



# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstrakt</b>	4
<b>1. Einleitung</b>	5
<b>2. Der juvenile Schlaganfall</b>	6
2.1 Ätiologie und Symptome	6
2.2 Beeinträchtigungen	7
2.2.1 Motorische und sensorische Störungen	7
2.2.2 Neuropsychologische Störungen	8
2.2.2.1 Gedächtnisstörungen	8
2.2.2.2 Aufmerksamkeitsstörungen	8
2.2.2.3 Visuelle Störungen	9
2.2.2.4 Aphasie	10
2.2.2.5 Apraxie	10
2.2.2.6 Rechenstörung	11
2.2.2.7 Störungen der räumlichen Orientierung	11
2.2.2.8 Defizite in exekutiven Funktionen	11
2.2.3 Organisch - Psychische Störungen	12
2.2.3.1 Antriebslosigkeit	12
2.2.3.2 Affektive Instabilität	12
2.2.3.3 Frontalhirnsyndrom / Dysexekutives Syndrom	12
2.2.4 Reaktiv - Psychische Störungen	13
2.2.4.1 Depression (Poststroke- Depression)	14
2.2.4.2 Angststörung	16
<b>3. Schlaganfall und anthropologische Dimensionen der Existenzanalyse</b>	17
<b>4. Schlaganfall und personale Grundmotivationen der Existenzanalyse</b>	18

<b>5.</b>	<b>Krankheitsbewältigung</b>	20
	5.1 Trauerprozess	22
	5.1.1 Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens	22
	5.1.2 Phase der aufbrechenden Emotionen	24
	5.1.3 Phase des Suchens und Sich-Trennens	25
	5.1.4 Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs	26
	5.2 Selbstwert	27
<b>6.</b>	<b>Depression</b>	28
<b>7.</b>	<b>Angststörung</b>	29
<b>8.</b>	<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b>	30
<b>9.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	31
<b>I.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	32

# **Krankheitsbewältigung nach juvenilem Schlaganfall**

## **Existenzanalytisch betrachtet**

### **Abstrakt**

In jungen Jahren einen Schlaganfall zu erleiden, führt zu einer massiven Erschütterung für den Betroffenen\* in seinem Selbst- und Weltbezug und auch in seinem Lebens- und Zukunftsbezug. „Vom Schlag getroffen“ bedeutet aus dem Fluss des Lebens hinauskatapultiert zu werden. Das Leben, welches bis zu diesem Zeitpunkt als sicher erlebt wird, voll mit Zukunftsplänen, erweist sich als brüchig, der eigene Lebensentwurf erfährt eine deutliche Erschütterung. Pläne müssen an die neuen Bedingungen angepasst oder verändert werden. Für diese schwerwiegende Krise stehen meist keine Bewältigungsstrategien zur Verfügung. Plötzlich ist man Patient, mit der Unsicherheit des Lebens, der Verletzbarkeit seines Körpers und seiner Endlichkeit konfrontiert. Nach einer Phase des „Nicht - wahrhaben - Wollens bzw. Könnens“ folgt ein mühsamer Weg in ein neues Leben. Der ursprüngliche Wunsch, so schnell wie möglich wieder „der Alte“ zu werden geht nicht in Erfüllung.

In dieser Arbeit möchte ich, nach allgemeinen Informationen zum juvenilen Schlaganfall, verschiedene Stadien der Krankheitsbewältigung darstellen und unter existenzanalytischen Gesichtspunkten beleuchten. Mithilfe von Kommentaren von Patienten über ihr Erleben werde ich versuchen, diesen Prozess der Krankheitsbewältigung anschaulich zu beschreiben. Weiters werde ich mögliche Folgen eines Schlaganfalls wie Depression, Angststörung und posttraumatische Belastungsstörung aufzeigen. Den Hintergrund bilden meine Therapieerfahrungen mit Schlaganfallpatienten und meine 8- jährige Tätigkeit als Neuropsychologin.

\*gilt für beide Geschlechter gleichberechtigt. Im Sinne einer einheitlichen und meines Erachtens lesbaren Sprachregelung wird auf die parallele Verwendung von weiblichen und männlichen Formen verzichtet.

## 1. Einleitung

Ein Schlaganfall trifft meist ältere Menschen. In meiner Arbeit als Neuropsychologin begegne ich jedoch auch immer wieder jungen Personen nach einem Schlaganfall. Einige von ihnen begleite ich psychotherapeutisch und erlebe, welche Schicksale sich hinter dem Begriff „Krankheitsverarbeitung“ verbergen. In der Literatur finden sich einige Artikel zur kognitiven Therapie (z.B. über Aufmerksamkeitstraining, Gedächtnistraining), jedoch nur wenige zur Krankheitsverarbeitung. Es wird darauf hingewiesen, dass je nach prä-morbider Persönlichkeit und Art des Infarktes die Krankheitsbewältigung gelingt oder misslingt, wobei festzustellen ist, dass es kaum Forschung zu Persönlichkeitsmerkmalen in Bezug auf Krankheitsbewältigung gibt. Für die meisten Patienten bedeutet ein Schlaganfall erstmals die Konfrontation mit der Unsicherheit der Welt, und sie stehen oft einer plötzlichen dramatischen Einschränkung von Möglichkeiten gegenüber. In neurologischen Rehabilitationszentren stehen verhaltenstherapeutische Interventionen im Vordergrund. Diese fokussieren die Handlungsebene mit dem Ziel einer weitgehenden Wiedergewinnung von Selbstständigkeit. Meines Erachtens kann hier jedoch die emotionale Verarbeitung zu kurz kommen. Patienten reagieren mit Depressionen und / oder Angststörungen, manche mit einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Existenzanalyse bietet hier aufgrund der phänomenologischen Grundhaltung Möglichkeiten, auf das zu achten, was sich hinter Angst oder Depression zeigt.

Zu Beginn dieser Arbeit werden allgemeine Information zum „juvenilen Schlaganfall“ und möglichen Beeinträchtigungen in den verschiedenen Bereichen (motorisch, kognitiv und psychisch) gegeben. Anschließend werden die Auswirkungen dieser Lebenskrise auf die drei anthropologischen Dimensionen (Frankl, 1959) und auf die vier personalen Grundmotivationen der Existenzanalyse (Längle, 1998) dargestellt. Zum einen wird als wesentliche Voraussetzungen für eine gelungene Krankheitsbewältigung Trauern und das Wiedererlangen eines guten Selbstwertes existenzanalytisch betrachtet. Zum anderen werden Depression, Angststörung und posttraumatische Belastungsstörung nach einem Schlaganfall beschrieben. Den Abschluss der Arbeit bildet eine Zusammenfassung der wesentlichen Therapieschritte nach den vier Grundmotivationen (GM).

## 2. Der juvenile Schlaganfall

### 2.1 Ätiologie und Symptome

Der Begriff „Schlaganfall“ (Synonyme: Insult, Apoplex, Stroke) entstammt der Umgangssprache und ist durch eine plötzliche und meist unvermittelt auftretende zerebrale Ausfallsymptomatik charakterisiert (vgl. Kringler, 2001). Nach Krebserkrankungen und Herzinfarkt ist Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache in industrialisierten Ländern. Die meisten Schlaganfälle treten zwischen dem 65. und 85. Lebensjahr auf, wobei es in ca. 80 % zu einem ischämischen Infarkt kommt, d.h. aufgrund einer schweren lokalen Durchblutungsstörung zu einem Gefäßverschluss und dadurch bedingtem Absterben von Nervenzellen. Der ischämische Infarkt ist charakterisiert durch einen plötzlichen, schmerzfreien Ausfall der Funktion eines umschriebenen, durch die Anatomie und Pathophysiologie der Gefäßversorgung definierten Hirnteils (vgl. Wallesch & Herrmann, 2000). Ein Teil des Hirngewebes geht hierbei sofort zu Grunde, während ein Teil funktionell zwar gestört, aber potentiell rettungsfähig ist. Deshalb ist eine rasche Versorgung in einer Spezialklinik, so genannten Stroke - Unit hilfreich, um irreversible Hirnschädigungen zu minimieren.

Ca. 20 % der Patienten erleiden einen hämorrhagischen Infarkt, d.h. eine Hirnblutung. Bei jüngeren Patienten ist der Anteil von Blutungen deutlich höher, ab dem 40. Lebensjahr steigt der Anteil von Ischämien. Während bei älteren Menschen (meist definiert > 60 Jahre) Arteriosklerose die häufigste Ursache für den Schlaganfall darstellt, sind bei jüngeren Patienten vor allem kardiologische Erkrankungen oder eine cervikale Dissektion zu finden. Bei jungen Patienten bildet jedoch die größte Gruppe (ca. 60 %) diejenige, bei der trotz aufwendiger Untersuchungen keine Ursachen gefunden werden kann. 50% - 70% der jüngeren Patienten gelingt nach dem Infarkt die Rückkehr in den Arbeitsprozess. Rehabilitationsmaßnahmen werden meist in folgende drei Bereiche eingeteilt (vgl. [www.medizin-info](http://www.medizin-info), 2006): 1. medizinische Rehabilitation mit dem Ziel der Wiedererlangung der körperlichen Selbstständigkeit, 2. soziale Rehabilitation mit dem Ziel des Erreichens der weitgehenden Eigenbestimmung und Eigengestaltung des Lebens sowie 3. berufliche Rehabilitation mit dem Schwerpunkt der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess.

## 2.2 Beeinträchtigungen

Je nach Läsionsort und -größe zeigen sich nach einem Hirninfarkt unterschiedliche Beeinträchtigungen. Nachfolgend möchte ich die häufigsten Störungen nach den Bereichen: motorisch, neuropsychologisch, organisch-psychisch und reaktiv-psychisch beschreiben.

