
NOOGENE NEUROSEN UND DEPRESSIONEN*

Elisabeth Lukas

Therapeutische Überlegungen stehen vornehmlich im Zeichen der Bewältigung von traurigen Lebensgegebenheiten. Wir müssen uns aber mit dem Gedanken vertraut machen, daß es auch neurotische Mißstimmungen angesichts ausgesprochen lebensfreundlicher Umstände gibt. Die noogenen Neurosen und Depressionen, die sich in den letzten Jahrzehnten unaufhaltsam ausgebreitet haben, sind der beste Beweis dafür.

Während die Logotherapie bei den psychogenen Neurosen eine unspezifische Therapie darstellt – und bei somatogenen bzw. endogenen Erkrankungen nur eine supportive Therapie im Sinne der »ärztlichen Seelsorge« sein kann –, ist sie nun bei den noogenen Neurosen und Depressionen *die spezifische* Therapie, denn »Neurosen aus dem Geistigen heraus erfordern eine Therapie vom Geistigen her«. Hier klingt bereits die Franklsche Definition der noogenen Neurosen an, die noch exakter lautet: »In Fällen, wo letztlich ein geistiges Problem, ein sittlicher Konflikt oder eine existentielle Krise der betreffenden Neurose ätiologisch zugrunde liegt, sprechen wir von noogener Neurose.«¹

Offenbar treten, von den sittlichen Konflikten abgesehen, die geistigen Probleme und existentiellen Krisen besonders gehäuft in Wohlstandszeiten und sorglosen Lebensperioden auf, was der Grund dafür sein mag, daß die noogenen Neurosen lange Zeit nicht entdeckt und daher auch nicht diagno-

* Der Text wurde mit freundlicher Erlaubnis des Herder Verlages zur Verfügung gestellt.

¹ In: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Bd. III, München 1959, S. 715.

stiziert wurden, obwohl Frankl sie bereits Jahrzehnte vor dem wirtschaftlich-technischen Aufschwung der Industrieländer fast hellseherisch nahen sah.

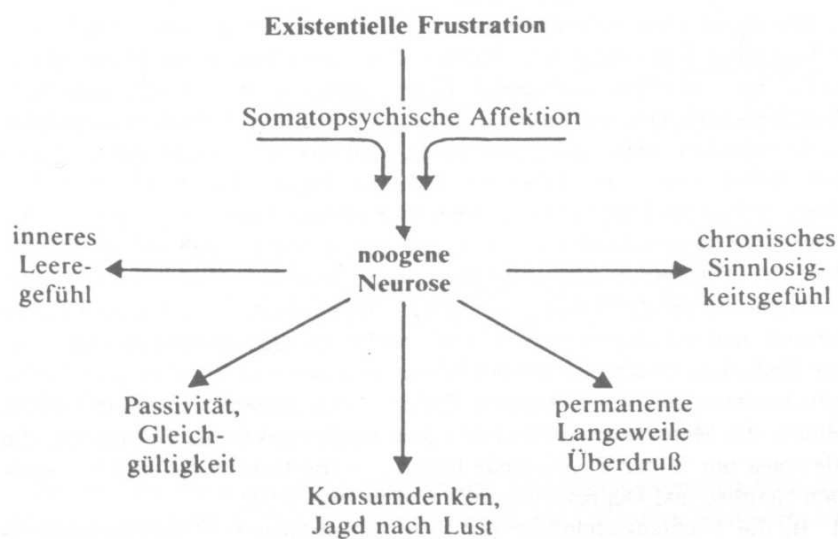
»Aber ›der Mensch auf der Suche nach Sinn‹, um diesen Buchtitel zu gebrauchen, wird unter den gesellschaftlichen Bedingungen von heute eigentlich nur frustriert! Und das rührt daher, daß die Wohlstandsgesellschaft bzw. der Wohlfahrtsstaat praktisch alle Bedürfnisse des Menschen zu befriedigen imstande ist, ja, einzelne Bedürfnisse werden von der Konsumgesellschaft überhaupt erst erzeugt. Nur *ein* Bedürfnis geht leer aus, und das ist das Sinnbedürfnis des Menschen – das ist sein ›Wille zum Sinn‹, wie ich ihn nenne, das heißt, das dem Menschen zutiefst innenwohnende Bedürfnis, in seinem Leben oder vielleicht besser gesagt in jeder einzelnen Lebenssituation einen Sinn zu finden – und hinzugehen und ihn zu erfüllen!«²

Bei der noogenen Neurose handelt es sich also um eine pathogen gewordene existentielle Frustration, oder anders ausgedrückt, um neurotische Auswirkungen eines geistigen Unbehagens. Ein solches geistiges Unbehagen ist an und für sich noch nichts Krankmachendes (und schon gar nichts Krankhaftes, denn Geistiges kann nicht krank werden!), sondern eher eine kreative Kraftquelle. Jedes Unbehagen will ja irgendeinen Mißstand ändern, es gleicht einem Alarmsignal, das zum Impuls für Korrekturen werden soll. Bei der noogenen Neurose kommt aber zur existentiellen Frustration irgendeine »somatopsychische Affektion« dazu, die das Unbehagen aufbauscht und den Korrekturimpuls lähmt: das Negative, das etwas Positives hervorbringen sollte, bleibt dadurch sich selbst verhaftet und wächst zur Krankheit heran.

Normalerweise besteht sogar ein »Ausschließlichkeitsverhältnis zwischen seelischer Krankheit und geistigem Notstand« (Frankl), das heißt, es muß differentialdiagnostisch sehr genau unterschieden werden, wann etwa eine Depression ein krankhaftes Symptom (endogener oder reaktiver Art) ist und wann sie Ausdruck geistiger Wachheit ist, insofern, als ihr eine existentielle Frustration zugrunde liegt, die sich mit einem »es sich bloß gutgehen lassen« nicht zufrieden gibt und nach mehr im Leben strebt: nach Sinnerfüllung. Trotz dieses Ausschließlichkeitsverhältnisses kann jedoch der geistige Notstand in seelische Krankheit einmünden; dann hört er auf, geistiger Notstand zu sein, und verhärtet sich zur noogenen Depression. Während nun der Angstneurotiker seinen Ängsten entfliehen möchte, der Hysteriker Macht, Beachtung und Vorteile um jeden Preis erzwingen will, und der »homo patiens«, der leidende Mensch, einen Verlust in seinem Leben

² V.E. Frankl, *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn*, München 1979, S. 46.

betrachtet, interessiert den noogenen Neurotiker so gut wie nichts. Er ist völlig desinteressiert und nichts bedeutet ihm wirklich etwas. Wenn man jenen geringen Prozentsatz an noogenen Neurotikern, denen ein Gewissenszweifel zu schaffen macht, ausschließt, muß man feststellen, daß das durchschnittliche Symptombild des noogenen Neurotikers gekennzeichnet ist durch Übersättigung, Langweile und innere Leere. (Langweile ist der Verlust an Interesse, nämlich Interesse an der Welt!)



»Fragen wir uns doch nur, was wirklich das Resultat wäre, wenn ein menschliches Wesen sämtliche Bedürfnisse, die es im Zeitquerschnitt haben mag, voll zu befriedigen vermöchte – was wäre das Resultat: das Erlebnis der Erfüllung? Oder nicht vielmehr das Gegenteil, nämlich die Erfahrung einer abgründigen Langeweile – einer bodenlosen Leere – eben des existentiellen Vakuums?

Mit diesem Vakuum werden wir Neurologen ja alltäglich und sprechstündlich konfrontiert ...

Nach der Vertreibung des Menschen aus dem Paradies der Geborgenheit und Gesicherheit durch die Instinkte, wie sie dem Tier eignen, muß er noch einen zweiten Verlust über sich ergehen lassen, nämlich nach und neben dem Instinktverlust den Traditionsverlust: also nicht nur einen Verlust in der vitalen, sondern auch einen in der sozialen Dimension seines Daseins. Die Reaktion auf dieses innere Vakuum besteht nun in den im Rahmen der logotherapeutischen Terminologie sog.

›noogenen Neurosen‹ ...«³

Wie bei jeder Neurose sind auch bei den noogenen Neurosen die typischen Merkmale »Verunsicherungsneigung« und »Hyperreflexionsneigung« mit im Spiel. Viktor Frankl erklärt die *Verunsicherungsneigung* mit dem allmählichen Verlust sowohl an eindeutigen »Instinktanweisungen« als auch an traditionellen »Normanweisungen« beim fortschrittlich-modernen Menschen, der sich weder an seinem inneren Gefühl noch an der Überlieferung mehr zuverlässig orientieren kann.

Die *Hyperreflexionsneigung* des modernen Menschen wurde durch seine schockartige Entlastung von vitalen und sozialen Sorgen und Nöten (plötzliche Verfügbarkeit materieller Güter, massive Arbeitszeitverkürzung, Kranken- und Altersversorgung etc.) und durch die allgemeine Technisierung gefördert. (Man denke nur daran, daß das Wäschewaschen in früheren Zeiten jeweils die Arbeit eines ganzen Tages erforderte, während es heute mit einem Knopfdruck und ein paar Handgriffen zu erledigen ist. Bei aller Zweckdienlichkeit muß doch zugegeben werden, daß die Sinnhaftigkeit des Waschtags eine dem Bewußtsein unmittelbar zugängliche war, während die Sinnhaftigkeit des nunmehr freiwerdenden Tages erst mühsam gesucht und aufgespürt werden muß. Wobei es eben geschehen kann, daß die Gedanken im Kreisen um ein Wozu des Lebens und Weiterlebens »hängen bleiben« und keine Antwort finden. Nicht umsonst behauptete Ernst Bloch, die Menschen würden heute jene Sorgen geschenkt bekommen, die sie sonst nur in der Todesstunde hätten ...) Die Gefährlichkeit der noogenen Neurose und Depression gabelt sich in zwei Äste:

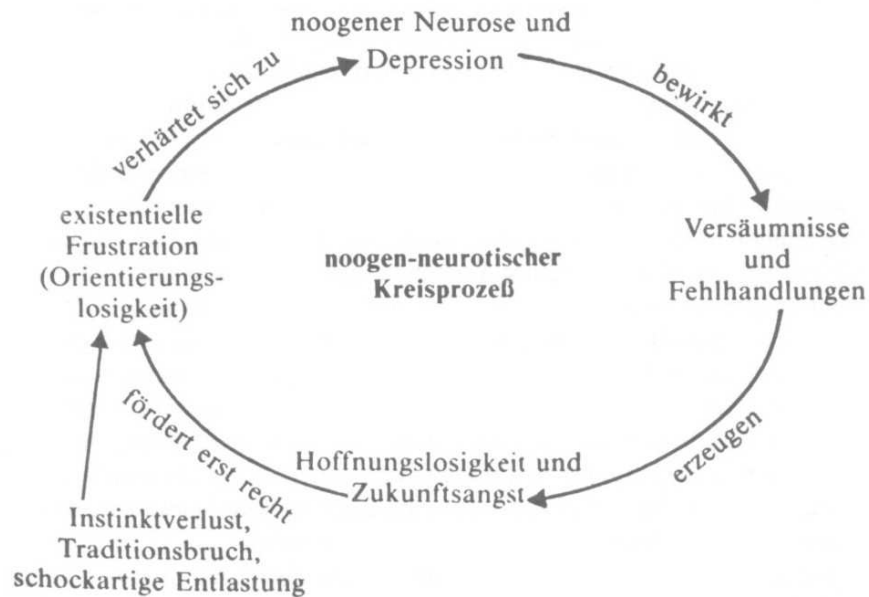
1. In die Nichtausschöpfung positiver Lebenschancen⁴, was bedeutet _ *Versäumnisse!*
2. In die geistige Widerspruchslosigkeit gegenüber (reaktiven) Depressionen, (sinnlosen) Aggressionen, (sexuellen) Perversionen und dem Drang zur Flucht in Scheinwelten (Drogen, übermäßiger TV-Konsum, Sekten, Aussteigerideologien ...), was bedeutet _ *Fehlhandlungen!*

Die nachstehende Skizze gibt Aufschluß darüber, daß die Problematik – wie bei allen Neurosen – »Teufelskreis«züge annimmt, weil Versäumnisse und Fehlhandlungen Resultate zeitigen, die wiederum Hoffnungslosigkeit

³ V.E. Frankl, *Der leidende Mensch*, 2. Aufl., Bern 1984, S. 24.

⁴ »Die Überflußgesellschaft bringt einen Überfluß an Freizeit mit sich, die zwar Gelegenheit zu sinnvoller Lebensgestaltung böte, in Wirklichkeit aber das existentielle Vakuum nur noch mehr zutage treten läßt, wie wir Psychiater es in Fällen von sogenannter ›Sonntagsneurose‹ beobachten können.« Frankl 1979, S. 159.

und Zukunftsängste heraufbeschwören, zwei heute weltweit beobachtbare Phänomene, die die existentielle Frustration ungebrochen aufrechterhalten.



Als ich im Wintersemester 1984 an der Universität München über das Krankheitsbild der noogenen Neurose sprach, bat ich meine Studenten, bis zur nächsten Stunde Zeitungsausschnitte über Verzweiflungstaten zu sammeln, bei denen Anhalt auf eine »noogene Problematik« gegeben war. Sie brachten mir die Nachrichten darüber, daß sich innerhalb dieser einen Woche (!) vier ca. 16jährige Jugendliche in der damaligen BRD »wegen Zukunftsängste« das Leben genommen hatten. Ein junges Pärchen war von einem Hochhaus gesprungen und hatte zuvor einen Abschiedsbrief hinterlassen, in dem stand: »Wir wollten ohne Atomraketen und Umweltzerstörung leben, sahen aber keine Möglichkeit mehr dazu ...«, eine junge Frau hatte Autoabgase eingeatmet, weil sie »mit sich und ihrem Leben nichts anzufangen wußte«, und ein Schüler hatte sich vor den heranfahrenden Zug geworfen, aber nicht etwa, weil er Schulschwierigkeiten gehabt hätte, sondern weil er trotz seiner guten Noten »eine trostlose Situation nach der Schulentlassung« auf sich zukommen sah. Diese erschütternde Bilanz macht deutlich, wie eng das Gefühl der Sinnlosigkeit und der Hoffnungslosigkeit

miteinander verknüpft sind, bzw. das Gefühl der Sinnlosigkeit und der »Lebensunwertigkeit«, denn wenn das Leben nicht mehr als sinnvoll erlebt wird, verliert es seinen Wert, und wenn es an Wert verliert, sinkt die Hemmung, es zu schädigen.

Im Patientengut der psychologischen und klinischen Praxis finden sich noogene Neurosen und Depressionen heutzutage sehr häufig, vielfach gemischt mit anderen Beschwerden. Eines der Erkennungszeichen ist, daß die Patienten nicht wissen, *was* ihnen fehlt, sie wissen nur, *daß* ihnen etwas fehlt. Sie zeigen sich im allgemeinen mißlaunig, wenig kooperativ, abgestumpft oder quengelig, und lassen den Therapeuten von Anfang an fühlen, daß sie sich von seiner Therapie nicht allzuviel erwarten. Bei der mehr neurotischen Variante stimuliert das »Leiden am sinnlosen Leben« (Frankl) zu den abstrusesten Exzessen und verführt zu einer rastlosen Jagd nach Lust, die in der totalen Lustlosigkeit endet. Bei der mehr depressiven Variante existieren keinerlei »Verstärker« für die Patienten, nichts hat Zielcharakter. Beide sind unfähig, etwas zu schätzen und zu würdigen (z.B. die eigene Gesundheit), sind unfähig, sich an etwas hinzugeben, sich zu engagieren u. dgl., dadurch bilden sie einen starken Kontrast zu denjenigen Menschen, die an einem Schicksalsschlag leiden.

Die noogene Neurose gründet nämlich nicht eigentlich in einem Wertverlust, sondern eher in der in Verlust geratenen *Wahrnehmung von Werten*. (Wer einen Wertverlust zu beklagen hat, kennt ja Werte, sonst würde er nicht um sie klagen!) Lediglich die kleine Randgruppe jener noogenen Neurotiker, deren Problematik auf Wertkollisionen zurückgeht, besitzt Wertvorstellungen, die sich bloß nicht gemeinsam oder gleichzeitig verwirklichen lassen, und hinsichtlich der die *Wahrnehmung von Wertprioritäten* fehlt. Wer jedoch überhaupt keine Wertstrukturen – und sich daraus ergebende Sinnmöglichkeiten – in seinem Leben mehr wahrnimmt, wer somit »wertblind« ist, bei dem verkümmert die höchste spezifisch menschliche Fähigkeit: die Fähigkeit zur Selbst-Transzendenz. (Ihm fehlt ja etwas, auf das hin er sich selbst transzendieren könnte!) Und das bedeutet eine permanente Infragestellung seiner gesamten Existenz schlechthin.

Die Logotherapie begeht nicht den Fehler, *alle* Störungen im menschlichen Leben als »letztlich noogen« interpretieren zu wollen, was eine neue Einseitigkeit im theoretischen Gerüst erzeugen würde, die gerade in der Logotherapie überwunden werden soll. Dort aber, wo eine existentielle, und das heißt: eine geistige Frustration die seelische Gesundheit eines Menschen untergräbt, darf nicht nach rein psychischen Ursachen (etwas aus dem triebhaft Unbewußten) gefahndet werden, sonst würde man an dessen

echtstem, zutiefst menschlichem Anliegen vorbeiziele und therapeutisch im wahrsten Sinne des Wortes ins Leere treffen.

Wie kann nun Hilfe in der noogenen Krise geboten werden? Die Logotherapie sieht in den noogenen Neurosen eine der wenigen Indikationen dafür, die *Vergangenheit* eines Patienten ausführlich zu durchleuchten. Gab es eine Zeit für ihn, in der ihm sein Leben noch sinnvoll erschien? Was war damals gewesen, welche Vorhaben hatte er sich gesetzt, worum kümmerte er sich damals in erster Linie? Analog der anthropologischen Forschungsrichtung, die Frankl »Existenzanalyse« nennt, und die menschliches Dasein auf sein zentrales Verantwortlichsein hin »analysiert«⁵, wird mit dem Patienten eine Art »Lebensanalyse« durchgeführt, die ihn auf sein persönliches Verantwortlichsein hin »analysiert« und ursprüngliche und vielleicht verschüttete Sinngehalte ausforscht, denen gegenüber er in gewisser Weise immer noch verantwortlich ist. Wer zum Beispiel eine musische Begabung in die Wiege gelegt bekam, ist verantwortlich dafür, was er Kreatives aus ihr entsprossen läßt; wer eine reichhaltige Schulbildung genossen hat, ist verantwortlich dafür, wie und wo er sein Wissen fruchtbringend einbringt; oder wer Liebe und Güte aus seiner Umwelt empfangen hat, ist verantwortlich dafür, ob und in welchem Maße er das Empfangene weitergibt.

Bei einer solchen Durchforschung der Lebensvergangenheit auf positive »Vermächtnisse« und alte Sinnstrukturen kommen Anknüpfungspunkte für die Gegenwart zum Vorschein, die dem Patienten eine Wiederbelebung und Neugestaltung von Inhalten ermöglichen, die auf Grund seiner Vertrautheit und Verbundenheit mit ihnen eine gute Chance haben, zum Stellenwert von »Lebensinhalten« aufrücken zu können. So kann es sein, daß jemand, der vor langer Zeit ein Musikinstrument zu spielen gelernt hat und damals viel Freude am Spiel hatte, beim therapeutischen Gespräch darüber den Entschluß faßt, diese seine Fertigkeit wieder aufzufrischen und künftig einen Teil seiner Freizeit dafür bereitzustellen. Das allein kann ihn z.B. schon vom passiven TV-Konsum lösen und einer Tätigkeit – vielleicht sogar innerhalb eines Musikkreises – zuführen, die ihm zum Sinnerlebnis ganz neue Zugänge schafft.

Eine andere therapeutische Möglichkeit ist die *Vorbildsuche*. Der Patient wird aufgefordert, sich zu überlegen, welche ihm bekannten Personen seiner Meinung nach ein sinnerfülltes Leben führen. Gewöhnlich kann er (mit neidvollen Gefühlen?) wenigstens einige benennen. Daraufhin kann mit ihm

⁵ V.E. Frankl, *Der Wille zum Sinn*, 3. Aufl., Bern 1982, S. 46.

darüber diskutiert werden, warum er dem Leben der genannten Personen Sinnfülle zuspricht. Was ist das Besondere, das Entscheidende an deren Lebensstil? Könnte er es ihnen abschauen? Was hindert ihn daran, es ihnen gleichzutun? Bei der Suche nach geeigneten Vorbildern kann fast ausnahmslos die Querverbindung zwischen Hingabe und Glück aufgezeigt werden, nämlich die an sich banale Tatsache, daß Glück nicht bedeutet, daß »es einem gutgeht«, sondern daß »man für etwas gut ist«! (Interessanterweise werden von noogenen Neurotikern fast ausnahmslos Personen als »Träger« eines sinnerfüllten Lebens benannt, die ganz typisch »für etwas oder für jemanden gut sind«, was beweist, daß diese Patienten bei all ihren Sinnzweifeln und Sinnfrustrationen unverleugbar ahnen, was Sinn ist.)

Hier bietet sich der Übergang zur Suche nach Personen an, *für die* der Patient wichtig sein könnte, die *ihn* brauchen könnten. Wenn es niemanden gibt, der ihn braucht, stimmt etwas nicht mit ihm, und auch darüber müssen ihm die Augen geöffnet werden. Wer im sozialen Vakuum lebt, zeichnet mitverantwortlich dafür, selbst dann, wenn es ihm die Umstände nicht leicht machen, aus dem Vakuum herauszufinden. Notfalls läßt sich die soziale Interaktionsschwäche am Verhalten des Patienten zum Therapeuten aufzeigen: wenn er ihn kränkt, geringschätzt, seine Vorschläge boykottiert etc., macht er dies auch bei anderen Menschen und trägt solcherart nichts zur Gemeinschaft bei, was als Sinnlosigkeitserlebnis auf ihn selber zurückschlägt.

Eine weitere therapeutische Möglichkeit sehe ich in der Durchführung eines *Sinn-Wahrnehmungstrainings*, das aus Übungen im Baukastensystem zur Sensibilisierung des Patienten für den jeweiligen »Sinn des Augenblicks« besteht. Der Patient soll sich angewöhnen, bei kleinen täglichen Entscheidungen (und bei großen natürlich auch, aber das gelingt erst später) die Frage vorzuschieben: Was ist jetzt am sinnvollsten? Diese Frage gliedert sich in fünf Unterfragen:

1. Was ist mein Problem?

Das Problem darf nie vage und unfaßlich bleiben, sondern soll auf einen konkreten Sachverhalt eingengt werden, damit geistig dazu Stellung bezogen werden kann.

2. Wo ist mein Freiraum?

Danach soll die Aufmerksamkeit vom schicksalhaft vorgegebenen Teil des Sachverhalts abgezogen und dem persönlich verbleibenden freien Aktionsspielraum (in Bezug auf den Sachverhalt) zugewandt werden. Auch dieser freie Aktionsspielraum soll nicht vage bleiben, sondern klar bewußt werden.

3. Welche Wahlmöglichkeiten habe ich?

Innerhalb des freien Aktionsspielraums gibt es freie Wahlmöglichkeiten, die, vorerst noch ohne Wertung, gedanklich gesammelt werden sollen. Das ist eine Übung der Phantasie.

4. Eine davon ist die sinnvollste.

Jetzt wird das »Sinn-Organ Gewissen« herausgefordert, »Detektiv zu spielen«. Es soll etwas herausfinden, was bereits da ist, wenn es sich auch vordergründig den Blicken entziehen mag: die sinnvollste Möglichkeit. (Ob sie zugleich lustvoll ist, wird dabei nicht berücksichtigt.)

5. