

ließ sie lange nicht los. Als ich mich von ihr verabschiedete mit den Worten „Bis nächste Woche“, meinte sie nur: „Ob ich wohl dann noch da bin?“. Und sie behielt recht, es war bereits im Raum gestanden, dass dies wohl unsere letzte gemeinsame Stunde war, eine Woche vor ihrem 92. Geburtstag.

Abschließende Gedanken

Zusammenfassend möchte ich anmerken, dass die Begleitung von Frau M. – vielleicht auch gerade wegen der Schwere und Traurigkeit, die so spürbar und vordringlich waren – für mich in unserer gemeinsamen Zeit sehr berührend war. Ich konnte und durfte sie in ihrer letzten Lebensphase begleiten und somit Teil haben an ihrem kostba-

ren Lebensende und erlebte es als sehr bereichernd, dass sie mich diesen Weg mit sich gehen ließ.

*Anschrift der Verfasserin:
Mag. Sonja Stenek
Dao Zentrum
Lustkandlgasse 53/1
1090 Wien
sonja.stenek@existenzanalyse.org*

Ich berge deine Person

Existenzanalytische Begleitung einer Patientin mit Locked-in Syndrom*

Ingrid Riek

Der folgende Beitrag schildert die Begleitung einer Frau, die nach einem Schlaganfall am so genannten Locked-in-Syndrom (LIS) leidet. Das bedeutet, eingeschlossen im eigenen Körper durch komplette Lähmung aller Muskeln, aber bei vollkommenem Bewusstsein und im Besitz aller geistigen Fähigkeiten. Es wird dargestellt, wie eine Patientin, die über ihre hoffnungslose Situation verzweifelt ist und die sich nur noch sehr begrenzt ausdrücken kann, wieder einen Zugang zu sich als Person findet, wie trotz der extrem eingeschränkten Möglichkeiten nach vorhandenen Werten gesucht werden kann.

Die Begleitung hat deutlich gemacht, dass die existenzanalytische und logotherapeutische Vorgehensweise gerade für diese Patientengruppe sehr hilfreich ist, um die inneren Kräfte und personalen Regungen zu stärken und so die Krankheit besser akzeptieren und bewältigen zu können.

1. Situation der Patientin

Als ich Frau W. zum ersten Mal begegne, ist sie 35 Jahre alt und lebt seit zwei Jahren in einem Einzelzimmer in einem Pflegezentrum. Im Alter von 33 Jahren hat sie – vier Wochen nach der Geburt ihres zweiten Kindes – eine Basilaris-Thrombose im Gehirn erlitten. Dies hat zur Folge, dass Frau W. von diesem Moment an vollständig gelähmt ist. Nur dem Zufall ist es zu verdanken, dass eine Nachbarin sie in diesem Zustand findet und sofort den Notarzt verständigt. Frau W. fällt zunächst in ein Koma und wird in eine Spezialklinik geflogen. Nach vier Wochen erwacht sie aus dem Koma, jedoch vollständig gelähmt, im eigenen Körper eingemauert.

Sie kann im ersten halben Jahr ihrer Erkrankung nur durch Lidschlag kom-

munizieren. Augen auf heißt „ja“, Augen zu heißt „nein“, ihr Raum für Kommunikation und Stellungnahme ist aufs Äußerste eingeschränkt. Nach einer leichten Verbesserung ihres Zustandes wird Frau W. in ein Pflegezentrum verlegt, das über eine eigene Station für Wachkoma und LIS-Patienten verfügt.

Frau W. wohnt in einem geräumigen Zimmer, das sie bis auf das Pflegebett nach ihrem eigenen Geschmack hat einrichten lassen können. Ihr Zimmer ist geprägt von vielen Pflanzen, Photos, gemalten Kinderbildern, CDs und kleinen Mitbringsel. Die Familie von Frau W. lebt etwa 35 Kilometer entfernt. Der Ehemann besucht sie zu diesem Zeitpunkt trotz seiner Doppelbelastung mit Berufstätigkeit und Kinderversorgung fast täglich und kümmert sich aufopferungsvoll um seine Frau. Die Kinder werden weitgehend von den Groß-

eltern betreut und kommen am Wochenende zu Besuch.

Aufgrund des Luftröhrenschnittes bei der Intubation und der Lähmung der Sprechmuskulatur besteht keine Sprechmöglichkeit mehr. Der rechte Arm ist vollständig gelähmt, der linke Arm ist eingeschränkt bewegungsfähig. Mit ihm kann sie mit Hilfe einer Buchstaben- und Zifferntafel kommunizieren. Ihre Beine sind vollständig gelähmt. Die Gesichtsmuskulatur ist nahezu vollständig gelähmt, dadurch ist auch nur eine geringe Augenbewegung möglich. Die Sehfähigkeit der Patientin ist ebenfalls durch die Lähmung der Augenmuskeln sehr beeinträchtigt. Die gesamte Mimik wirkt eingefroren, was die Kommunikation bei den ersten Kontakten für mich schwierig macht. Bis auf die sehr eingeschränkte Bewegungsfähigkeit des linken Armes besteht ein nahezu komplettes Locked-in-Syndrom.

Nach knapp zwei Jahren der Krankheit hat Frau W. keine Geduld mehr. Sie will zu Weihnachten ohne Rollstuhl nach Hause kommen. Da die Ärzte und das Pflegepersonal ihr sagen, dass dies nicht realistisch ist, verfällt sie laut Pflegedienstleitung in „Depressionen“. Sie weint viel, sie verweigert die aktive Teilnahme an den angebotenen Rehabilitationsmaßnahmen und Therapien, sie will sterben.

Der Pflegedienstleiter des Pflegehei-

*Gekürzte Version der Abschlussarbeit für die Ausbildung in existenzanalytisch-logotherapeutischer Beratung.

mes sucht nach einem Psychologen, der ins Pflegeheim kommen kann, um Frau W. aus ihrer Krise zu helfen und sie wieder für die weitere Therapie zu motivieren. Als kommissarische Leiterin des „Arbeitskreises Leben“ (Hilfe in suicidalen Krisen) habe ich die Betreuung von Frau W. deshalb als zu unserem Aufgabenkreis gehörend angesehen.

2. Therapeutische Vorgehensweise

2.1 Ich bin da...

Zum ersten Gespräch gehe ich trotz meiner Ausbildung in existenzanalytischer Beratung und Erfahrung in Gesprächsführung mit gemischten Gefühlen.

Einerseits fühle ich Zuversicht, mit dieser Frau unter ihren Umständen in eine Begegnung treten zu können. Andererseits kann ich die Verzweiflung der Patientin gut verstehen. Gibt es ein sinnvolles Leben in diesem Zustand? Wie kann ich darauf zu sprechen kommen?

Ich komme in ein Zimmer, das einen hellen, freundlichen und wohnlichen Eindruck macht.

Frau W. liegt im Bett. Sie wirkt matt und hilflos. Ich gehe ans Bett und stelle mich vor.

„Guten Tag Frau W., mein Name ist Ingrid Riek. Ich arbeite beim ‚Arbeitskreis Leben‘, wir besuchen und begleiten Menschen, die nicht mehr leben wollen. Der Pflegedienstleiter hat mich angerufen und mir von Ihnen erzählt. Er hat Sie sicher informiert, dass ich heute komme. Darf ich mich zu Ihnen setzen?“ Ich spüre Zustimmung, sie versucht zu nicken.

Ich nehme mir einen Stuhl und setze mich zu ihr. Dabei erzähle ich, dass ich bisher noch keine Erfahrung mit Menschen habe, die nicht sprechen können und dass sie etwas Geduld mit mir haben müsse und wir das dann bestimmt gut schaffen werden.

Als ich richtig sitze und ein bisschen zur Ruhe gekommen bin, wende ich mich ihr noch etwas näher zu, schaue sie an und frage sie mit ruhiger Stimme, was sie denn gerade besonders bedrückt.

Diese Frage löst eine heftige Reak-

tion aus, sie wirkt verzweifelt und beginnt heftig zu weinen. Da sie ihre Gesichtsmuskeln nicht bewegen kann, bebzt ihr ganzer Körper unter ihren Tränen. Es schüttelt sie immer wieder. Sie zeigt auf die Buchstabentafel, die auf dem Boden liegt, und ich reiche sie ihr, lege sie ihr auf den Bauch.

„Ich will nicht mehr“ schreibt sie mir.

Als ich das laut lese, sitze ich lange Zeit (in Wirklichkeit vielleicht aber doch nur einige Minuten) da und lege meine Hand auf ihren Arm. Sie kann nicht sprechen, nur ansatzweise artikulieren und mit dem weniger gelähmten Arm gestikulieren. Ich spreche aus, was ich spüre. Dass es so unerträglich für sie ist. Dass sie endlich wieder gesund sein will. Dass das Leben so ungerecht zu ihr ist. Dann frage ich Sie:

„Können Sie mir sagen, was für Sie so schwer ist?“

Patientin: „Alles.“

„Können Sie das noch genauer sagen?“

Patientin: „Krankheit.“

Nach diesen zwei Versuchen belasse ich es beim Aushalten und frage nicht weiter nach. Ich spüre, dass jetzt nur wichtig ist, ihr Halt und Nähe zu geben.

Frau W. ist in einem absolut suicidalen Zustand – sie kann sich natürlich nicht aktiv das Leben nehmen, aber sie verweigert die Mitarbeit und Kommunikation mit den Pflegern und Therapeuten. Ich merke, dass ich im Moment nur annehmen und aushalten kann, dass sie verzweifelt ist.

Ich spreche dann über die Ungerechtigkeit des Lebens, über das Schicksal, über die Hoffnung, die sie nicht mehr hat. Und zwar in der Form, dass ich die Sätze, die mir angesichts ihrer Situation einfallen, ausspreche. Ich fühle mich ihr empathisch sehr verbunden, bin ganz bei ihr und versuche, das, was sie in mir an Gedanken auslöst, auszusprechen. Das Weinen lässt nach. Es gibt immer wieder Minuten des Schweigens, des gemeinsamen Aushaltens der Situation.

Am Ende des Gesprächs, das ungefähr 20 Minuten dauert, frage ich, ob ich wieder kommen soll. Frau W. macht deutlich, dass sie zustimmt. Ihr Kopf

versucht zu nicken.

Aufgrund der akuten Suizidalität besuche ich Frau W. schon drei Tage später wieder. In der Krisenintervention sind die Gespräche häufiger, um den Patienten Vertrauen, Halt und Sicherheit zu vermitteln und sie ein Stück durch ihre Krise zu tragen. Mir war wichtig, dass ich der Patientin zunächst nur meine Nähe und mein Mitleiden, meine Empathie anbot. Auf keinen Fall wäre in dieser Situation ein Zuspruch, Ratschlag oder Trost angebracht gewesen.

2.2 ...um dich zu bergen

Gleichzeitig versuche ich, Frau W. kennenzulernen, etwas über sie als Person zu erfahren.

Ich versuche, mir ein Bild von ihr, vor der Krankheit zu verschaffen. Wer ist sie, wie war sie, was hat sie gemocht, was war ihr wichtig, was hat ihr Spaß gemacht. Durch die Muskellähmung im Gesicht und die Augenlähmung kann ich mir auch nur schwer vorstellen, wie Frau W. ausgesehen hat, was für ein Antlitz sie hatte.

Ebenso wichtig ist mir aber in der Anfangszeit und die gesamte Begleitung hindurch, dass sie ihre Verzweiflung vor mir nicht verstecken muss, sondern ganz frei weinen, schimpfen und anklagen darf; was sie vor ihren Freunden und Angehörigen oft versteckt.

Neben ihrem Bett hängt ein Foto. Ich schaue es an und frage, wer denn das Paar auf dem Foto ist? Sie schreibt: „Hochzeit“. Es ist ihr Hochzeitsfoto.

Ich sehe eine strahlende, kraftstrotzende junge Frau mit einem kess ausgeschnittenen Hochzeitskleid. Der Rock asymmetrisch, auf der einen Seite lang, auf der anderen Seite kurz. Die Frau blickt selbstbewusst in die Kamera, hinter ihr steht ihr Ehemann und sieht ihr über die Schulter. Ich beschreibe laut, was ich sehe. „Das Kleid steht Ihnen gut auf dem Bild, Sie haben einen sehr eigenen Geschmack. Sie blicken ganz selbstbewusst in die Kamera. Sie sehen sehr kraftvoll aus.“

Frau W. hört mir aufmerksam zu und nickt. Sie erinnert sich an die Person, die sie war. Sie kommt mit ihrer Person in Kontakt.

Dann frage ich, ob sie einen Beruf gehabt habe. Sie schreibt: „Kraftfahlerin“. Zuletzt ist sie Kraftfahlerin gewesen. Ich bleibe an diesem Wort hängen. „Kraftfahlerin, da müssen Sie ja eine ganze Menge Kraft gehabt haben, wenn sie mit großen Lieferwagen durch die Gegend gebräust sind.“ Motorrad sei sie auch für ihr Leben gern gefahren.

Der erste große Stein in ihrem Personenmosaik scheint gefunden: „Kraft“. Und wie bei einem Mosaik setze ich Steinchen für Steinchen zusammen: Sie muss eine kräftige, tatkräftige Frau gewesen sein. Mit ihrem Mann hat sie große Motorradtouren in Europa unternommen.

„Haben Sie denn keine Angst vor dem Motorradfahren gehabt?“

Frau W. winkt ab.

Und jetzt kann sie seit anderthalb Jahren nichts mehr machen, nur daliegen. Wie schmerzlich für so eine tatkräftige Person.

Es ist auffällig, dass Frau W. bei den Gesprächen, in denen es um früher geht, nicht weint. Sie ist aufmerksam und „erzählt viel“. Das sieht dann so aus, dass ihr Körper sich wie von innen bewegt und sie mit der linken Hand wilde Bewegungen macht und die Buchstaben so schnell wie möglich treffen will. Teilweise muss sie auch lachen.

Es ist als ob sie durch die Erinnerung von innen berührt, von innen an ihre Person herangeführt wird, die sie noch ist, die sie nur nicht zum Ausdruck oder zum bisher gewohnten Vollzug bringen kann.

Der zweite und dritte Besuch steht jeweils unter diesen beiden Polen: Kennenlernen von Frau W. und Aushalten des aktuellen Schmerzes.

Beim vierten Besuch sind zufällig ein paar ihrer langjährigen Freundinnen zu Besuch. Ich lasse mir von ihnen in lockerer Atmosphäre erzählen, wie Frau W. früher war.

„Sie sind alte Freundinnen. Was haben Sie mit Frau W. denn alles erlebt?“

Ihr Haus stand immer offen. Sie war sehr gesellig, hatte viele Freundinnen, tanzte gerne und liebte Musik. Sie hätte einmal aus Quatsch mit ihren Freun-

dinnen zur Musik mit dem Besen Gitarre gespielt. Diese Erinnerung erheitert Frau W. sehr und auch die anwesenden Freundinnen lachen bis zu Tränen. Im Lachen ist sie ganz bei sich und vergisst ihre Krankheit.

Es gibt nun zwei Bilder dieser Frau: die heutige im Rollstuhl und die frühere Vitale, Lustige, Ausgelassene. Zu diesem Zeitpunkt sehe ich schon beide vor mir, wenn ich zu Besuch komme und bin nicht mehr so überwältigt vom Ausmaß der Krankheit.

Die Grundlage für die Wertfindung ist das In-Berührung-Kommen mit der eigenen Person. Ohne diese kleinen Mosaiksteinchen hätte ich nicht auf Werte zu sprechen kommen können.

2.3 Wertberührung

Nach diesen Gesprächen folgt, nach ungefähr drei Wochen der Begleitung, eine Sequenz, die ich Wertberührung nenne.

Ausgehend von der emotionalen Annahme der jetzigen schrecklichen Situation, die ich mit ihr empathisch durchlitten habe, ist es möglich, ganz vorsichtig nach winzig kleinen Möglichkeiten des Erlebens von Sinn- und Wertvollem zu fragen.

Wir begeben uns also auf die Suche, was Frau W. jetzt, in ihrer nahezu absoluten Eingeschränktheit noch kann, was ihr vielleicht sogar Freude macht oder Spaß bereitet, denn ich hatte sie mittlerweile auch schon oft lachend und spaßmachend erlebt. Humor gehörte auf alle Fälle zu ihren personalen Merkmalen.

Frau W. findet eine Menge:

- Bücher vorgelesen bekommen;
- Hörbücher anhören;
- Musik hören;
- die Rehabilitierungsmaßnahmen und Übungen so gut wie möglich mitmachen;
- und auch in der Freizeit ohne Therapeuten üben, üben, üben.

In dieser Zeit empfindet sie das Üben noch als von außen an sie herangetragen. Vor allem das Schreiben am Computer, das für uns Außenstehende einen großen Fortschritt der Kommuni-

kationsfähigkeit bedeutet, löst Widerwille und Abwehr in ihr aus. Es macht ihr sehr viel Mühe am Computerarbeitsplatz zu sitzen, sie braucht Hilfe beim Einschalten, das ist ihr oft lästig und peinlich. Erschwerend kommt auch noch dazu, dass sie die geschriebenen Buchstaben sehr schlecht lesen kann. Gleichwohl sieht sie langsam den Vorteil, den es hätte, an die Freunde Briefe schreiben zu können. Sie beginnt, den Unwillen aufzugeben und die Lästigkeit zu übersehen, zugunsten eines Wertes, nämlich Freunden von sich zu erzählen und somit in Kontakt mit ihnen sein zu können.

Um den Blick vom Suizidalen weg zu den lebenswerten Dingen zu lenken frage ich sie bei jedem Gespräch: „Haben Sie etwas Gutes erlebt?“ Zu Beginn weiß sie gar nicht, was sie mir darauf antworten soll. Dann überlegt sie lange und es fällt ihr meist schwer, etwas zu finden. Mir war es wichtig, auf keinen Fall Druck auf sie auszuüben und ihr auch nichts einzureden.

An manchen Tagen empfindet sie ihre Krankheit nach wie vor als etwas, das sie nicht akzeptieren kann.

Bei mir darf sie das aussprechen:

Sie fühlt sich von manchen Pflegenden nicht gesehen und als Person wahrgenommen. Es fällt ihr sehr schwer, nach den Pflegern zu klingeln und Wünsche zu äußern und um etwas zu bitten. Gleichzeitig kennzeichnet es ihre Situation, dass sie auf Hilfe angewiesen ist, wenn sie sich zum Ausdruck bringen will – eine bestimmte Kerze mit einem bestimmten Duft, ein bestimmtes Parfüm, eine bestimmte Frisur an diesem Tag.

Ihr fehlt der Umgang mit den Kindern. Frau W. äußert: „Was haben meine Kinder von mir? Ist es nicht sinnlos, so eine Mutter zu haben? Was kann ich meinen Kindern schon geben?“

„Ich kann mir vorstellen, dass Ihre Kinder durch Sie ein ganz wichtiges Vorbild haben, das ihnen niemand nehmen kann. Sie können später immer sagen: Unsere Mutter war schrecklich krank. Und sie war so tapfer! Egal was Ihren Kindern im Leben an Schlimmem

begegnet, sie haben eine Mutter, die ganz Schlimmes ertragen musste und es konnte. Darin sind Sie ihnen ein Vorbild.“

Frau W. fragt nach: „Wie meinst du das?“, und ich kann ihr in meinen Worten erklären, was sie ihren Kindern durch ihre Krankheit mitgeben kann.

Beim nächsten Besuch und auch bei anderen späteren Besuchen kommt sie noch oft auf diesen Gedanken zurück, der ihr, glaube ich, unheimlich geholfen hat, in ihrer als sinnlos empfundenen Krankheit noch einen Sinn zu sehen.

Wertberührung geschieht aber auch auf einem völlig unerwarteten Gebiet, mit dem sich Frau W. als gesunde Frau nie beschäftigt hat: mit der Kunst. Ich bringe zunächst Kunstbände von mir mit, die wir gemeinsam anschauen (Leo Navratil „Art brut und Psychiatrie“, Gugging 1946 -1986 und Monets „Jahre in Giverny – ein Garten wird Male-rei“). Dies war einfach ein Versuch. Hätte Frau W. kein Interesse gezeigt, hätte ich etwas anderes angeboten. Aber obwohl Frau W. nicht sehr deutlich sehen kann, hat sie sofort große Freude an den farbigen Bildern, und in der Nähe kann sie auch gut erkennen, was abgebildet ist. Vor allem die kontrastreichen und abstrusen Zeichnungen der Patienten aus der Psychiatrie in Gugging interessieren sie sehr. Sie zeigt mir, welches Blatt sie mag und wir sprechen darüber, was ihr daran gefällt. Als ich ihr beim nächsten Mal einen kleinen Katalog von einem befreundeten Künstler mitbringe, ist sie so begeistert, dass sie sich wünscht, drei Bilder ausschneiden und rahmen zu lassen. Das muss sie erst einmal mit Bekannten organisieren und so ist es ein kleines Projekt, mit dem sie sich beschäftigt und das ihr wichtig ist. Als ich das nächste Mal komme, hängen drei kleine Rahmen mit den Bildern an ihrem Bett – sie war sehr stolz auf ihre Arbeit.

Über den Kontakt mit sich als Person kommt sie in Kontakt mit dem, was sie mag. Sie wird aktiv und findet neuen Handlungsspielraum. Zum ersten Mal seit ihrer Krankheit hat sie selbst ausgesucht, welches Bild in ihrem Zimmer hängen soll – und hat etwas Eigenes geschaffen.

Irgendwann kommen wir auf die Idee, ob sie vielleicht selbst einmal ein Bild malen will. Den linken Arm kann

sie ja bewegen und wenn ich ihr den Pinsel in die gewünschte Farbe eintauchen und den Ellbogen halten würde, müsste das doch klappen. Frau W. ist begeistert. Ich soll alles Notwendige mitbringen! Am liebsten hätte sie gleich und auf der Stelle losgemalt. Sie ist über die Bilder wieder in Bewegung gekommen.

Und wie erwähnt, war damit überhaupt nicht zu rechnen.

2.4 ...im Malen

Als sich Frau W. wünscht, ein Bild zu malen, weiß ich noch nicht, was dabei herauskommen wird, geschweige denn, wie wir das bewerkstelligen sollen.

Also komme ich das nächste Mal mit DinA3 Zeichenblock, Wasserfarbkasten, Pinsel, Wasserbecher und einer Menge Plastikfolie, um den Rollstuhl und Frau W. abzudecken.

Frau W. erwartet mich schon freudig und will gleich anfangen.

Ich decke den Tisch am Rollstuhl mit Plastikfolie ab und lege den Zeichenblock darauf.

„Welche Farbe?“



Da die Buchstabentafel weg ist – kein Platz mehr auf dem Rollstuhltisch – muss Frau W. mit dem Mund artikulieren. Ich verstehe „grün“ und tauche den Pinsel in die grüne Farbe. Dann gebe ich Frau W. den Pinsel in die linke Hand, halte den linken Arm am Ellbogen etwas in die Höhe, so dass Frau W. nur noch mit dem Handgelenk und den Fingern Kraft zum Malen braucht. Sie malt grüne Kringel aufs Papier und



malte mit dem Pinsel hin und her. Dann will sie blau..., dann gelb...

Ihr Atem geht schwer, sie ist ganz bei der Sache. Erst als sie alle vier Grundfarben auf das Papier gebracht hat, ist sie zufrieden und fängt ein neues Blatt an.

Nach zwei Blättern mit den vier Farben ist sie zufrieden. Ich sinke erschöpft neben ihr auf den Stuhl. Wir betrachten die beiden Blätter. „Das haben Sie gemalt! Unglaublich.“

Frau W. ist glücklich.

Das Malen ist für Frau W. zunächst die direkteste Art, einen Gedanken selbst sichtbar in die Tat umzusetzen. Nämlich grün denken und grün malen und grün sehen.

Beim zweiten Maltermin möchte sie ein Männlein malen.

Beim dritten Mal einen Baum.

Dann ein Haus (das ist schon schwieriger). Nach zwei bis drei Blättern ist sie genau wie ich vom Armhalten, Pinsel eintauchen und Auswaschen jedes Mal erschöpft und sehr stolz. Es gibt also doch etwas, das sie noch kann.

Das Malen stellt für sie eine gute Möglichkeit dar, mit allem was ihr zur Verfügung steht, nämlich mit ihrem linken Arm und ihrem Geist, Dinge sichtbar zu machen. Ihre Kinder freuen sich sehr über die entstandenen Werke. Freundinnen staunen. „Das kann doch nicht sein. Wie soll Petra ein Bild malen können?“

Ich beschreibe dieses Malen deshalb so deutlich, um einen Eindruck davon zu geben, wie existenzanalytische Begleitung aussehen kann. Im Eingehen auf das, was vom Klienten kommt, und in der anschließenden Bewertung: „Wie war das für Dich?“ „Möchtest Du das noch einmal machen, sollen wir etwas anderes su-

chen...“ spürt der LIS-Patient wieder seine personalen Ausdrucksmöglichkeiten und kann seinen Erlebens- und Handlungsradius erweitern.

Als Logotherapeutin und existenzanalytische Begleiterin ist mir wichtig, dass zwar Anregungen und Impulse von mir als Therapeutin gesetzt werden und dann aber feinfühlig gespürt und darauf geachtet wird, welche Körperreaktion und welche Äußerungen das bei den Patienten auslöst. Das, was sinn- und wertvoll ist, kann bei jedem LIS-Patienten etwas ganz anderes sein. Wichtig ist das wertfreie Zulassen dessen, was der Patient als wertvoll erlebt.

Bis Weihnachten 1999 besuche ich Frau W. ungefähr zwanzig mal. Es geht ihr bis kurz vor Weihnachten psychisch immer besser, auch wenn sich äußerlich nur ganz wenig verändert hat. Im Advent kommt allerdings ein heftiger Einbruch, weil ihr wieder bewusst wird, dass sich ihr Traum, nach Hause zur Familie zu kommen, nicht erfüllen lässt. Tagelang weint sie, dreht sich gedanklich wieder im Kreis, will nicht mehr leben – so nicht mehr leben. Ich komme in dieser Krise in kurzen Abständen zu ihr. Halte es mit ihr aus, sitze oft nur da und schweige. Es ist vermutlich überflüssig zu erwähnen, aber in einer akuten Krise sollen keine Werte angeboten werden, außer der Beziehung zur Begleiterin selbst, denn alle Angebote würden das Gefühl der Verzweiflung nicht ernst nehmen.

Im Januar 2000 geht es ihr wieder besser, vielleicht, weil sie nun endgültig den Wunsch, nach Hause zu gehen loslassen und sich auf ihre Wirklichkeit und den realen Alltag einlassen konnte. Ich vergrößere die Abstände der Besuche, bitte Frau W., sie solle mich bei Bedarf rufen lassen. Auffallend ist für mich zu diesem Zeitpunkt, dass Frau W. nicht das Heim verlassen will.

Bei der Suche nach Werten und Möglichkeiten hätte ich mir als Begleiterin gut vorstellen können, dass sie eine Kunstausstellung oder ein Konzert erfreut hätte. Sie lehnt aber kategorisch ab, und das muss ich akzeptieren, auch

wenn mir ihre Gründe noch unklar sind.

Frau W. sieht zu diesem Zeitpunkt in den anderen physiotherapeutischen, ergotherapeutischen und logopädischen Übungsangeboten wieder einen Sinn und trainiert fleißig. Sie beklagt sich seltener über die Pfleger und das Personal, sondern hat gelernt, bei Bedarf zu klingeln und nicht die Wut in sich „hineinzufressen“.

Oft verschafft sie sich auf humorvolle Art Luft über die Eigenarten und Marotten der Schwestern.

Wenn wir miteinander über wichtige und persönliche Themen zu sprechen kommen, sieht das folgendermaßen aus:

Ich lese immer laut mit, was Frau W. auf der Buchstabentafel schreibt. Wenn ich einen Gedankengang zu Ende raten kann, formuliere ich ihn laut, Frau W. nickt und beginnt dann den nächsten Satz. Mir fällt auf, dass auf Fragen, in denen sie aufgerufen wird, einen Eindruck zu schildern: „Wie war das für Sie? Was hat Sie geärgert? Was hatten Sie erwartet?“ etwas in Bewegung kommt. Ihr Atem geht schneller, der Kopf legt sich in den Nacken, sie denkt aktiv nach und spürt in sich hinein. Da die therapeutischen Angebote im Pflegeheim die äußerliche Bewegungsfähigkeit trainieren, kommt es mir vor, als bewegt sich Frau W. bei unseren Gesprächen innerlich und tastet ihre persönlichen Haltungen, Wertvorstellungen und Gedanken ab. Diese innere Arbeit, die sicher auch bei Gesprächen mit Angehörigen oder guten Freunden passieren kann, halte ich für sehr notwendig, um der inneren Resignation und Depression entgegenzuwirken und um als Person geistig und emotional aktiv zu bleiben.

Es folgt, bedingt durch einen beruflichen Wechsel und private Veränderungen bei mir eine längere Pause, in der ich Frau W. nicht besuchen kann. Sie ist mittlerweile auch so stabil, dass die Besuche nicht mehr dringend notwendig sind und ich die Betreuung vom Arbeitskreis Leben aus nicht mehr hätte begründen können, da keine Suizidalität mehr vorhanden ist.

Wir verabredeten, dass ich sie nun

in größeren Abständen ohne institutionellen Rahmen besuchen würde, was wir bis heute beibehalten.

Wenn wir intensiv über etwas sprechen, merke ich, wie sie nachdenkt, nachspürt, wie sie in Bewegung kommt, so absurd das klingt. Ich gebe ihr bei diesen Gesprächen immer wieder Gelegenheit zur Stellungnahme, zur Darstellung dessen, wie sie etwas bewertet, findet – nicht penetrant, aber doch immer wieder Raum gebend. Im Alltag und mit den Freundinnen wird dieser Raum zur Stellungnahme wahrscheinlich nicht so gegeben sein. In der therapeutischen Begleitung ist dieser Raum für Stellungnahme jedenfalls wichtig für den Patienten, um in der inneren Bewegung zu bleiben und sich als Person zu finden.

Bei meinen Besuchen stelle ich nach und nach fest, dass ihr Mann nur noch einmal pro Woche, manchmal noch seltener kommt. Zunächst sagt Frau W. nichts dazu, findet Erklärungen, er sei im Urlaub, er mache einen Ausflug mit den Kindern und so weiter. Irgendwann im Frühjahr 2004 teilt sie mir mit, ihr Mann und sie hätten sich getrennt. Wie absurd sich das anhört. Eine vollkommen hilflos scheinende Frau, die sich nicht von der Stelle bewegen kann sagt, sie habe sich von ihrem Mann getrennt. Ich erwarte große Verzweiflung und Traurigkeit, merke aber nichts davon. Frau W. meint, sie habe in den letzten Monaten so viel mit ihrem Mann gestritten, dass sie wirklich froh sei, dass sie sich nun trennen würden. Nur die Kinder wolle sie natürlich regelmäßig sehen.

Was mich sehr beeindruckt hat, war ihre Aussage in einem ruhigen Gespräch: „Jetzt spüre ich, dass ich nur für mich gesund werde. Mein Mann hat mich immer gedrängt und wollte, dass ich dies und jenes tue. Seitdem ich von ihm getrennt bin, habe ich viel mehr Kraft und kann sogar schon alleine aus dem Rollstuhl aufstehen. Warte mal ab, bis ich geschieden bin, dann macht es bestimmt einen Riesenknaall und ich laufe.“ Sie hat für sich einen neuen Sinnhorizont in der Krankheit entdeckt, der losgelöst von ihrem Ehemann ist.

3. Reflexion des existenzanalytisch/logotherapeutischen Hintergrundes des Vorgehens

Nach den Erfahrungen bei der Begleitung von Frau W. und meinen Nachforschungen über LIS-Patienten wollte ich aufzeigen, dass eine gute logotherapeutische und existenzanalytische Begleitung genauso wichtig ist, wie die medizinischen und physiotherapeutischen Therapieangebote in Pflegeeinrichtungen. Denn wenn der LIS-Patient in seiner Verzweiflung das einzige verliert, was er noch besitzt, nämlich sich als Person, mit der Fähigkeit zu Eindruck, Stellungnahme, Ausdruck, dann ist dies wirklich das Schlimmste, was ihm passieren kann. Wenn er sich als Person verliert, dann hat das zur Folge, dass er den Antrieb verliert für die aktive und mühsame Arbeit der Rehabilitation und der Lebensbewältigung. Um kleine Verbesserungen des Zustandes herbeizuführen, brauchen LIS-Patienten viel motivationale Kraft, den Willen zu üben und den Glauben an ihre Genesung. Fehlt dieser Wille, so bleiben sie depressiv im Bett liegen und sind bald nicht mehr von Wachkoma-Patienten zu unterscheiden. Aber auch um die Krankheit ertragen zu können, braucht es das Ja der Person zu dieser nicht freiwillig gewählten Lebensform. Der aufgrund der Einschränkungen durch die Krankheit verbleibende Lebenswert ist stark von der inneren Einstellung zur Krankheit abhängig.

Die Logotherapie von Viktor Frankl hat drei große Themen:

Die *Sinnthematik*, die *Wertethematik* und die *Personthematik*. Auf der Suche nach dem sinnvollen Leben sind diese drei Themen eng miteinander verbunden. Sinn wird in der Logotherapie Frankls durch Werte verwirklicht. Und Werte erspüren wir mit unserem Sinnorgan, dem Gewissen. Jeder Mensch ist aufgrund seines Personseins von anderen Werten in der Welt angerufen und angezogen. Die jeweils eigenen Werte und Möglichkeiten zu finden und zu verwirklichen, macht das sinnvolle Leben aus.

Viktor Frankl definiert „Person“ folgen-

dermaßen:

„Person nennen wir von vornherein überhaupt nur das, was sich – zu welchem Sachverhalt auch immer – frei verhalten kann. Die geistige Person ist dasjenige im Menschen, was allemal und jederzeit opponieren kann.“ (Frankl 1984, 94)

Frankl geht davon aus, dass die Person, d.h. das Geistige im Menschen sich in jeder Lebenslage ausdrücken kann, dass sie sich zum Schicksal verhalten kann, es gestalten kann – auch wenn es sich nur um eine minimale innere Haltung dreht, die der Patient entwickeln und einnehmen kann.

Ein weiteres logotherapeutisches Merkmal ist, dass leidvolle und ausweglose Situationen nicht passiv hingenommen und erlitten werden müssen. Wenn Sie vom Betroffenen als Aufgabe angesehen werden können, zu der man sich stellen muss, auf die man eine eigene Antwort und Einstellung finden muss, kann er sogar daran wachsen.

„Während ich das Schicksal gestalte, gestaltet die Person, die ich bin, den Charakter den ich habe, – gestaltet ‚sich‘ die Persönlichkeit, die ich werde.“ (Frankl 1984, 204)

Die Alternative zum Wachstum und zur aktiven Auseinandersetzung sind bei LIS-Patienten vermutlich die Resignation, die Stagnation und der Tod.

Auch wenn äußerlich nicht viele Fortschritte sichtbar werden, gibt es auf der geistigen Ebene sehr große Quantensprünge, die ein LIS-Patient überwinden kann, was man an seinem Lebenswillen und an einer positiven Einstellung dem Leben gegenüber erkennen kann.

Der logotherapeutische Berater versteht sich nicht als Lehrer oder Prediger, der dem Patienten vermittelt, welche Werte es noch zu entdecken gibt.

Er versucht, im Gespräch zum einen die Person des Patienten zu entdecken und für den Patienten wieder spürbar werden zu lassen, zum anderen versucht er, Einstellungen aufzuzeigen, die die Krankheit nicht akzeptieren oder Wachstum verhindern und diese in förderliche Haltungen umzuwenden.

Hier wäre der in der Logotherapie wesentliche Umstand der „Kopernikanischen Wende“ zu nennen:

„Indem wir uns dessen bewußt werden, daß wir es sind, die zu antworten haben und nicht zu fragen, und daß das Leben selbst eine Frage ist – eine Frage, die wir nur dadurch beantworten können, daß wir unser Leben verantworten.“ (Frankl 1984, 241)

Nicht ich habe das Leben anzufragen nach dem Warum und Wieso der Krankheit, des Schicksalsschlages, sondern das Leben fragt mich an. Welche Antwort will ich als Person, die ich bin darauf geben. „Er hat das Leiden zu leisten“ (ebd.)

Nach Frankl wäre das zum einen, dem Patienten aufzuzeigen, dass sein bisheriges Leben mit dem Auftreten der Krankheit nicht sinnlos geworden ist. Was an Wertvollem gelebt wurde ist, so Frankl, in der Scheune der Vergangenheit geborgen. Zum ändern geht es Frankl darum, den Patienten immer wieder ihre Freiheit, zum So-sein aufzuzeigen. Ich kann mich gehen lassen, oder ich kann der Krankheit etwas, nämlich meine Geistigkeit entgegenstemmen.

In der Literatur gibt es mittlerweile einige Belege für Frankls These, denn es haben nun schon LIS-Patienten mit Lidschlag-Methode wunderbare Bücher niederschreiben lassen, (z.B. Bauby 2000; Tavalaro 1998) in denen sie ihre eigene geistige Welt sichtbar machen.

In einer erfolgreichen logotherapeutischen Begleitung, kann der Patient zum einen seine Krankheit akzeptieren und sich zum anderen den Werten, das heißt, den Möglichkeiten, die es trotz der veränderten Lebenssituation gibt, zuwenden und sie versuchen zu verwirklichen. In dieser Wahl, wem und was der Betroffene sich zuwenden will, liegt immer noch viel Freiheit verborgen. Wenn sie als solche erkannt und empfunden wird, kann sie sogar ein Gefühl der Zufriedenheit und sogar Sinnerfahrung auslösen.

Diesen logotherapeutisch appell-

ativen Charakter der Begleitung hat Alfred Längle mit seiner Weiterentwicklung der Existenzanalyse unter Einbeziehung des personalen Aspektes und der Emotionalität der Patienten erweitert (Längle 1993). Ihm geht es um das authentische Aufspüren von Wertbezügen. Wie kann das in einer leidvollen Situation überhaupt möglich sein?

Durch sein Konzept der Personalen Existenzanalyse und der Sinnerfassungsmethode finden wir einen sehr hilfreichen methodischen Zugang zum Franklschen Personbegriff. Alfred Längles Konzept der Personalen Existenzanalyse benennt als Ziel, dem Menschen wieder zu einer authentisch empfundenen Zustimmung zur Lebensführung zu verhelfen. Das heißt, die Person muss sich nicht nur mit ihrem Schicksal abfinden, sondern sie kann lernen, zu ihrem eigenen personalen Ausdruck auf das Schicksal zu finden und zu dieser eigenen Ausdrucksweise auch zu stehen, also das Schicksal so weit als möglich zu gestalten.

Längle unterteilt das personale Geschehen des Menschen in drei Bereiche: *Eindruck – Stellungnahme – Ausdruck*.

Der Patient muss also im ersten Schritt den *Eindruck* der Krankheit verarbeiten, sich in seinem Inneren mit der unumstößlichen Tatsache zurechtfinden. Wie ist das für mich? Kann ich diesen Schmerz überhaupt aushalten?

Dann folgt die *Stellungnahme*: Was bedeutet es für mich? Wie will ich als Mensch in dieser Situation weiterleben? Welche Antwort kann ich geben? Wie äußert sich mein Inneres? Will ich überhaupt weiterleben?

Dann folgt der *Ausdruck* der Person: „Der personale Ausdruck ist abgestimmt mit den Gegebenheiten, Möglichkeiten und Erfordernissen der realen Welt. Dadurch bekommt er die Charakteristik eines ‚existentiellen Sinns‘.“ (Längle 2000, 27)

Welche Dinge kann ich ganz konkret hier im Zimmer erleben, verwirklichen, was möchte ich im Rahmen meiner Möglichkeiten noch tun.

Hier wird der Begriff der Wertberührung wesentlich. Längle geht es nicht um einen rationalen Wert, den der Patient einsehen soll, sondern um einen emotional gefühlten Wert. Um ein mit dem Gefühl der Zustimmung verbundenes Wertefühlen.

Wie ist das aber in einer leidvollen Situation möglich:

„In der wertdefizitären Welt unabänderlichen Leides hingegen, wo nichts in der Welt als wertvoll erlebt und nichts Wertvolles geschaffen werden kann, ist der Mensch auf den einzigen ihm verbliebenen Wert zurückgeworfen: auf den Wert seines Daseins als Person. Bei der Verwirklichung von Einstellungswerten achtet der Mensch also (ausnahmsweise) nicht mehr selbst-transzendent auf die Welt, sondern ist auf sich selbst verwiesen. Auch dies muss der Mensch können, sich selbst in seiner Werthaftigkeit spüren.“ (Längle 1993, 22)

Spürt sich der Mensch in seiner Werthaftigkeit, dann kann er auch in leidvollen Situationen in Beziehung treten und aus diesen Beziehungen wieder Erlebniswerte schöpfen, wie im Beschriebenen.

Längle betont immer wieder, dass das Spezifische der Wertwahrnehmung nicht das Erdachte, sondern das Gefühlte ist. Werte bewegen die Betroffenen, sind der geistige Nährstoff der Person. Aber gerade das macht das Wertefühlen so intim und lässt das Wertefühlen nicht vermitteln oder auf andere Personen übertragen.

Auf Werte lässt sich mithin verweisen, es können Möglichkeiten aufgezeigt werden, dieses Aufzeigen kann beim Gegenüber das Werterleben provozieren. Das Entscheidende bleibt aber dem Gegenüber überlassen. (ebd., 28 ff.) Die Person ist frei!

Zentral für das zum Ausdruck Bringen des Gefühlten ist für LIS-Patienten deshalb eine wie auch immer geartete Kommunikation. Wie unten beschrieben, kann man anhand der Körperspannung, der Körperbewegung, des Atems merken, dass der Patient durch die Thematik in seinem geistigen We-

sen berührt wurde, dass er sich auseinandersetzt und seine Meinung bildet. Diesen Regungen ist in einer existenzanalytischen Begleitung auf alle Fälle Rechnung zu tragen. Wenn man Längle ernst nimmt, dann muss gerade darauf geachtet werden, dass LIS-Patienten nicht nur passiv konsumieren, sondern von ihrem Gegenüber zur personalen Stellungnahme herausgefordert oder ihnen der Raum für diese Stellungnahme überhaupt gegeben wird.

Hintergrund der existenzanalytischen Begleitung von LIS-Patienten sind auch die Grundmotivationen menschlicher Existenz, die Längle herausgearbeitet und kategorisiert hat. Demnach gibt es vor dem Fragen nach dem Sinn der Situation drei Grundbedingungen, die für den Menschen erfüllt sein müssen. Der existenzanalytische Begleiter kann sie als Hintergrund seiner Arbeit verwenden, um zu sehen, wo sich der Patient gerade befindet und welche Haltung für ihn förderlich ist.

Im folgenden beziehe ich in aller Kürze die Grundmotivationen menschlicher Existenz auf die Situation von LIS-Patienten:

1. *Da-sein-können*: Kann ich mit dieser Krankheit überhaupt noch sein, spüre ich noch einen Grund zu leben, halte ich das aus?

In dieser sicher in Krisenzeiten und zu Beginn der Krankheit erlebten Phase muss vom Begleiter Halt und Da-Sein vermittelt werden.

Erst wenn der Patient den Seinsgrund, das Leben, wieder spürt, kann das Thema Werte angesprochen werden.

2. *Wert-sein-mögen*: Mag ich noch leben? Wie mag ich leben? Was möchte ich noch von mir leben? Wer bin ich als Mensch? Welcher Wert meiner Person bleibt mir erhalten? Mag ich mich noch als kranker Mensch?

Hier kann der Therapeut den Wert der Person und die Werte die die Person umgeben existenzanalytisch bearbeiten.

3. *Selbst-sein-dürfen*: Kann ich dazu stehen, was ich mag? Erlaube ich mir,

meinen Vorlieben und Neigungen nachzugeben? Erlaube ich mir, Dinge, die mir nicht guttun, zu beenden?

4. *Sinnvolles-wollen*: Was kann ich noch in meiner Situation erledigen? Welche Werte warten auf mich? Was kann ich meinen Angehörigen geben? Wofür möchte ich noch leben? Was erhellt meinen Alltag? Welchem Interesse kann ich mich nun widmen?

Literatur

Bauby J D (2000) Schmetterling und Taucherglocke. München: DTV

Frankl V E (1984) Der leidende Mensch. Bern: Hans Huber 2°
 Längle A (2000) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: GLE-Verlag
 Längle A (1993) Wertbegegnung - Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE-Verlag
 Tavalero J (1998) Bis auf den Grund des Ozeans. Freiburg: Herder

Weitere Literatur

Gernlach Z (2000) War ich nicht tot genug? BoD GmbH
 Hübner R (2000) Mein Daumenkino. Stuttgart: Matthias-Gruenewald

Pantke KH (1999) Locked-in – Gefangen im eigenen Körper. Frankfurt a. Main: Mabuse
 Vigand P S (2000) Verdammte Stille. München: Heyne

*Anschrift der Verfasserin:
 Dipl.Päd.Ingrid Riek
 Schweinsbergstr. 39
 D-74074 Heilbronn
 Ingrid.Riek@gmx.de*

Die vollständige Abschlussarbeit kann über die Verfasserin oder die Bibliothek der GLE angefordert werden.

Das Annehmen-Können des Faktischen*

Michael Seiller

Wenn Menschen mit einer Behinderung konfrontiert sind, sei es als direkt Betroffene oder als Angehörige, so ist es notwendig, die faktische Bedingtheit des Lebens durch die Behinderung zunächst anzunehmen. Diese Voraussetzung im Bereich der ersten Grundmotivation fällt Kindern mit einer geistigen Behinderung, aber auch deren Eltern, in der Regel sehr schwer. Über- oder Unterforderung sind oft die Folge und existentielles Leben ist vielfach nur eingeschränkt möglich. In der Arbeit werden die Bedeutung dieser Voraussetzung herausgestellt und Wege aufgezeigt, wie durch Beratung das Annehmen des Faktischen in diesem Bereich angebahnt werden konnte und welche Auswirkungen dies auf den Beratungs- bzw. Begleitungsprozess hatte.

Einführung

Beruflich arbeite ich an einer heilpädagogischen Tagesstätte für Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung. Dort ist es meine Aufgabe zu diagnostizieren, wo Defizite liegen, und gemeinsam mit dem Personal sowie den Eltern zu überlegen, wie die Betroffenen besser gefördert werden können.

Not und Verzweiflung der Kinder, ihrer Eltern oder der Betreuer sind ständige Begleiter bei dieser Arbeit, kommen aber häufig nur „zwischen Tür und Angel“ zur Sprache, ebenso wie manche versteckten Wünsche.

Immer mehr nahm ich diese Fragen und Ideen in meine Arbeit hinein. Oft stieß ich gemeinsam mit den Ratsuchenden auf einen überraschenden Ansatzpunkt, von dem aus die weitere Arbeit ein ganzes Stück leichter wur-

de. Der Blick auf die vier Grundmotivationen der Existenzanalyse (Längle 2001b bzw. 2008) war und ist dabei sehr hilfreich. Insbesondere habe ich erlebt, dass das Finden eines Ausgangspunktes unter der Fragestellung: „Was kann das Kind oder der Jugendliche wirklich, bzw. was bewegt ihn?“, neue Impulse möglich machte.

Das Annehmen des Faktischen auch meinerseits und mein Sein-Können in der jeweils vorgefundenen Lebenssituation zeigte sich mir immer wieder als gute Basis für die Begegnungen in der Beratung.

Was zeichnet eine Behinderung aus? Wie wird Behinderung erlebt?

Behinderung bezieht sich nach B. Fornefeld auf das konkrete Erleben einer Person in einer spezifischen Situa-

tion (Fornefeld 2000). Bei dem Blick auf das, was eine Behinderung ausmacht, sind daher Ressourcen eines Menschen ebenso mit zu sehen wie sein konkretes Umfeld, in wieweit es hilfreich oder hinderlich ist.

Für die Begegnung mit dem Behinderten ist ein Einfühlen in dessen Erleben wichtig, wie es A. Längle beschrieben hat: „Der Behinderte erlebt sich in einem oder mehreren spezifischen Bereichen andauernd als Nicht-Könnender. ... Das Erleben des faktischen Nicht-Könnens erfasst aber im Kern das Grundvertrauen und führt zu einer anhaltenden Verunsicherung. Wohl hat der Behinderte auch Sinnprobleme, Selbstzweifel und depressive Phasen. Aber am nächsten geht ihm die Angst, mit dem Leben nicht zu Rande zu kommen. Er steht ständig in der Frage: ‘Was kann mir alles zustoßen, weil ich behindert bin?’“ (Längle 2001a, 53).

Leben mit einer Behinderung bedeutet für die Betroffenen, dass sie in einer konkreten Umwelt in wesentlichen Bereichen nicht zurechtkommen können. Es ist aber auch das Erleben der Sorge, die Angehörige oder Freunde darum haben, wie ihr Kind, ihr Partner, etc. in ihrer konkreten Welt bestehen können? Das Sein-Können, ein wesentliches Ele-

*Gekürzte Version der Abschlussarbeit für die Ausbildung in existenzanalytisch-logotherapeutischer Beratung.