### 2.2.1 Motorische und sensorische Störungen

Schwächen in der Feinmotorik bis Halbseitenlähmung bedeuten für die Patienten eine extreme Veränderung ihrer Fertigkeiten. Mühsam müssen sie z.B. nach einem Infarkt lernen, mit der nicht dominanten Hand zu schneiden und zu schreiben. Heini beschreibt in ihrem Buch sehr berührend die massiven Einschränkungen nach ihrem Schlaganfall, nachdem sie rechtsseitig gelähmt war: *„Es war, als sei ein dunkler Schatten auf meine rechte Körperhälfte gefallen (...). Mein Bewegungsradius war auf die Länge meines linken Armes eingeschrumpft. Ich lag hilflos, abhängig, schwer im Bett. Der Arm hing wie leblos am Rumpf, das Bein lag bleiern schwer auf seiner Unterlage“* (Heini 2001, 14). Ein 34-jähriger Mann erzählt: *„Plötzlich morgens beim Kaffeekochen spürte ich meine rechte Seite nicht mehr. Ich sah, wie ich meine Hand bewegte, aber ich spürte sie nicht.“* Er hat nach dem Schlaganfall Probleme mit der Kraftdosierung, der Zielgenauigkeit beim Ausführen von feinmotorischen Tätigkeiten und ist bei diesen Aufgaben deutlich verlangsamt.

Beeinträchtigungen in der Motorik können sich auch auf die Sprache auswirken. Eine Dysarthrie (Schwierigkeiten in der Artikulation, Lautbildung) ist die Folge, wodurch die Patienten oftmals schwerer zu verstehen sind. Da sie sich für ihre Aussprache meistens schämen, ziehen sie sich vom sozialen Leben zurück.

Sensorische Störungen wirken sich z.B. bei einem 43-jährigen Patienten folgendermaßen aus: *„Ich spüre nicht mehr, ob das Badewasser zu heiß ist.“* Auch ist er sehr betroffen darüber, dass er sich bei handwerklichen Tätigkeiten ständig verletzt. Er zeigt mir seine von Kratzern und Abschürfungen gekennzeichneten Hände mit den Worten: *„Schauen Sie, wie meine Hände ausschauen, ständig verletze ich mich bei mir sehr vertrauten Arbeiten.“*

Auch leiden Patienten unter Missempfindungen wie z.B. Taubheitsgefühle in den Extremitäten, aber auch in einer Gesichtshälfte. Ein Patient schildert: *„Ich habe Angst, dass mein Mundwinkel herunterhängt, denn die rechte Gesichtshälfte fühlt sich wie nach einer Spritze beim Zahnarzt an. Das wäre mir sehr peinlich.“*

## **2.2.2 Neuropsychologische Störungen**

### **2.2.2.1 Gedächtnisstörungen**

Meist ist das Lernen und Abrufen von neuen Informationen betroffen. Die Verminderung der Merkleistung stellt des Öfteren ein erhebliches Problem bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz dar. Der Erwerb und die Anwendung von Gedächtnisstrategien und externen Gedächtnishilfen wie z.B. Führen eines Gedächtnistagebuchs sind notwendig, um Gedächtnisdefizite zu kompensieren. Ein 43-jähriger Patient beschreibt: *„Früher hatte ich ein sehr gutes Gedächtnis, ich musste mir keine Notizen machen. Jetzt weiß ich nach einem Telefonat nicht mehr, was ich zugesagt habe.“* Bei isolierten Gedächtnisstörungen kommt es häufig zur unbeabsichtigten Überforderung der Patienten, da die Beeinträchtigung nicht direkt sichtbar ist. So meint ein Patient: *„Leichter wäre es, wenn mein Arm gelähmt wäre, dann könnte jeder erkennen, dass ich krank bin.“*

### **2.2.2.2 Aufmerksamkeitsstörungen**

Verschiedene Aufmerksamkeitsleistungen können isoliert oder gemeinsam beeinträchtigt sein. Die basale Fähigkeit zur Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit kann gestört sein, wodurch Patienten sehr schnell erschöpft sind, da sie immer zusätzliche Energie aufbringen müssen, um wach zu bleiben. Aufgrund einer allgemeinen Reaktionsverlangsamung ist es diesen Patienten z.B. nicht mehr möglich, Auto zu fahren. Sie benötigen im Alltag zahlreiche Pausen, was sie oft schwer akzeptieren können und auch im Berufsleben schwierig zu organisieren ist. Vor dem Infarkt war es für eine 33-jährige Patientin kein Problem nach einer 40-Stunden Woche mit ihrem Lebenspartner und zahlreichen Freunden noch ein erfülltes gesellschaftliches Leben zu führen. Nun strengten sie 20 Minuten kognitive Therapie enorm an, sie benötigte dann eine mehrstündige Ruhepause.

Das Teilen der Aufmerksamkeit, d.h. seine Aufmerksamkeit gleichzeitig auf verschiedene Quellen zu lenken, ist notwendig für das Alltagsleben. Vor allem im Arbeitsleben bedarf es für die Patienten einer Umstrukturierung, da die gewohnte Flexibilität nicht mehr gegeben ist. So erschweren z.B. Großraumbüros die Rückkehr auf den Arbeitsplatz. Auch die häufige Anforderung neben der Arbeit Telefonate zu führen, stellt eine große Belastung dar.

Die selektive Aufmerksamkeitsfunktion, die es ermöglicht, sich auf eine wesentliche Tätigkeit zu konzentrieren und Ablenkendes zu ignorieren, bildet ebenfalls eine Voraussetzung für das Berufsleben. Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeitsfunktionen werden im klinischen Alltag meist unterschätzt, da die Anforderungen aufgrund des strukturierten Ablaufs geringer sind als im Alltag. Die Auswirkungen zeigen sich oft erst beim Wiedereinstieg ins Berufsleben. Dann bemerken die Patienten, dass sie geringer belastbar und sehr schnell erschöpft sind. Der Besitzer eines Architekturbüros schildert: *„Bei Besprechungen ermüde ich sehr rasch. Ich habe Schwierigkeiten, mitzukommen wenn mehrere Personen diskutieren und verhalte mich daher ruhig.“* Ein anderer Patient beschreibt ein Jahr nach einem Thalamusinfarkt, dass er seine Arbeit zu Wege bringt, dann jedoch keine Energie mehr für seine Familie oder Hobbys zur Verfügung hat.

### **2.2.2.3 Visuelle Störungen**

Vor allem nach einem Okzipitalinfarkt leiden die Patienten an einer homonymen Hemianopsie (Halbseitenblindheit) und damit verbundenen Schwierigkeiten in der visuellen Exploration. Dadurch kommt es zusätzlich zu Leseproblemen. Eine junge Patientin beschreibt: *„Auf der blinden Seite tauchen Personen, Autos und Gegenstände aus dem Nichts auf und erschrecken mich. Ich fühle mich total verunsichert und ungeschützt. Das Überqueren eines Zebrastreifens ist nun eine große Herausforderung für mich.“*

Patienten berichten auch über visuelle Metamorphopsien wie z.B. eine 33-jährige Frau: *„Die Dachgiebel sind ineinander verschoben und auch die Häuser stehen schief. Ich weiß aber, dass dies nicht real ist. Ständig überprüfe ich meine Wahrnehmung.“*

Veränderungen in der Farb-, Form- und Objektwahrnehmung irritieren die Patienten und erschweren je nach beruflichen Anforderungen den Wiedereinstieg ins Berufsleben.

#### **2.2.2.4 Aphasie**

Beeinträchtigungen im Sprachverständnis und anderen Sprachmodalitäten (Spontansprache, Schreiben, Lesen, Nachsprechen, Benennen) zeigen sich vor allem nach einem linkseitigen Mediateilinfarkt. Die Patienten erleben eine massive Einschränkung in ihrem familiären und sozialen Leben, denn ihre Kommunikationsfähigkeit kann erheblich gestört sein. Aphasische Störungen stellen ein wesentliches Hindernis für die berufliche Integration dar. Bereits Wortfindungsstörungen führen zu großer Verunsicherung. Ein Patient schildert seine Not: *„Früher habe ich gerne diskutiert und war nie um eine Antwort verlegen. Jetzt fallen mir unter Stress die Worte nicht mehr ein. Ich komme mir wie ein Trottel vor.“* Oft treten Aphasien gemeinsam mit anderen neurologischen und neuropsychologischen Störungen auf, wie z.B. Apraxie (siehe nachfolgendes Kapitel), Hemiparese, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen, sodass Therapiemaßnahmen multidisziplinär geplant werden sollen. Im Idealfall erarbeiten Ärzte, Neuropsychologen, Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Physiotherapeuten gemeinsam ein individuelles Therapieprogramm.

#### **2.2.2.5 Apraxie**

Zu Apraxien gehören Beeinträchtigungen im Imitieren von Finger- und Handstellungen, in der Durchführung von Handlungsfolgen (z.B. Kaffeekochen), im Werkzeuggebrauch (z.B. Benutzen der Zahnbürste) und im Einsatz von Mimik und Gestik zur Kommunikation. Goldenberg (2002) stellt fest, dass diese Patienten zusätzlich Schwierigkeiten beim Lösen mechanischer Probleme haben, wodurch sie im Alltag bei handwerklichen Tätigkeiten deutlich eingeschränkt sind und die Kompetenz z.B. für Reparaturen im Haushalt verlieren.

### **2.2.2.6 Rechenstörung**

Beeinträchtigungen in der Rechenleistung treten vor allem nach parietalen Infarkten, oftmals kombiniert mit einer Aphasie auf. Eine junge Patientin beschreibt die Auswirkungen auf ihre berufliche Situation: *„Was soll ich tun? In meinem Beruf als Kellnerin muss ich doch Kopfrechnen können!“*

### **2.2.2.7 Störungen der räumlichen Orientierung**

Patienten fallen im Krankenhaus dadurch auf, dass sie nicht in ihr Zimmer zurückfinden. Sie haben auch in vertrauter Umgebung Schwierigkeiten. Wege, die oftmals gegangen wurden, sind nun fremd. Die Patienten lernen, vermehrt auf Landmarker (z.B. markante Gebäude) zu achten. Visuo - konstruktive Störungen zeigen sich u. a. durch Schwierigkeiten beim Kopieren von geometrischen Figuren. Räumliche Störungen können sich auch auf das Ankleiden auswirken, sodass die Patienten im Alltag damit große Mühe haben. Eine Patientin beschreibt: *„Ich kann nicht mehr alleine schwimmen gehen, da ich den Bikini ohne Hilfe nicht anziehen an.“* Beim Anziehen eines Pullovers kommen die Patienten mit der Räumlichkeit des Pullovers selbst (verschiedene Öffnungen) und der Position des Pullovers im Raum nicht zurecht. Dies bedeutet, dass sie mit dem Kopf z.B durch das Armloch fahren, den Fehler zu revidieren versuchen, jedoch nach mehrmaligem Drehen des Kleidungsstückes nochmals durch das gleiche Armloch hineinschlüpfen. Sie haben auch große Probleme, hinten und vorne zu unterscheiden, obwohl sie keine Sehschwierigkeiten haben. Im Unterschied zu Menschen mit Sehbehinderung nutzen Markierungen und das Einüben von Bewegungsabfolgen kaum.

### **2.2.2.8 Defizite in exekutiven Funktionen**

Exekutive Funktionen sind ein Sammelbegriff für eine Vielzahl von Störungen. Dies können u. a. Beeinträchtigungen in der Planungsfähigkeit sein. Diese Patienten haben Schwierigkeiten im voraus zu denken, aber auch im Beginnen oder Beibehalten einer Handlung. Sie lassen sich leicht ablenken und / oder zeigen eine verminderte kognitive Flexibilität, sodass sie in einmal begonnenen Handlungsroutinen verharren und sich nicht auf Neues umstellen können.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass verschiedene kognitive Bereiche nach einem Schlaganfall gestört sein kann. Darüberhinaus sind jedoch auch psychische Störungen möglich.

## **2.2.3 Organisch - Psychische Störungen**

### **2.2.3.1 Antriebslosigkeit**

Patienten beginnen von sich aus keine Handlungen mehr, sie brauchen ständig Aufforderung und Motivation von außen. Ein 43-jähriger Mann erzählt von seinem Rehabilitationsaufenthalt: *„Zur Therapiestunde mussten sie mich immer abholen.“* Ein Ehemann berichtet: *„Früher war meine Frau immer aktiv. Neben dem Haushalt hatte sie zahlreiche Hobbys. Jetzt sitzt sie im Wohnzimmer und macht nur das, was ich ihr sage.“* Diese Patienten machen keine Zukunftspläne mehr, fühlen sich in ihrer Untätigkeit jedoch nach eigenen Angaben nicht unwohl. Für Partner ist das fehlende Interesse schwer auszuhalten und führt oft zu Trennungen.

### **2.2.3.2 Affektive Instabilität**

Dazu gehören pathologisches Lachen und Weinen, welches nach stereotypen Mustern in unterschiedlicher Intensität verläuft und sich relativ rasch wieder zurückbildet. Es gibt hierfür keinen spezifischen Auslöser und keine korrespondierende Stimmungslage. Typisch ist, dass die Patienten den plötzlich auftretenden Affekt nicht kontrollieren können und, dass er nicht dem Spannungsabbau dient. Oftmals vermeiden die Patienten soziale Kontakte. Ein 44-jähriger Mann erzählt: *„Ich habe mein Theaterabonnement zurückgegeben, da ich mich für meine unpassenden Gefühlsausbrüche schäme.“*

### **2.2.3.3 Frontalhirnsyndrom / Dysexekutives Syndrom**

Die Bezeichnung „Frontalhirnsyndrom“ leitet sich vom Ort der Läsion (Frontalhirn) ab und umfasst verschiedene exekutive Störungen wie z.B. verringertes Arbeitsgedächtnis, reduzierte Problemlösefähigkeit sowie Wesensveränderungen. In

der jüngeren Neuropsychologie hat sich die Bezeichnung „Dysexekutives Syndrom“ durchgesetzt, welches den Ausfall der Funktion ohne Rückgriff auf die Anatomie angibt (vgl. Goldenberg, 2002), denn auch nach subkortikalen Läsionen oder Kleinhirnfarkten sind exekutive Defizite feststellbar.

Die Veränderung der Persönlichkeit ist in zwei unterschiedliche Richtungen möglich. Einerseits ist ein Wegfall der Impulskontrolle beobachtbar. Diese Patienten zeigen eine mangelnde soziale Geschicklichkeit. Sie benehmen sich takt- und distanzlos. So leidet z.B. das Pflegepersonal unter ständigen sexuell anzüglichen Bemerkungen. Oft ist das Störungsbewusstsein nicht oder nur gering vorhanden, sodass die Patienten die Notwendigkeit von Therapiemaßnahmen und Verhaltensänderungen nicht erkennen können. Sie sind auch sehr leicht ablenkbar und in ihren Verhaltensweisen sprunghaft. Der Wegfall der Impulskontrolle kann im Extremfall auch zu aggressiven Durchbrüchen führen.

Andererseits können Patienten auch antriebslos sein, sodass sie keine Eigeninitiative ergreifen. Diese Antriebslosigkeit kann sich zusätzlich auf ihre Sprache bis hin zum Mutismus (keine Sprachäußerung) auswirken. Diese Patienten sind in ihrem Verhalten sehr starr. Einmal begonnene Handlungen können, auch wenn sie nicht zum Ziel führen, nicht verändert werden. Die Patienten finden keine neuen Lösungswege, sondern zeigen oft perseverierendes Verhalten.

#### **2.2.4 Reaktiv - Psychische Störungen**

Nach einem Schlaganfall kommt es häufig zu affektiven Erkrankungen wie Depressionen, generalisierten Angststörungen, Panikattacken und manchmal zu manischen Syndromen und posttraumatischen Belastungsstörungen. Diese Patienten profitieren weniger von Rehabilitationsmaßnahmen und Studien zeigen (vgl. Pössl & Schellhorn, 2001), dass der Transfer der, im Klinik Setting erreichten, Leistungen in den Alltag gefährdet ist.

Nachfolgend möchte ich zuerst einen Literaturüberblick zur Poststroke Depression und zur Angststörung geben und anschließend die Folgen eines Schlaganfalls aus existenzanalytischer Sicht beleuchten.

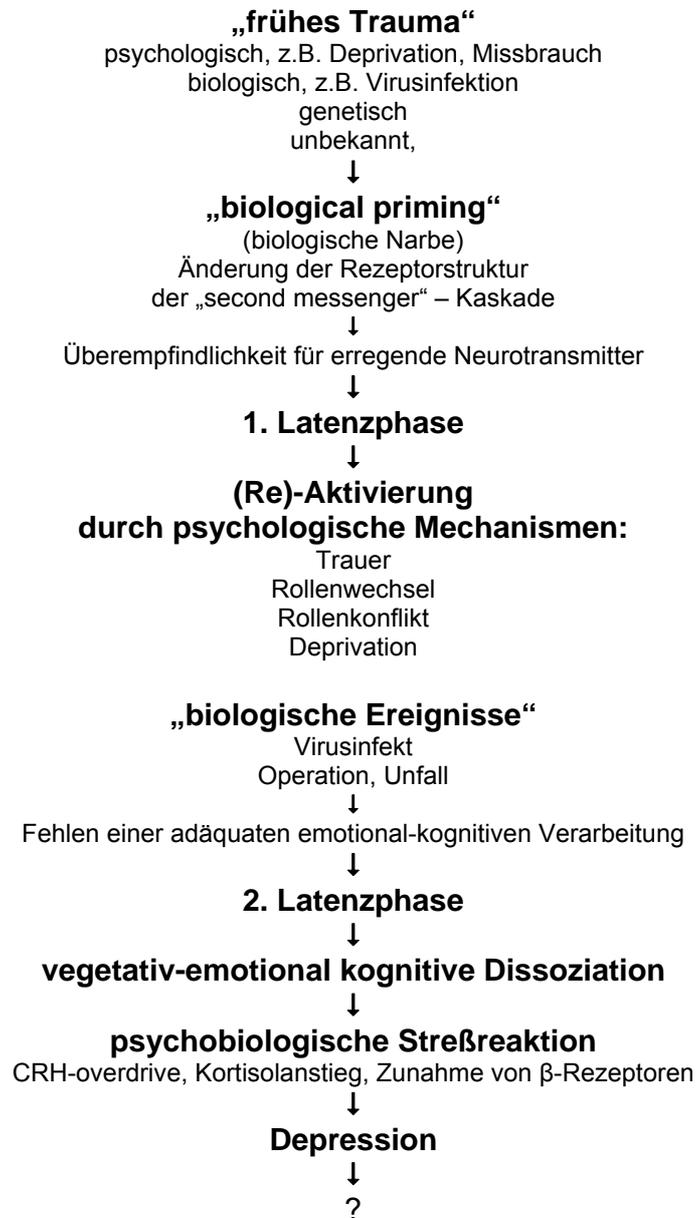
### 2.2.4.1 Depression (Poststroke- Depression)

Die häufigste psychiatrische Erkrankung stellen Depressionen (Poststroke-Depression) dar, wobei die Angaben über die Häufigkeit je nach Studie stark variieren (zwischen ca. 11% – 79%). Ein Grund dafür wird in den unterschiedlichen Untersuchungsmethoden, Untersuchungsdesigns sowie Untersuchungszeitpunkten gesehen. Eine vor dem Infarkt bestehende Depression gilt als zusätzlicher Risikofaktor. Mehrere Studien verweisen auf ein hohes langfristiges Risiko für eine Poststroke - Depression. Angeleri et al. (1997) stellen zwei Jahre nach dem Schlaganfall eine Prävalenz von 34 % fest. Hackett et al. (2005) finden in ihrem Review über insgesamt 17934 Patienten einen konstanten Zusammenhang zwischen Entwicklung einer Depression und körperlicher Behinderung, Schwere des Schlaganfalls und kognitiver Beeinträchtigung. Auch zeigen sie auf, dass soziale Isolation zu einer Poststroke-Depression beitragen kann. Weiters finden sich Hinweise, dass Frauen gefährdeter sind als Männer, was sich jedoch nicht in allen Studien bestätigen lässt (siehe Huff et al., 2003). Carota et al. (2005) finden in einer prospektiven Studie, in der Krankenschwestern insgesamt 273 Patienten täglich bereits im Akutstadium auf der Stroke-Unit nach den Verhaltensmustern - Apathie, offenkundige Traurigkeit und pathologisches Schreien - beurteilen, dass sich am eindeutigsten als Prädiktor für eine Depression der Schweregrad der Behinderung und Schreien herausstellen. Auch waren jüngere Patienten (< 68 a) häufiger depressiv, wobei die Autoren darauf verweisen, dass sich dies nicht in allen Studien zeigt. Sie diskutieren einen Bias, da ältere Patienten im 3 und 12 Monate follow - up fehlen. Klose et al. (2005) und Poppenborg et al. (2005) zeigen in ihren Studien über 181 Patienten mit juvenilem Schlaganfall (Alter bis 45 Jahre), dass im Mittel 4,9 Jahre nach dem Ereignis ca. 24% ihre Lebensqualität als niedrig angeben, ca. 34 % depressiv sind, 16% unter einer mäßiggradigen posttraumatischen Belastungsstörung und 3% unter einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung leiden, obwohl ihre körperlichen Beeinträchtigungen gering sind. Patienten, die vor dem Schlaganfall alleine leben, haben ein erhöhtes Risiko.

Nicht beantwortbar ist derzeit die Frage nach der Ursache der Depression. Neben der psychischen Belastung durch Behinderung und Krankheit werden auch strukturelle oder neurochemische Veränderungen im Gehirn durch den Infarkt

diskutiert. Aldenhoff (1997) entwickelt ein psychobiologisches Modell zur Depressionsentstehung (siehe Abbildung 1), in dem er biologische und psychologische Mechanismen verknüpft. Dieses Modell finde ich als Erklärungsansatz hilfreich, da es sowohl biologische als auch psychotherapeutische Erkenntnisse berücksichtigt. Als Ausgangspunkt für eine spätere Depression sieht Aldenhoff ein „frühes Trauma“, wobei er hier psychologische Traumata wie frühkindliche Deprivation, Vernachlässigung, Missbrauch, aber auch biologische Traumata wie Veränderung der Rezeptorausstattung nach Viruserkrankungen während der Embryogenese und bisher noch unbekannte Mechanismen subsumiert. Entscheidend ist, dass eine grundlegende Veränderung des Stressbewältigungsmechanismus vor sich geht, wobei hier vor allem die Achse Hypothalamus, Hypophyse, Nebennierenrinde (HHN-Achse) die Hauptrolle spielt. Er überlegt auf der biologischen Ebene ein „biological priming“, welches zu neurobiologischen Veränderungen führt, auf der psychologischen Ebene zu Persönlichkeitsveränderungen, die auch an der Entstehung von Life-Events mitwirken. Auch wenn dem Individuum der Anpassungsprozess gelingt, postuliert er eine gesteigerte Empfindlichkeit für spätere depressionsauslösende Situationen. Entweder durch psychologische Mechanismen wie Trauer, Rollenwechsel, Konflikte oder durch „biologische Mechanismen“ wie Operation oder Virusinfektion und, nach meinem Verständnis auch nach Schlaganfall, kommt es zur Reaktivierung dieser „biologischen Narben“. Aber auch ohne frühkindliche Erlebnisse ist die Entstehung einer Depression bei entsprechender Schwere des Ereignisses denkbar. Dies führt dazu, dass das Modell kaum überprüfbar ist, da es in jedem Fall als Erklärung dienen kann. Nach Aldenhoff gelingt dem Individuum eine adäquate emotional - kognitive Verarbeitung nicht, weil ihm z.B. die Reaktionen der Trauer oder der Aggression nicht zugänglich sind. Er überlegt eine Dissoziation der emotionalen und vegetativen Symptome von den kognitiven Anteilen und interpretiert den Kontrollverlust über Denken und Antrieb im Sinne von Seligman's (1967) Modell der erlernten Hilflosigkeit. Da das Individuum sich als hilflos erlebt, scheint eine andauernde Stressantwort plausibel, die jedoch in eine Sackgasse führt, weil keine Bewältigung stattfindet. Es kommt zum „overdrive“ (Anstieg von Kortisol) des Systems und zur manifesten Depression. Er weist darauf hin, dass gezeigt werden konnte, dass vor dem Auftreten von depressiven Symptomen bereits Auffälligkeiten in der Kortisolphysiologie feststellbar sind.

**Abbildung 1** Schema zur Depressionsentstehung, Aldenhoff, 1997



#### 2.2.4.2 Angststörung

Wesentlich weniger Daten liegen zu Angststörungen nach einem Schlaganfall vor, und auch hier variieren die Prävalenzen zwischen 1% - 28% für generalisierte Angststörung, 9 % -10% für Agoraphobie und 2% für Agoraphobie mit Panikstörung (vgl. Schöttke et al, 2001). In ihrer deutschsprachigen Studie zeigen Schöttke et al. (2001), dass Angststörungen (Panikstörung, Agoraphobie, Soziophobie, einfache Phobien, Zwangsstörung) einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Major

Depression oder einer dysthymen Störung darstellen, wobei es in dieser Studie unerheblich ist, ob die Angststörung bereits vor dem Schlaganfall vorhanden ist, oder erst nach dem Schlaganfall entsteht.

### **3. Schlaganfall und anthropologische Dimensionen der Existenzanalyse**

Frankl (1959) unterscheidet in seinem dreidimensionalen Menschenbild folgende anthropologische Dimensionen: die somatische, die psychische und die noetische Dimension.

Betrachtet man die Auswirkungen eines Schlaganfalls nach diesem Modell zeigen sich auf der 1. Dimension (physisch - somatisch) Veränderungen des Körpergefühls bis zur Halbseitenlähmung. Sensibilitätsstörungen wie Taubheitsgefühle, Missempfindungen wie Kribbeln in einer Körperhälfte. Aber auch Kopfschmerzen, die als Spannungskopfschmerzen diagnostiziert werden, treten immer wieder auf.

Auf der 2. Dimension (psychische) steht für viele Patienten das Erleben von Anspannung und von Angst im Vordergrund. Diese Gefühle werden z.B. durch Missempfindungen wie Einschlafen eines Armes oder leichte Kopfschmerzen ausgelöst. Oftmals steigert sich die Angst zur Panik, hinter der die Frage steht, ob jetzt wieder ein Schlaganfall eintritt. Je nach präorbider Persönlichkeit und Art des Infarktes schildern oder verschweigen Patienten ihre Ängste. Manchen von ihnen fällt es sehr schwer ihre Gefühle wahrzunehmen und zu benennen. Wenn das Vertrauen der Patienten zu Therapeuten oder Lebenspartnern groß genug ist, sprechen sie ihre Befürchtungen aus. So erzählt ein 42-jähriger Patient, dass er sich häufig die Frage stellt, ob er „*jetzt spinne*“, da er seit dem Infarkt unter Panikattacken und Phobien leidet. Er war früher ein selbstsicherer und erfolgreicher Manager, der viel arbeitete und in der kargen Freizeit kulturhistorisch interessante Reisen unternahm. Ein anderer Patient ist überzeugt, als er wieder zu arbeiten beginnt und vereinzelt Wortfindungsstörungen bemerkt, dass er nun geistig behindert sei.

Auf der 3. Dimension (noetische) stellt sich für die Patienten die Sinnfrage. Herausgerissen aus dem Leben, vor allem der Verlust der Leistungsfähigkeit und die

plötzliche Abhängigkeit führen manchmal zum Erleben von Sinnlosigkeit. Das Werteempfinden ist erheblich gestört, fokussiert werden die Einschränkungen. Frankl (1992) weist darauf hin, dass das Infragestellen des Lebenssinns nach einem erschütternden Ereignis per se nicht pathologisch ist. Diesen Menschen fehlen jedoch die Kräfte, die eine das Leben unbedingt bejahende Weltanschauung zu geben vermag.

#### **4. Schlaganfall und personale Grundmotivationen der Existenzanalyse**

In diesem Kapitel möchte ich die Auswirkungen eines Schlaganfalles auf die vier personalen Grundmotivationen nach Längle beleuchten.

Unmittelbar nach dem Infarkt zeigt sich eine Erschütterung auf der Ebene der **1. Grundmotivation**. „(...) die **Grundfrage der Existenz: Ich bin – kann ich sein?**“ (Längle 1998, 1) kann vom Patienten nicht sicher bejaht werden. Er erlebt, dass das Grundvertrauen plötzlich nicht hält, sein basales Sein-Können ist in Frage gestellt. Längle beschreibt: *„Um dasein zu können, genügt es nicht, Halt, Raum und Schutz zu erhalten – ich muß diese Voraussetzungen auch ergreifen, mich für sie entscheiden, mich auf sie einlassen. Mein aktives Zutun für diese Grundbedingung des Daseins ist das Annehmen des Positiven und das Aushalten des Negativen. Annehmen ist die Bereitschaft, mich auf den Raum einzulassen, mich auf den Halt zu stellen, mich in den Schutz zu begeben; kurz: 'dazusein' und nicht zu fliehen. Aushalten meint die Kraft, das Schwere, das Bedrohliche, das Unheilvolle, das Schicksalhafte, das Unabänderliche sein zu lassen zu 'tragen', was nicht zu ändern ist. Das Leben stellt mir Bedingungen und die Welt hat ihre Gesetze, denen ich mich beugen muß, (...) aber diese Bedingungen sind andererseits auch verlässlich, unumstößlich, haltgebend. Sie sein lassen können, sie als gegeben annehmen ist mir nur dann möglich, wenn ich dabei auch selber sein kann. So heißt annehmen: einander sein lassen, weil genügend Raum ist, daß auch ich selber sein kann,, weil mich die Umstände nicht mehr bedrohen. Im Aushalten und Annehmen-Können schafft sich der Mensch den Raum, den er zum Dasein braucht.“* (ebenda, 1,2)

Auf der Ebene der **2. Grundmotivation** wird „**die Grundfrage des Lebens: „Ich lebe – mag ich aber leben? Ist es gut, dazusein?“**“ (ebenda, 2) angezweifelt. Oft können sich die Patienten nach dem Schlaganfall nicht vorstellen, mit ihren Einschränkungen gut weiterzuleben. Der Zugang zu bisherigen Erlebniswerten wie z.B. Bergsteigen, Schifahren ist ihnen aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen nicht mehr möglich. Der Grundwert, das tiefste Gefühl für den Wert des Lebens, ist nicht fühlbar, die Zustimmung zum eigenen Leben verloren gegangen. Längle weist darauf hin, dass die Einwilligung zum Leben, das aktive Zutun verlangt wird. *„Ich ergreife das Leben, lasse mich auf es ein, wenn ich mich anderen Menschen, Sachen, Tieren, geistigen Inhalten, mir selber zuwende, mich tatsächlich hin - wende, auf es zugehe, Nähe aufnehme, es berühre, es an mich ziehe. Das bringt das Leben in mir in Schwingung. Damit es mich frei bewegen kann, ist die Einwilligung in das Sich-berühren-Lassen vorausgesetzt.“* (ebenda, 2,3)

Nach einem Schlaganfall ist meines Erachtens längerfristig vor allem eine Störung auf der Ebene der **3. Grundmotivation**, die „**die Grundfrage des Personseins: Ich bin - darf ich so sein?“**“ (ebenda, 3) beinhaltet, fassbar. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit, die geringere Belastbarkeit und oft niedrige Reiztoleranz, sowie andere Krankheitsfolgen wie Gesichtsfeldausfall, Missempfindungen, Lähmung, Sprachstörungen führen zu einer deutlichen Abnahme des Selbstwertes. Die Patienten schildern Unsicherheiten in sozialen Kontakten und haben Angst, unangenehm aufzufallen. Längle verweist darauf: *„Um selbst sein zu dürfen, genügt es nicht, Beachtung, Wertschätzung und Bestätigung zu erhalten, ich muß das 'Ja zu mir' selber sprechen“* (ebenda, 3). Längle stellt auch fest, dass ein traumatisches Erleben entwürdigend ist: (...) *„Entwürdigend ist es auch, wie die Integrität des Eigenen gewaltsam, rücksichtslos und ungefragt durchbrochen wird, so dass wir zusehen müssen, wie es zu Selbstverlust und Entfremdung kommt.“* (Längle 2006, 9)

Auf der Ebene der **4. Grundmotivation** wird „**die Sinnfrage der Existenz: Ich bin da – wofür ist es gut?“**“ (Längle 1998, 4) gestellt. Längle beschreibt: *„Dafür brauche ich dreierlei: ein Tätigkeitsfeld, einen Strukturzusammenhang und einen Wert in der Zukunft“* (ebenda, 4). Diese Bereiche verändern sich häufig radikal für Patienten. Bisherige Möglichkeiten, sowohl Arbeit als auch Freizeit betreffend sind eingeschränkt. Bisher selbstverständliche Beziehungen zu Mitmenschen werden

hinterfragt. Überlegungen von Patienten sind: *„Genüge ich als Partner noch?“* *„Hoffentlich verlässt mich mein Partner nicht, denn erst jetzt erkenne ich, wie wertvoll er für mich ist.“* Oft werden Patienten im Alltag abhängiger vom Lebenspartner, da sie z.B. nicht mehr Autofahren können. Wesentlich scheint hier die phänomenologische Haltung. Längle definiert diese *„(...) als ‚die wertvollste Möglichkeit der Situation‘. Existentieller Sinn ist somit das, was hier und jetzt auf dem Boden der Tatsachen und der Realität möglich ist, mir möglich ist, was von mir jetzt gebraucht wird, was jetzt das Dringlichste, das Wertvollste, das Interessanteste ist.“* (Längle, 1998, 4)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein Patient nach einem Schlaganfall sein Ja zu sich und seinem Leben, seinen Lebensbedingungen erneut oder erstmals bewusst geben muss, um offen zu werden für das, was für ihn im Leben von Bedeutung ist.

Um sich den neuen Möglichkeiten zuwenden zu können, bedarf es einer gelungenen Krankheitsbewältigung, mit welcher ich mich nachfolgend auseinandersetzen möchte.

## **5. Krankheitsbewältigung**

*„Der gesunde Körper ist uns ein stiller Begleiter, er wird im alltäglichen Leben oft ‚vergessen‘, doch fühlen wir uns im Regelfall eins mit ihm“* (Hager & Ziegler 1998, 10). Der Schlaganfall tritt unvorhersehbar und schmerzlos (außer bei Dissektion und Blutung) in das Leben der Patienten. Heintl drückt es anschaulich aus: *„Er kam heimtückisch schleichend auf leisen Sohlen wie ein Dieb“* (Heintl 2001, 11). Keine Phase geht voraus, in der sich der Betroffene damit auseinandergesetzt hat und Bewältigungsstrategien entwickeln konnte. Menke beschreibt in ihrem Buch: *„Kein Warnsignal war vorausgegangen. Gesund und fröhlich war ich am Abend der besagten Nacht ins Bett gegangen und schlief tief, fest und traumlos bis zu ebendiesem Zeitpunkt des Aderrisses, der zu einem Wendepunkt in meinem Leben werden sollte“* (Menke 2004, 5). Die Krankheitsverarbeitung ist von vielen Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmalen, körperlichen Erkrankungen, sozialem Netzwerk, Selbstwahrnehmung, bisherigen Krisenerfahrungen, verfügbaren Coping-Strategien,

abhängig. Pössl und Schellhorn weisen darauf hin, dass die Krankheitsverarbeitung sehr unterschiedlich verläuft: *„Während eine Reihe von Patienten trotz schwerer Behinderungen ein positives Selbstbild und Lebenskonzept bewahren können, sind bei vielen Patienten mit relativ geringen Leistungseinbußen Verarbeitungsmuster erkennbar, die es ihnen und ihrer Familie sehr schwer machen, mit der veränderten Lebenssituation zurechtzukommen“* (Pössl & Schellhorn 2001, 331). Rehabilitationsmaßnahmen fokussieren häufig körperliche und geistige Beeinträchtigungen, sodass die Krankheitsbewältigung zu kurz kommen kann. In neurologischen Rehabilitationszentren finden traditionellerweise verhaltenstherapeutische Interventionen statt, die vor allem die Handlungsebene in den Mittelpunkt stellen. Meines Erachtens wird hier der emotionalen Verarbeitung oft zu wenig Aufmerksamkeit gegeben. Abwehrmechanismen wie Bagatellisieren oder Vermeiden zeigen sich nicht nur bei den Patienten, sondern auch bei Helfern. Auch erlebe ich Patienten mit meist hohen narzisstischen Persönlichkeitsanteilen, die einen Rehabilitationsaufenthalt ablehnen oder nach einigen Tagen abbrechen, da sie überzeugt sind, alles alleine zu schaffen und wieder wie vor dem Schlaganfall zu werden.

Nicht nur für den Patienten selbst, sondern auch für die Angehörigen und Freunde verändert sich die Lebenssituation. Auseinandersetzung mit der Brüchigkeit und Endlichkeit des Lebens, sowie das Erlernen von neuen Rollen werden von ihnen gefordert. Plötzlich ist der Partner, Freund, auf Hilfe angewiesen und vor allem emotional labiler, in seinen Grundfesten erschüttert. Poppenborg et al. (2005) zeigen in ihrer Befragung von Angehörigen von Patienten nach juvenilem Schlaganfall, dass viele schwer belastet sind. Ca. 47 % der Angehörigen leiden unter einer schweren posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD). Meines Wissens gibt es für sie kaum Hilfsangebote, sondern sie werden oft mit ihren Ängsten und Sorgen alleine gelassen.

Nachfolgend möchte ich die notwendigen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Krankheitsbewältigung ausführen. Im Mittelpunkt steht der Trauerprozess und die Wiedererlangung eines guten Selbstwertes.

## 5.1 Trauerprozess

Wie bei anderen existenziellen Grunderfahrungen steht im Zentrum der Krankheitsverarbeitung ein Trauerprozess. Parkes C.M. (1975) beschreibt folgende vier Trauerphasen: I. Periode der Betäubung (Abgestumpftheit), II. Phase der Sehnsucht, III. Phase der Desorganisation und Verzweiflung und IV. Phase des reorganisierten Verhaltens. Auch nach Kast (2006), die das Prozesshafte des Trauern betont, lassen sich vier Phasen unterscheiden. Diese möchte ich ausführlicher darstellen und mit der existenzanalytischen Sichtweise verbinden.

- 4 Phasen:
1. Phase des Nicht-wahrhaben- Wollen
  2. Phase der aufbrechenden Emotionen
  3. Phase des Suchens und Sich -Trennens
  4. Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs

Hierbei ist zu beachten, dass der Umgang mit dem Verlust immer individuell ist und der Verlauf auch nicht chronologisch erfolgen muss. Stufen können ausgelassen bzw. mehrfach durchlitten werden.

### 5.1.1 Phase des Nicht-wahrhaben-Wollens

Dies trifft meist auf die Akutphase nach einem Schlaganfall zu. Abwehrmechanismen wie Verdrängen, Verleugnen, Bagatellisieren werden zum eigenen Schutz eingesetzt. Sie entsprechen meines Erachtens einer Störung auf der 1. Grundmotivation. Das DASEIN-Können ist in Frage gestellt. Längle stellt fest: *„Das Dasein ist an die Bedingungen dieser Welt geknüpft. Wirklich dazusein bedeutet, mit den Bedingungen zu leben. Es verlangt das Alter, das Geschlecht, **den Gesundheitszustand** [Hervorhebung E.K.] (...) anzunehmen“* (Längle 1999, 23). Das ist den Patienten unmittelbar nach dem Schlaganfall meist nicht möglich. Grota & Bratina (1995) zeigen auf, dass sich bei Patienten mit rascher Rückbildung der Symptome nur die Hälfte der Betroffenen über das objektive Ausmaß der initialen Defizite und nur ein Viertel über das objektive Ausmaß der tatsächlichen Besserung bewußt sind. In diesem Stadium benötigen die Patienten vor allem eine haltgebende Struktur und Empathie. Die meist viel zu optimistischen Vorstellungen über die

Wiederherstellung sollen jedoch nicht gefördert werden. Ein 42-jähriger Patient ist zwei Tage nach seinem Schlaganfall überzeugt: *„Ich fange in zwei Wochen wieder im vollen Ausmaß zu arbeiten an, es geht mir ja schon wieder gut.“* Eine 34-jährige Patientin mit einer Hemianopsie fragt an: *„Welche Therapie muss ich machen, damit ich wieder geheilt bin? Geben Sie mir Therapieprogramme. Ich werde jeden Tag stundenlang üben.“* Ein 46-jähriger Mann, der einen neuerlichen Schlaganfall erlitten hat und während des Gespräches nur mit Mühe die Augen offen halten kann und immer wieder kurz einschläft meint: *„Diesmal habe ich viel weniger Beeinträchtigungen als das letzte Mal. Ich könnte eigentlich schon wieder arbeiten gehen.“* Häufig sind die Patienten ganz auf ihre berufliche Welt konzentriert, so schnell wie möglich auf ihren Arbeitsplatz zurückzukehren ist ihr Ziel. Dies verweist auch auf die große Bedeutung der Arbeitsfähigkeit im mittleren Lebensalter. Neben finanzieller Wichtigkeit ist sie selbstwertstiftend und spielt eine große Rolle für die soziale Integration in unsere Leistungsgesellschaft. Manche Patienten haben kaum Interesse an einem Rehabilitationsaufenthalt oder weiterführenden Therapien. Informationen seitens der Ärzte und Therapeuten können zu diesem Zeitpunkt oft nicht ernst genommen werden. Menke schildert diese Phase: *„(...) ich mich zunächst weigerte, eine Rehaklinik zu besuchen. Ich wollte auf Biegen und Brechen nach Hause in mein altes Leben zurückkehren. Ich bildete mir ein, dass alle meine Beschwerden sich von alleine bessern würden, wenn ich erst wieder zu Hause, in meiner vertrauten Umgebung und in meinem Büro sei. Glauben Sie mir, ich war in der Tat von diesem Gedanken überzeugt. Kein noch so gutes Argument meiner Familie oder auch der Sozialarbeiterin, die den Rehaantrag stellen sollte, überzeugte mich. Ich weigerte mich strikt“* (Menke 2004, 32,33). Die Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit stimmt oft nicht mit der tatsächlichen Leistungsfähigkeit überein. Diese kann deutlich niedriger sein.

Frankl betont, dass auch die Leidensfähigkeit wesentlich für den Menschen ist. Nach seiner Wertelehre ist der Einstellungswert beim Annehmen einer Krankheit entscheidend: *„In der Weise, wie einer diese Dinge auf sich nimmt, ergibt sich eine unabsehbare Fülle von Wertmöglichkeiten. Das heißt aber, dass nicht nur im Schaffen und im Freuen das menschliche Leben sich zu erfüllen vermag, sondern auch noch im Leiden!“* (Frankl 1992, 145). Für ihn steht das „Wozu“ anstelle des „Warum“ im Mittelpunkt und er sieht die Möglichkeit, dass der Mensch im Leiden reifen und wachsen kann.

Meiner Erfahrung nach ist es für die Frage nach dem „Wozu“ in dieser Phase noch zu früh, die Frage nach dem „Warum gerade ich?“ wird gestellt. Ein 42-jähriger Mann fragt: *„Warum habe gerade ich einen Infarkt erlitten? Ich bin doch noch so jung. Warum finden die Ärzte keine Ursache?“* Menke stellt sich auch die Frage: *„Warum wurde ausgerechnet ich so hart gestraft, wo es doch sicherlich viel schlechtere Menschen als mich gab?“* (Menke 2004, 44). Längle beschreibt den Weg des Trauerns bis die Frage „Wozu“ möglich wird. Er (vgl. Sulz 2003) bezeichnet diese Phase als Vorphase des Trauerprozesses. Dem Patienten ist es noch nicht möglich das Faktische wahrzunehmen und Trauer zuzulassen. Er wehrt sich, kann nicht loslassen.

Eine wesentliche therapeutische Intervention der Existenzanalyse ist, anzufragen, wie es tatsächlich ist: „Was ist passiert?, Wie wirkt sich das auf das Leben aus? Was verändert sich? Was bedeutet es für den Menschen?“ Längle betont, dass Trauer von selbst aufkommen müsse. Dies bedeutet für den Therapeuten Zurückhaltung und Begleitung. *„Die Induktion der Trauer geschieht über eine doppelte Zuwendung: zum Trauernden und zum Thema, Inhalt.“* (ebenda, 52)

### **5.1.2 Phase der aufbrechenden Emotionen**

Zunehmend erleben Patienten ihre Einschränkungen, und spätestens bei Arbeitsbeginn schützen Bewältigungsstrategien des Verleugnens und Bagatellisierens nicht mehr. Selbstverständliche Tätigkeiten fallen plötzlich schwer, das Ausmaß der Beeinträchtigungen wird sichtbar und spürbar. Häufig zeigen sich z.B. Konzentrationsprobleme, wodurch die Belastbarkeit der Patienten deutlich herabgesetzt ist. Gefühle von Wut und Zorn, aber auch Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ruhelosigkeit stürzen die Patienten in ein Emotionschaos. Menke schildert ihren ersten Tag im Rehabilitationszentrum: *„So alleine hatte ich mich niemals vorher in meinem Leben gefühlt. Alle Emotionen stürzten geballt auf mich ein. Die Krankheit, die Hilflosigkeit und die Hoffungslosigkeit. Letztendlich die Einsamkeit, in fremder Umgebung unter fremden Menschen zu sein (...)“* (Menke 2004, 40). Bei Längle entspricht dies der 1. Phase des Trauerns: Haltung des Sein-Lassens = Weinen (vgl. Sulz 2003). Die Patienten lassen Gefühle des Schmerzes zu und Tränen fließen. Sie müssen auch Vorstellungen, Erwartungen, Pläne für die Zukunft loslassen. Alles was bisher selbstverständlich ist, ist nun in Frage gestellt. *„Das Leben beginnt wieder zu*

*fließen nach der Starre des Schocks. [...] Es erreicht mich der Urgrund des Lebens – die 'Nachricht', dass es in mir trotzdem lebendig bleibt, obwohl ich glaubte, das Leben verloren zu haben. Mitten im Zweifel, ob ich noch wirklich leben kann, erreicht mich die Antwort vom Leben selbst, das sich rührt, kraftvoll aufschiebt und mich durchflutet: da ist noch Leben in dir, nach dem und trotz allem. Diese innere Bewegung ist Ausdruck neuen Lebens, bzw. alten, noch immer erhaltenen Lebens. 'Trotz allem' ist mein Leben nicht erstorben, sondern rührt sich wieder – von selbst!*“ (ebenda, 49). In dieser Phase entspricht das Annehmen der Tatsachen der 1. Grundmotivation, das Zulassen der Gefühle der 2. Grundmotivation. Auf der Ebene der 2. Grundmotivation (Es ist gut, dass es mich gibt) nimmt der Patient Beziehung zu sich auf, wendet sich sich selbst zu, erlebt Nähe zu sich und hält die Beziehung zu sich; „Er gestattet sich sich“ (vgl. ebenda). Durch diese Beziehungsaufnahme und das Aushalten entsteht Wärme und es geschieht eine Wandlung in der Person und in der Beziehung zum Verlust. Die Grundbeziehung zum Leben entsteht, das Berührtsein vom Leben selbst. Längle betont, dass es wichtig ist, das Leben wieder in die Hand zu nehmen, indem der innere Dialog aufgenommen wird, sich selbst Mut und Trost zugesprochen wird. Hierbei ist Selbstmitleid ein wichtiger Faktor, denn das positive Selbstmitleid schafft Nähe zu sich. Dies entspricht bei Längle der 2. Phase des Trauerns: Das innere Sprechen, differenziert in Selbstmitleid (Mitgefühl für sich selbst) und Zuspruch zu sich selbst, Zuwendung zu sich (vgl. ebenda). Bei Kast fließt auch die Phase des Suchens und Sich-Trennens in die 2. Phase des Trauerns nach Längle ein.

### **5.1.3 Phase des Suchens und Sich-Trennens**

Hinschauen auf das Faktische und auf neue Möglichkeiten, aber auch Abschiednehmen von den ursprünglichen Lebensmöglichkeiten ist notwendig. Hiefür ist Zeit ein wichtiger Faktor. In unserer Leistungsgesellschaft haben wir jedoch meist verlernt, uns Zeit zuzugestehen. Die Beziehungsaufnahme zu sich, der Zuspruch zu sich selbst und die dadurch entstehende Wärme und Kraft ermöglichen allmählich eine Integration des Verlustes. In das Leben kommt wieder Bewegung. Meines Erachtens entspricht dies neben der 2. Grundmotivation (Beziehungsaufnahme zu sich) auch der 3. Grundmotivation, der Zustimmung zum „Ich darf so sein wie ich bin“. Als therapeutische Haltung in dieser Phase führt Längle an: „**Mitfühlen**,

*Emotionen leihen ('Es ist unbeschreiblich (...) Wie soll man mit so was fertig werden können?'). **Trost, Zuspruch**, besonders als Haltung [...] vermitteln; Sparsamkeit bei Worten!*" (ebenda, 52,53). Das Wohlergehen des Trauernden, das Sich-um-ihn-Kümmern, wenn er es selbst noch nicht kann, steht im Vordergrund. Hierzu gehört auch die Überlegung des Therapeuten, ob z.B. eine vorübergehende medikamentöse Unterstützung gebraucht wird.

#### **5.1.4 Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs**

Wenn die Such- und Trennphase nicht mehr im Mittelpunkt steht, kann die Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs einsetzen. Nach der Trauer ist eine Zuwendung zur Welt wieder möglich. Eine Neuorientierung unter Ausschöpfung von verbliebenen Fähigkeiten beginnt. Das bisherige Leben wird hinterfragt, neue Möglichkeiten werden aufgespürt. Bei Längle entspricht dies der 3. Phase: Orientierung. *„Der Trauernde steht vor der Frage, ob das noch ein Leben ist, was ihm nach dem Verlust bleibt (...). Daraus resultiert eine neue, verinnerlichte Beziehung zum verlorenen Wert 'Trauer führt zur Beziehungserhaltung'. Es wird erkannt, dass die Liebe zum Du, handle es sich um eine Person, einen Wert, ein Land, nicht aufgegeben werden muss“* (ebenda, 50). Nach meinem Verständnis bedeutet dies für Patienten, dass sie zwar vieles, was selbstverständlich für sie war, verloren haben, jedoch nicht endgültig, sondern durch Verinnerlichung das Wertvolle bewahren können. Als Folge des Trauerns beschreibt Längle folgende Erfahrung: *„Ich habe verloren – aber ich habe dadurch ein Leben wieder gewonnen“* (ebenda, 51). Die Patienten können wieder offen sein für die Welt und Beziehung zu neuen Werten aufnehmen. Ein Patient formuliert treffend: *„Eigentlich war ich ein Dummkopf, ausschließlich für die Arbeit zu leben.“* Nunmehr nimmt er sich mehr Zeit für seine Familie und für seine Hobbys. Eine Patientin berichtet ein Jahr nach ihrem Schlaganfall, dass Vieles, was ihr früher wichtig war, nunmehr in den Hintergrund getreten ist. Sie freut sich über jeden Fortschritt und ist dankbar für die große Unterstützung, die sie seitens der Familie, der Arbeitskollegen und der Therapeuten erfährt. Ihre Ängstlichkeit tritt in den Hintergrund, als ihr Alltagstätigkeiten wieder gelingen. Sie kehrt stundenweise in das Arbeitsleben zurück und erzählt: *„Mein Leben ist nun schwieriger, aber ich habe viel Wertvolles erfahren, das mir ansonsten verborgen geblieben wäre. Ich lebe bewusster und schaue besser auf mich.“* Wie in der vorigen Phase sind die 2. und 3.

Grundmotivation hier wesentlich. *„Therapeutisch können Fragen hilfreich sein wie „Wie weiter, was ändern? Welche Wertbezüge hast du? Welche können neu aufgenommen werden?“ (ebenda, 53)*

Da insbesondere der Selbstwert der Patienten durch einen Schlaganfall deutlich sinkt, möchte ich nachfolgend diesen aus existenzanalytischer Sicht beleuchten.

## 5.2 Selbstwert

Die Patienten stehen mitten im Berufsleben und sind, meiner Erfahrung nach, oftmals äußerst leistungsorientiert. Zu beachten ist, dass für viele die Leistungsorientierung vor ihrem Infarkt durchaus ins Lebenskonzept passte (Pössl & Schellhorn, 2001). Eines der schwierigsten Therapieziele ist es, dass Patienten nicht ständig den Vergleich mit ihren prämorbidem Fähigkeiten, sondern mit den Fähigkeiten unmittelbar nach ihrem Schlaganfall führen, da sie sich sonst meist nur als Versager erleben. Wesentlich ist, ob die eigene Daseinsberechtigung nur von Leistung abhängt. Wenn nie erlebt wurde, dass es unabhängig von Leistung gut ist, auf der Welt zu sein, bringt ein Schlaganfall den Selbstwert noch mehr zum Einsturz. Wie vorhin ausgeführt, ist Trauern über das, was verloren wurde, erforderlich, um wieder ein gutes Selbstbewusstsein zu entwickeln und sich selbst anzunehmen. *„Achten wir zu wenig auf unsere Gefühle und unser Erleben, wird das Selbstwertgefühl untergraben“ (Längle 1999, 28).* Existenzanalytisch betrachtet entspricht der Selbstwert der 3. Grundmotivation, der Grundfrage der Person: „Darf ich so sein wie ich bin?“ Zur Entwicklung des Eigenen bedarf es der Abgrenzung gegenüber dem anderen und des „JA“ zur eigenen Person. Selbstwert *„bezeichnet das subjektive Gefühl des Wertes der eigenen Person und der Einstellung zum Ich auf der Basis der Selbst- und Fremdeinschätzung des eigenen Könnens (Fähigkeiten und Erfahrungen), der Beziehungs- und Erlebnisfähigkeit, der Zustimmung zur Art des eigenen Erlebens (Aussehens und Persönlichkeit) und zur Weise des Verhaltens (Sein-Berechtigung) und Handelns (ethische Dimension der Rechtfertigung → Authentizität) innerhalb des Sinnverständnisses der eigenen Existenz“ (Ausbildungsunterlagen, Längle 6/99 al/gm3, 2).* Die Fähigkeit zur Selbstdistanzierung ermöglicht uns, der Welt und auch uns gegenüberzutreten, wodurch wir uns frei zu uns selbst verhalten können. Nach einem Schlaganfall ist das

Annehmen von sich, das Zu-sich-selber-stehen-Können oftmals deutlich erschwert. Der Zugang zu sich kann verschüttet sein. Ein Patient wiederholt immer wieder: „*So wie ich jetzt bin will ich nicht sein.*“ Im therapeutischen Prozess wird einerseits durch personale Begegnung, in der die Person angesehen wird und Beachtung und Wertschätzung erfährt, der Selbstwert induziert, andererseits wird durch Förderung der inneren Dialogfähigkeit und der Fähigkeit zur Selbstdistanzierung und eigenen Stellungnahme die Zustimmung zu sich selbst ermöglicht.

Gelingt die Anpassung an die neue Lebenssituation nicht, ist Trauern nicht möglich, können sich wie unter „Reaktiv - Psychische Störungen, S 13“ beschrieben, eine Depression, Angststörung und posttraumatische Belastungsstörung entwickeln. Abschließend möchte ich diese Krankheitsbilder aus existenzanalytischer Sicht betrachten.

## **6. Depression**

Aus existenzanalytischer Sicht ist die Depression „*ein Symptom für das Scheitern in einer Grunddimension der Existenz, nämlich im Werterleben und der mit ihm verbundenen Beziehung zum Leben*“ (Längle 2004, 9). Den Patienten ist es nicht mehr möglich in Beziehung zu sich und dem Leben zu stehen. Die Welt wird grau, freudlos und die Lust am Leben nimmt ab. Typisch für Patienten ist meiner Erfahrung nach das Festhalten an der Hoffnung, wieder wie vor dem Schlaganfall zu werden. Das momentane Leben wird als Übergang interpretiert und als wertlos erlebt. Um Schmerz zu vermeiden, versuchen die Patienten den Schlaganfall und damit verbundene Verluste bzw. Folgen zu verdrängen. In der Existenzanalyse wird diese Form der Depression als eine Schutz-Reaktion auf unbewältigte Beziehungs- und Wertdefizite gesehen. „*Man hat von einem Leben Kenntnis bekommen, das sagt, dass es gut sein könnte, aber es mit einem selbst nicht gut meint*“ (Längle 2004, 13). Eine Depression kann auch entstehen, wenn die Angst zu groß wird. Einerseits die Angst vor einem weiteren Schlaganfall und damit verbundener schwerer Behinderung, andererseits die Angst, das Leben nicht mehr zu schaffen, wertlos zu sein. Längle verweist auf die Wichtigkeit des Trauerns: „*Gelingt es dem Menschen aber, sich seinem Dasein unter diesen misslichen Umständen zuzuwenden, so verstärkt das zwar momentan sein Leiden, so wie die Behandlung einer Wunde*

*kurzfristig mehr schmerzt, als wenn sie nicht beachtet wird. Die Zuwendung aktiviert das Leid, löst u. U. aggressive Impulse aus, wenn das Leid vorübergehend zu viel wird, stößt aber früher oder später die Tränen an und löst Trauer aus. Durch das Halten der Beziehung zum Dasein auch unter den widrigen Umständen bleibt dafür die Verbindung erhalten, durch die das Leben fließen kann.“ (Längle 2004, 10)*

## **7. Angststörung**

Viele Schlaganfallpatienten reagieren mit Angst vor einem weiteren Schlaganfall. Ihre Aufmerksamkeit richtet sich darauf, was möglicherweise passieren könnte. Sie haben von den Ärzten die Information erhalten, dass für sie ein erhöhtes Risiko besteht. Ihre natürliche Reaktion auf die reale Situation der Gefahr für das eigene Leben weitet sich auf eine Erwartungsangst aus. Menke beschreibt: *„Als ich das Licht gelöscht hatte und schlafen wollte, überkam mich plötzlich ein sonderbares Gefühl. Mein rechter Arm und mein linkes Bein fühlten sich plötzlich ganz gefühllos, schwer und kraftlos an. Ich hatte kaum die Kraft, den rechten Arm anzuheben, so bleischwer fühlte er sich an. Panikartig überkam mich wieder die große Angst, einen neuen Schlaganfall zu bekommen. Mein Herz raste, der Schweiß brach mir aus und mir wurde schwindelig“* (Menke 2003, 43). Ein 42-jähriger Patient meint: *„Es muss wieder gelingen, dass ich so werde wie vor dem Schlaganfall.“* Jedes körperliche Missempfinden mündet für ihn in den Teufelskreis der Angst. Er beschreibt: *„Wenn ich Kopfweh spüre, gerate ich in Panik vor einem weiteren Schlaganfall. Der Kopfschmerz wird schnell unerträglich und ich will nur mehr so schnell wie möglich nach Hause. Ich lasse alles liegen und stehen und lege mich ins Bett. Dort kann ich einschlafen und jedesmal hoffe ich, dass es kein Schlaganfall ist. Ich will, dass diese Angst verschwinde.“* Wie Längle (2003) beschreibt, möchten die Patienten die Realität in ihren Bann zwingen, den Zufall beherrschen, den Erfolg herbeiführen. Spürbar ist für sie immer wieder „Leere“ und es kommt zu körperlichen Zusammenbrüchen. Zum Beispiel erlebe ich Patienten, die vermehrt unter Infektionen leiden und / oder ein erhöhtes Schlafbedürfnis haben. Dies wirkt sich massiv auf den Lebensalltag der Patienten und deren Angehörigen aus. Eine 38-jährige Patientin schildert, dass sie sich nicht mehr traut, einkaufen zu gehen. Sie versorgt ihre kleinen Kinder nur mit großer Anstrengung. Sobald sie alleine ist, stellt sich ein Gefühl der diffusen Angst ein.

## 8. Posttraumatische Belastungsstörung

Unter posttraumatischer Belastungsstörung versteht man *„eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes (...)“* (WHO 1992). Typische Symptome sind Intrusionen, darunter versteht man sich aufdrängende und belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma bis hin zu Flashbacks (plötzliches intensives Wiedererleben des Ereignisses mit dem Eindruck, es aktuell zu erleben), Übererregungssymptome wie erhöhte Stressreaktionen bei Hinweisreizen, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Reizbarkeit, übermäßige Wachsamkeit und auch Vermeidungsverhalten. Längle unterscheidet als Folge eines Traumas eine *„markante Veränderung auf der **Strukturebene** der existentiellen Verankerung, sowie eine persistierende Blockade der **Prozessfunktion** im Existenzvollzug“* (Längle 2005, 10). Das Trauma betrifft alle vier Grundmotivationen, alle strukturellen Grundbedingungen der Existenz werden erfasst und blockiert. Dadurch hat die Person keine Möglichkeit einer adäquaten Bewältigung. *„Der Mensch verliert durch die Traumatisierung den Zugang zu seinen personalen Ressourcen und somit zu seiner Ich-Aktivität“* (ebenda, 11). Ein traumatisierter Patient versucht der massiven Erschütterung durch Ausschaltung von Gefühlen zu entkommen. Ein 43-jähriger Schlaganfallpatient wiederholt 1,5 Jahre nach seinem Infarkt immer wieder: *„Ich will nicht mehr daran denken, mich nicht damit beschäftigen. Das bringt nichts.“* Während er dies ausspricht, wird die Stimme immer erregter, das Gesicht blass, deutliche Symptome von Angst und aufsteigender Panik sind erkenn- und spürbar. Der Lebensraum des Patienten ist sehr eingeschränkt, er zeigt in vielen Bereichen ein Vermeidungsverhalten und verliert seinen Arbeitsplatz. Sein ganzes Streben gilt, Gefühle von Angst hintanzuhalten und das Leben zu kontrollieren. Längle beschreibt (2005, 12): *„Die besondere Situation des Traumatisierten ist nun, dass er in diesen psychischen Konvulsionen stecken bleibt – er kann das Erlebte nicht wirklich verarbeiten, weil die Ich-Strukturen nicht ausreichen; und er mag auch nicht daran arbeiten, [weil die Gefühle so heftig sind, Hervorhebung durch E.K.]. So kommt der Traumatisierte nicht in einen Bearbeitungsprozeß, sondern persistiert in einem vitalen Geschehen von Copingreaktionen. Diese schützen den Traumatisierten vor dem, was er nicht annehmen, ja nicht einmal aushalten kann (1.GM); sie schützen bei dem bestehenden Mangel an Kraft und dem Unwert des Erlebten, um sich nicht mit dieser*

*reinen Zerstörung in Beziehung setzen zu müssen (2.GM). Man fühlt, dass man sich im direkten Gegenüber mit dem Erlebten nicht mehr im Leben halten könnte. Man fühlt, in einer solchen Welt kann man nicht mehr so sein, wie man zuvor war, und weiß nun nicht mehr, wer man eigentlich ist (3.GM). Die zerstörerische Dramatik des Geschehens lässt auch keinerlei Spielraum für eine zukunftssträchtige Entwicklung, für eine Hoffnung, etwas Konstruktives zu haben, das man solchen Zerstörungsausmaßen entgegenstellen könnte.“*

## **9. Zusammenfassung**

Ein Schlaganfall führt zu einer Erschütterung auf allen vier Grundmotivationen: DASEIN-Können (1.GM), WERTSEIN-Mögen (2.GM), SELBSTSEIN-Dürfen (3.GM) und SINNVOLLES-Wollen (4.GM).

Ich möchte hier nochmals die wesentlichen Schritte der Krankheitsbewältigung nach diesen vier personalen Grundmotivationen zusammenfassen. Meiner Erfahrung nach liegt eine der Schwierigkeiten im Annehmen der Fakten (1.GM), die Sehnsucht nach dem Leben vor dem Infarkt bestimmt das Denken. Als erster Therapieschritt ist die Arbeit an Halt gebenden Strukturen notwendig, um allmählich die Akzeptanz des Gegebenen zu ermöglichen. Als nächster Schritt steht die Beziehungsaufnahme zu sich selbst im Mittelpunkt (2.GM). Gefühle, die zu mächtig sind, und die Angst davor, diese nicht aushalten zu können, führen zu einer Abspaltung der Emotionen. Erst allmählich können Patienten über das Verlorene trauern und erlauben sich, sich selbst zu bemitleiden. Hier sehe ich u. a. den Therapeuten als Hilfs-Ich, der Gefühle ausspricht. Patienten entdecken bisher kaum mehr Beachtetes wie z.B. die Nähe von Lebenspartnern, da sie vorher größtenteils mit ihrer Karriere, ihrem Beruf und demzufolge mit Handeln und Funktionieren beschäftigt waren. Wenn ein Ja zu sich und dem Leben gelingt, eine bewusste Stellungnahme zu dem, was jetzt ist, eröffnen sich neue Möglichkeiten und das Leben wird erstmals oder wieder als wertvoll erlebt. Die eigene Person wird akzeptiert (3. GM), Behinderungen können integriert werden und Neues (4.GM) ausprobiert werden. Die Methode der Personalen Existenzanalyse (PEA) erweist sich in diesem Prozess als sehr hilfreich. Patienten verstehen allmählich ihre Gefühle und Reaktionen und erarbeiten neue Stellungnahmen. Ihre innere Dialogfähigkeit wird gefördert. Wenn sie wieder aktiv ihr Leben gestalten, können sie auch dieser durch den Schlaganfall bedingten

Lebenskrise oftmals etwas Positives abgewinnen. Hier ist z.B. die Frage „Was hat sich für sie verändert?“ hilfreich. Durch diese massive Erfahrung sind die Patienten gezwungen, sich intensiv mit sich auseinanderzusetzen. Sie stellen sich die Frage: „Was ist mir wirklich wichtig im Leben?“ (4.GM).

## I. Literaturverzeichnis

- Aldenhoff, J (1997), Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. *Nervenarzt* 68:379-389
- Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Giaquinto S, Nofe G, Sanginario A, Signorino M (1997), Depression after stroke: an investigation through catamnesis. *J Clin Psychiatr* 58:261-265
- Carota A, Berney A, Aybek S, Iaria G, Staub F, Ghika-Schmid F, Annable L, Guex P, Bogousslavsky J, (2005), A prospective study of predictors of poststroke depression. *Neurology* 64:428-433
- Frankl V (1959), Grundriß der Existenzanalyse und Logotherapie. In: Frankl, V, v. Gebsattel V, Schultz, JH (Hrsg.): *Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie*. München/Wien, Urban & Schwarzenberg, Bd.III.663-736, zitiert nach: Längle A (1999), Die anthropologische Dimension der Personalen Existenzanalyse (PEA). *Existenzanalyse* 1(16):18-25
- Frankl V (1992 [1982]), *Ärztliche Seelsorge*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH
- Goldenberg G (2002), *Neuropsychologie*. München: Urban & Fischer
- Grota J, Bratina P (1995), Subjective experience of 24 patients dramatically recovering from stroke. *Stroke* 26:1285-1288
- Hackett ML, Anderson CS (2005), Predictors of depression after stroke: a systematic review of observational studies. *Stroke* 36(10):2296-2301
- Hager K & Ziegler K. (1998), Stadien der Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31(1):9-15
- Heinl H. (2001), *Und wieder blühen die Rosen. Mein Leben nach dem Schlaganfall*. Kempten: Kösel
- Huff W, Steckel R, Sitzer M (2003), „Poststroke Depression“ Epidemiologie, Risikofaktoren und Auswirkungen auf den Verlauf des Schlaganfalls. *Nervenarzt* 74:104-114
- Kast V (2006 [1984]), *Zeit der Trauer*, Stuttgart: Kreuz
- Klose L, Allroggen A, Heuschmann PU, Glahn J, Busse O, Ringelstein EB, Nabavi DG (2005), Langfristiges psychosoziales Outcome nach juvenilem Hirninfarkt. *Aktuelle Neurologie* 2005
- Kringler W (2001), Prävalenz depressiver Störungen bei Patienten mit Schlaganfall. *Zeitschrift für Neuropsychologie* 12(4):247-255
- Kronenberg G, Katchanov J, Endres M, (2006), Poststroke-Depression Klinik, Epidemiologie, Therapie, pathophysiologische Konzepte. *Nervenarzt* 77:1176-1185
- Längle A (1998), Die vier Grundlagen erfüllter Existenz. AL/GM Zusammenfassung von Basel

- Längle A (1999), Ausbildungsunterlagen: 3.) Das Eigene, Persönliche spüren: **der Selbstwert** (6) al/gm3
- Längle A (1999), Authentisch leben – Menschsein zwischen Sachzwängen und Selbstsein. Existenzanalyse 1(16):26-34
- Längle A (1999), Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. Existenzanalyse 3(16):18-29
- Längle A (2003), Im Bann der Angst. Existenzanalyse 2(20):4-11
- Längle A. (2004), Existenzanalyse der Depression. Existenzanalyse 2(21):4-17
- Längle A (2005), Persönlichkeitsstörungen und Traumagenese. Existenzanalyse traumabedingter Persönlichkeitsstörungen. Existenzanalyse 2(22):4-18
- Längle A (2006), Trauma und Sinn. Existenzanalyse 1(23):4-11
- Medizininfo (2006), Die Möglichkeiten der Psychologie bei der Rehabilitation von Schlaganfallpatienten. Online im Internet: URL: <http://www.medizininfo.de/schlaganfall/reha/psychologie.htm> (Stand 23.06.2006)
- Menke U (2004), Der Einschlag mitten ins Leben. Schlaganfall mit 45 und das Leben geht weiter! Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Overmeier JP, Seligman MEP (1967), Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidable responding. J.Comp Physiol Psychol 63:28-33 zit.in: Aldenhoff, J (1997), Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. Nervenarzt 68:379-389
- Parkes CM (1975), Determinants of outcome following bereavement. Omega, 6:303-323
- Poppenberg M, Allroggen A, Heuschmann PU, Glahn J, Busse O, Ringelstein EB., Nabavi DG., Posttraumatische Belastungsstörung und Situation des Lebenspartners nach juvenilem Hirninfarkt (2005) Aktuelle Neurologie
- Pössl J & Schellhorn A (2001), Psychologische Interventionen bei hirngeschädigten Patienten mit depressiven Störungen. Zeitschrift für Neuropsychologie 12(4):324-335
- Schöttke H, Springer U, Grimsehl A, Lütje D, Loew M, Wetzig L, Brandes U, Schlüter S, Wiedl KH. (2001), Perioden- und Lebenszeitprävalenzen von affektiven und Angststörungen bei Patienten mit einem Schlaganfall. Zeitschrift für Neuropsychologie 12 (4):256-263
- Sulz M (2003), Trauern aus der Sicht von Verena Kast, Elisabeth Kübler-Ross sowie aus der Sicht von Viktor Frankl und Alfred Längle in der Existenzanalyse. Darstellung und Reflexion. Abschlussarbeit für die fachspezifische Psychotherapieausbildung in Existenzanalyse
- Wallesch CW & Herrmann M (2000), Klinische Neurologie. In: Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Sturm W, Herrmann M, Wallesch CW (Hrsg.) Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers
- WHO (1993), The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization