vor ihren Gästen („dem Publikum“). Er beschreibt, daß die Mutter strenge Kritik übt an der Partnerwahl ihrer Söhne und so an Einfluß behalten möchte. „Sie kann uns nicht gehen lassen.“ Weiters schildert er strenge, hierarchische Strukturen in der Familie: zuerst kam der Vater, dann die Söhne, danach die Mutter und zuletzt die Tochter. Konrad besuchte Volksschule und Gymnasium, maturierte mit Auszeichnung und ist nun Bester mehrerer Jahrgänge beim Studium der technischen Mathematik. Konrad beschreibt,

daß er die Sinnhaftigkeit des Studiums nie bezweifelte, so wie er das von Kollegen kenne, erlebte sich aber wiederholt in der Freude an der Arbeit behindert durch die Episoden mit depressiver Grundstimmung.

Zu Therapiebeginn schreibt er an der Diplomarbeit und plant in Absprache mit einem betreuenden Professor weitere zwei Jahre bezahltes Studium an der Universität, wo er im Rahmen einer wissenschaftlichen Tätigkeit seine Dissertation verfassen will. Der Ausblick auf finanzielle Unabhängigkeit vom Elternhaus ist ihm sehr wichtig. Nach dem ersten Studiensemester hatte er immer ein Begabtenstipendium, das er in den Ferien (mit Ausnahme von einem Male in der Zeit der psychiatrischen Behandlung) regelmäßig mit zwei Monaten Tätigkeit bei Baufirmen aufbesserte. Zu Therapiebeginn lebt der Patient mit zwei Kolleginnen in einer Studentenwohngemeinschaft. Er hat zwei „wirklich gute Freunde“ und einen großen Bekanntenkreis, fühlt sich insgesamt sozial gut eingebettet. Seine Hobbys sind Extrembergsteigen, Radrennsport und Krafttraining, wobei das Erleben und Spüren des eigenen Körpers von besonderer Wichtigkeit für ihn ist, da es einen beruhigenden Einfluß hat.

Bis vor einigen Monaten hat Konrad mit seiner damaligen Freundin zusammengelebt, die die Akademie der bildenden Künste besuchte. Da er sie finanziell beim Einrichten eines eigenen Ateliers unterstützte, sie sich nun aber getrennt haben, schuldet ihm die Freundin noch einen Betrag von ca. öS 30 000,-. Trotz offizieller Trennung fühlt sich Konrad nicht losgelöst von der früheren Beziehung und will in der Therapie seine eigene Haltung der Freundin gegenüber klären und auch einen modus vivendi für die Geldrückzahlungen finden. Er will von der Freundin „loskommen“, da er nicht einer Frau „hinterherträumen“ möchte.

Krankheitsanamnese

Konrad beschreibt sich selbst als phantasiebegabtes Kind, das sich in der Schule wegen Unterforderung grundsätzlich gelangweilt hat. Höhepunkte in seiner Kindheit waren jeweils die Fernreisen, die er mit der Familie ab dem 10. Lebensjahr in den Sommermonaten unternahm. Bei der ersten dieser Reisen (damals in die Vereinigten Staaten von Amerika) trat dann auch erstmals massive Angst auf. Konrad bemerkte „schwimmende Fädchen“ vor den Augen und fürchtete sich vor Erblindung. Die Angst hat die gesamte Reise über angehalten. Die fremdsprachige Umgebung habe ihm Angst gemacht, meint er im nachhinein. Die Eltern haben sich durch seine Angst gestört gefühlt; er wurde zu einem Facharzt „geschliffen“, wobei die Untersuchung keinen krankheitswertigen Befund ergab.

Zwischen dem 10. und 16. Lebensjahr beschreibt der Patient wiederholt leicht depressive Phasen, wobei er einen Zusammenhang zwischen der Akkumulation von Schularbeiten und Tests und dem Auftreten der depressiven Stimmung sieht, die jeweils von massiven Versagensängsten und

sozialem Rückzug begleitet war. Dazwischen finden sich Zeiträume mit psychischem Wohlbefinden und Zeiten, wo er das Lebensgefühl mit dem Wort „high“ benennt. Damals kam ihm erstmalig der Verdacht, daß er an ähnlichen Zuständen wie sein Vater leiden könnte. Ab dem 16. Lebensjahr wurden die Phasenschwankungen in der Amplitude ausgeprägter. Die Abstände zwischen den krankheitswertigen Phasen (zuvor jeweils ca. 1 Jahr) verringerten sich zusehends ab dem 20. Lebensjahr.

Vor drei Jahren trat die erste massive depressive Episode mit synthymen Wahnideen auf (eine „Katastrophe“ bahnt sich an). Diese Episode stant in zeitlicher Korrelation zu einer Immobilisierung des Patienten infolge eines Seitenbandrisses bei einer Bergtour. Konrad beschreibt die Gefühle im Zustand der Immobilisierung als extreme Hilflosigkeit. Er fühlte sich seiner Umgebung ausgeliefert. Binnen weniger Tage wurden diese Emotionen fast völlig von diversen Krankheitsängsten und -überzeugungen überlagert. Der Patient begab sich in fachärztliche Behandlung bei einem Freund der Familie. Er litt sehr unter der Reaktion seiner Familie, sah sich selbst als wertlos und fühlt sich verurteilt, abgekanzelt („Du kommst nach Deinem Vater“). Die Nebenwirkungen der Medikamente sind ihm lästig, besonders die Mundtrockenheit, um die lange Zeit sein gesamtes Denken kreiste. Da er auch den Tranquillizer Praxiten zur Angst eindämmung verschrieben bekam, begann er sich sehr rasch vor einer Abhängigkeit von diesem Medikament zu fürchten. Dies deswegen, weil er merkte, daß der Angstlevel ohne Praxiten für ihn kaum zu ertragen war. Bei weiterhin bestehender Compliance begann die innere Abneigung gegen Medikamente jeglicher Art zu wachsen. Die Behandlung der Störung erstreckte sich auf 14 Monate. Sie war ausschließlich medikamentös. Nachträglich findet er gut, daß er während der Dauer eines Jahres vom Studium befreit war, und dadurch das Stipendium nicht verloren hat. Die Erhebung der manisch getönten Erlebnisperioden gestaltete sich schwieriger, da Konrad diese Zeiträume als ausgleichende Gerechtigkeit erlebte, die ihn für die „schwarzen Löcher“ der Depression entschädigten und er tendenziell hypomanische Zustände als „normale Befindlichkeit“ interpretierte.

Im Längsschnitt zeigt sich, daß die hypomanischen und nur gelegentlich manischen Phasen überwiegen. Sie gehen einher mit einer stimmungskongruenten Wahnsymptomatik wie z.B. megalomanen Ideen („alles ist machbar“), die der Patient aber nie in die Tat umsetzt. Konrad gibt an, in diesen Zeiträumen zu wissen, daß seine Stimmung über der seiner Mitmenschen liegt und „behält sich selbst im Auge, um nichts Verrücktes zu tun“ (z.B. spontane Reisen oder überhöhte Geldausgaben). Er fühlt sich gebremst vom gleichzeitig bestehenden Erleben der Umwelt, welches stark ängstlich getönt ist. Er beschreibt die Angst, die Umwelt könnte nur mehr eine Einbildung sein, auch die Menschen um ihn herum könnten pure Fiktion sein, „nicht echt“. Er selbst spürt, er kann das Leben beeinflussen, er führt Regie. Gefühle des Gemachten bleiben deutlich bezogen auf Bewegungen der Extremitäten. Er betont, daß seine

„Ichgrenzen“ gefährdet sind in diesen Phasen. Trotz der beschriebenen Symptomatik ist Konrad in der Lage, seinen Alltag nach außen hin einigermaßen angepaßt zu gestalten, er besucht Vorlesungen, schreibt Klausuren (mit ausgezeichneten Ergebnissen) und wird nur durch seine Art zu sprechen manchmal von Freunden oder Kollegen „etwas komisch angesehen“.

Die weniger häufig auftretenden depressiven Perioden sind im Schweregrad geringer ausgeprägt als die gegenläufigen Phasenschwankungen. Es überwiegt eine vegetative Symptomatik mit Herzklopfen, Beklemmungsgefühlen in der Brust, Globusgefühl im Hals, Verstopfung und das Gefühl, einen „Stirnreifen“ odert eine „Kopfklammer“ zu tragen. Die auftretenden Wahnideen kreisen um die Themen „ich bin nichts wert = genetisch verseucht mit MDK“, Versagensvisionen, vielfältige hypochondrische Inhalte (Augentumor, Gehirntumor, Darmkrebs, Lungenkrebs, AIDS und Leukämie), welche entweder an realen Situationen anbinden (z.B. litt Konrad mit 18 Jahren an einer floriden Tuberkulose mit Pleurabeteiligung, hörte damals von der Möglichkeit, an „Narbenkrebs“ des Lungengewebes zu erkranken) oder auf coenästhetischen Wahrnehmungen beruhen (Darmkrebs usw.).

Bei Therapiebeginn ist Konrad weitgehend symptomfrei. Sein Ziel ist, daß die Erkrankung seine Lebensqualität nicht wesentlich vermindern soll, damit er Diplomarbeit und Dissertation fertigstellen kann. Er wünscht sich für diese vor ihm liegende Arbeit mit einem Augenzwinkern eine hypomanische Phase wegen der Brillanz des Denkens.

Therapieverlauf

Abgesehen vom Erstgespräch, das eine Stunde dauerte, zog sich die detaillierte Erhebung der Familien- und Krankheitsanamnese über insgesamt ca. 15 Therapiestunden, da zwischendurch immer wieder **aktuelle Themen** bearbeitet wurden. Hierbei ging es hauptsächlich um das Verhalten gegenüber Kollegen, Freunden und Familienmitgliedern, wobei das Vertreten der eigenen Meinung für den Patienten besonders schwierig war. Die Angst vor Liebesentzug und Ablehnung durch andere verleiteten ihn zu einem nach außen hin angepaßten Verhalten, was wiederum innerlich sein Selbstwertgefühl stark minderte. Vermittels dereflexivem Vorgehen und der Personalen Existenzanalyse konnte Konrad Situationen dieser Art bald zu seiner eigenen Zufriedenheit lösen.

Danach folgte eine Phase der intensiven Arbeit an der **Krankheitseinsicht**. Obwohl der Patient zunächst den Eindruck erweckte, als ob er sich bereits ausführlich mit den in Frage kommenden Krankheitsbildern beschäftigt hätte, zeigte sich bald, daß er besonders die hypomanischen Phasen als „Normalzustand“ vehement verteidigte. Als hilfreich erwies sich die Anfertigung eines Lebensprotokolles mit genau eingetragenen jeweiligen Befindlichkeiten. So erhielt Konrad einen Längsschnitt durch die bisher aufge-

tretenen Phasenschwankungen. Er meinte, daß auf diese Art die Erkrankung für ihn „greifbarer“ werde.

Mit einer ausführlichen Aufklärung über die Arten der möglichen **medikamentösen Behandlung** und eventueller Nebenwirkungen stieg auch die Compliance des Patienten erheblich. Die in die Wege geleitete fachärztliche Betreuung durch einen Kollegen bewog Konrad dann endgültig, sich für die vorgeschlagene Lithiumgrundtherapie zu entscheiden, wobei von Anfang an klargestellt wurde, daß gelegentlich eine zusätzliche Behandlung mit Neuroleptika notwendig sein könnte. Ca. um die 20. Therapiestunde setzte die Lithiumtherapie ein.

Mit der Gewißheit, nun die schulmedizinischen Möglichkeiten ausgeschöpft zu haben, wandten wir uns dann dem **Erleben der Erkrankung** zu. Es wurde genau erhoben, was er als **typisch für die einzelnen Episoden** erlebt, wie sie sich bereits vor dem Auftreten einer krankheitswertigen Störung ankündigen, welche Belastungen er bis jetzt als Trigger für die einzelnen Episoden erkannte und welche Erfahrung er im Umgang mit stabilisierenden Verhaltensweisen hat. Im Vorfeld der Phasenschwankungen fanden sich regelmäßig Zeiten erhöhter Arbeitsbelastung, wo sich der Patient im Bemühen, nur ja nicht zu versagen, bis zur körperlichen Erschöpfung forderte. Konrad lernte sukzessive zu spüren, wieviel an Belastung er sich in der jeweiligen Situation zumuten kann, wobei nach einiger Zeit parallel dazu biografische Arbeit notwendig war, um die **Angst vor dem Versagen** verständlich zu machen und mit ihr umgehen zu können. (Anm.: Die Abfolge 1. Problemlösung bzw. -begrenzung im Hier und Jetzt und 2. biografische Analyse wurde wie oben beschrieben konsequent beibehalten, da sich der Patient dadurch wiederholt in seinem Selbstwert bestätigt fühlte -“ich kann hier etwas lösen“- und seine eigene Freiheit gegenüber prägenden Erlebnissen in der Vergangenheit besser erleben konnte.)

In der **biografischen Analyse** zeigte sich, daß der Patient seinen Vater sehr bewundert. Dieser hätte es mit seiner Erkrankung und der nach Publikum süchtigen Mutter, die keinen Sinn habe für praktische Dinge sehr schwer gehabt. Der **Vater** hat mit dem fünfjährigen Patienten bereits Bergtouren von hohem Schwierigkeitsgrad unternommen, wobei er dem Kind immer wieder vor Augen führte, wie wichtig es für einen Mann sei, ständig bis an die Grenzen der körperlichen Belastbarkeit zu gehen. Ein Mann brauche das im Leben, weil er sonst in diversen Situationen beruflicher und privater Natur nicht bestehen könne. Konrad verstand die Botschaft so, daß **Leben etwas Gefährliches und Unberechenbares** sei, für dessen „Anschläge“ der Mensch jederzeit gewappnet zu sein habe. Zusätzlich dazu bewertete er in der Folge eine Leistung nur als solche, wenn er sich dafür größte Anstrengung und Überwindung abgefordert hatte. Kommentare des Vaters wie z.B. „Stell dich nicht so an, du bist doch kein Mädchen, verhalte dich wie mein Sohn!“ fielen ihm ein, wenn es darum ging, daß er als Kind beim Berggehen gelegentlich geklagt hatte über Blasen an den Fersen oder Knieschmerzen. Es wurde dem Patienten deutlich, wie wichtig ihm die **Anerkennung** des

Vaters gewesen ist.

Für Konrad war recht schnell nachvollziehbar, daß die Ansprüche des Vaters in keiner Relation zu seinem kindlichen **Leistungsvermögen** gestanden hatten. Nachdem er selbst **Stellung bezogen** hatte zu den Anforderungen des Vaters, konnte er auch wütend und traurig sein über die nicht erlebte Anerkennung und Zuneigung. Sodann war es für den Patienten ein leichtes, in der jeweils aktuellen Situation seine Ziele selbst so zu stecken, wie er (und nicht der Vater) es für richtig befand, was ihn vor Überforderung schützte. Er stellte Mutmaßungen an, wie denn wohl der Vater in diese Lebenshaltung hineingekommen sei, recherchierte ein Stück Familiengeschichte und berichtete dem Vater dann einmal in einem imaginierten Dialog, wie stolz er nun auf sich selbst sei, da er ein altes „Familienproblem“ gelöst habe. Der Vater dürfe ruhig auch ein wenig stolz sein, Leben sei eben doch nicht ganz so gefährlich, man müsse nur immer richtig hinschauen.

Ein anderer längerer Abschnitt der biografischen Arbeit galt der **Mutter** des Patienten. Er beschreibt sie als unglückliche Frau, die permanent enttäuscht sei, weil sich diverse Situationen anders entwickelten als sie sich dies erwartete. Wahlweise reagierte sie dann mit Wut oder sah sich in der Rolle des bemitleidenswerten Opfers. Von ihr nahm der Patient die Botschaft mit: **„Wenn du nicht bist wie ich dich haben will, dann mag ich dich nicht“**. Konrad schildert, wie schwierig es ist, die jeweiligen Erwartungen der Mutter zu erfragen oder zu errahnen, da diese einmal so und einmal so denke. Ihm fällt auf, daß die Mutter grundsätzlich in **Generalisierungen** spreche, welche sie auch noch vehement als richtig vertete. Die Mutter habe in seiner Kindheit nie Befehle erteilt, immer nur gebeten, er möge dieses oder jenes erledigen oder so und so sein. Habe er jedoch dem nicht entsprochen, dann gab sie ihm die **Schuld** daran, daß sie wegen seiner Widerborstigkeit nun „scharf“ werden müsse, obwohl ihr das eigentlich zuwider sei. Nachträglich sieht Konrad, daß die Mutter doch nicht das sanfte, zerbrechliche Wesen ist, als das sie sich selbst darstelle. Er verdeutlichte sich auch die **Gefühlskälte**, mit der ihn die Mutter förmlich strafte, wenn er nicht ihren Wünschen entsprach. So gelang es ihm, nun auch der Mutter gegenüber **Stellung zu beziehen**. Hier begann in der aktuellen Situation eine lange und mühevoll Auseinandersetzung zwischen Mutter und Sohn, wobei dem Patienten wichtig war, daß er seine Meinung ihr gegenüber klar vertritt, Schuldzuweisungen als ungerechtfertigt relativiert und doppeldeutige, quasi unerfüllbare Anforderungen der Mutter anspricht und von sich weist.

Ein weiterer Aspekt der vorgelebten Rollenbilder trat deutlich zutage, als in der Therapie die Beziehungen zum Thema wurden. Es gelang Konrad zunehmend zu sehen, warum er Schwierigkeiten hatte, wenn er das geborgte Geld von seiner früheren Freundin zurückverlangte. Er spürte deren Unmut, mit ihr über dieses Thema zu sprechen und zog die Parallele zum Erleben des Unmutes der Mutter von selbst. Diese Art des Unmutes hatte früher immer zur Folge, daß sich die Mutter abwandte und sich der Patient völ-

lig hilf- und schutzlos erlebte, ausgestoßen und sich selbst überlassen, was er damals als lebensbedrohlich empfunden hatte. Nun klärte er für sich, daß der Unmut der **Exfreundin** für ihn nicht bedrohlich sei und er damit auch ganz gut leben könne. Konrad findet, daß es sich lohne, negative Stimmungen in Kauf zu nehmen, um die Geldangelegenheit zu regeln. Als er seine Sicht klar darstellte, erreichte er erfreulicherweise einen Gesinnungswandel bei der Exfreundin. Aber obwohl sie ungehalten war, verstand sie gleichzeitig doch auch seine Position. Außerdem sagte sie ihm, daß es sie erleichtert, nun nicht mehr das Gefühl zu haben, er wolle immer geliebt werden, egal wie er sich gerade verhalte. Die Klärung dieser Beziehung zog sich in der Therapie ca. über neun Monate.

In dieser Zeit schließt der Patient seine **Diplomarbeit** mit Auszeichnung ab. Nach einer vierwöchigen Pause beginnt er die zweijährige wissenschaftlicher Tätigkeit an einem Universitätsinstitut, wobei er parallel dazu an seiner Dissertation schreibt. Insgesamt wird er beweglicher in seiner **Freizeitgestaltung**, beschäftigt sich mit seiner Angst, ins Ausland auf Urlaub zu fahren, schaut sich an, unter welchen Bedingungen dies relativ angstfrei möglich sein könnte und macht seinen ersten Alleinurlaub in Prag. Aus dieser Erfahrung bezieht er so viel Selbstvertrauen, daß er frei wird, Auslandsaufenthalte nun auch genießen zu können. Besonders freut ihn, daß er von seinem Institutsvorstand zu einem internationalen Austauschprojekt für Dissertanten vorgeschlagen wird und geht im Rahmen dieses Projektes auf drei Monate in die U.S.A..

Ein Jahr vor Therapieende lernt Konrad eine junge Engländerin kennen, die vermittels Begabtenstipendium ein

Postgraduatestudium in technischer Physik an der Uni Wien absolviert. Bei ihr hat er das Gefühl, so sein zu können, wie er ist, erlebt sich auch nicht der Zuneigung beraubt, wenn sie beide unterschiedlicher Meinung sind und kann sukzessive aufgrund dieser Erfahrungen besser mit Nähe umgehen. So geht er innerlich eine **Beziehung** ein. Er achtet bewußt auf Authentizität, wovon er zunehmend spürt, wie befreiend das auf ihn wirkt. Den beiden gelingt es, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Gemeinsamkeit und persönlichem Freiraum herzustellen, wobei die Freundin auch einmal in einer Krisensituation (sie befürchtete, kein Stipendium mehr zu bekommen, was sie zur Rückreise in ihr Heimatland zwingen würde) in eine Therapiestunde mitkommt. Nach einem halben Jahr zieht der Patient aus seiner Wohngemeinschaft mit den anderen Studentinnen aus und lebt dann in einer gemeinsamen Wohnung mit seiner Freundin.

Gegen Ende der Therapie, die sich insgesamt über einen Zeitraum von vier Jahren erstreckte, steht Konrad in Vorbereitung seiner Hochzeit. Er sagt von sich und seinem Leben, daß er sich nun diversen Situationen gewachsen fühle und abends oft denke: „So, wie es jetzt ist, ist es gut.“ Der Patient ist weiterhin in fachärztlicher Kontrolle wegen der Lithiumtherapie, wobei es während des gesamten Behandlungszeitraumes nie notwendig war, zusätzlich ein Neuroleptikum zu nehmen.

*Anschrift der Verfasserin:
Dr. med. Patricia Freitag
Eduard Sueßgasse 10
1150 Wien*

Herbstakademie 1997 - Herbstakademie 1997 - Herbstakademie 1997

Dieses Jahr wurde beschlossen, die **Herbstakademie der GLE** nur an einem Ort mit zentraler Lage stattfinden zu lassen. Die Wahl fiel auf

GÖPPINGEN (bei Stuttgart)

vom 14.-16. November 1997

Unter der Leitung von Erich Karp und seinem Team ist ein interessantes, reichhaltiges Programm im Entstehen.

Möchten Sie gerne mit einem Workshop einen Beitrag stellen, so setzen Sie sich bitte mit ihm in Verbindung.

Kontaktadresse: Erich KARP, Meisenweg 11, D-73035 Göppingen, Tel.: 07161/641

Ein ausführliches Programm wird der Zeitschrift EXISTENZANALYSE 2/97 beigelegt bzw. kann im Sekretariat der GLE Wien angefordert werden.

Herbstakademie 1997 - Herbstakademie 1997 - Herbstakademie 1997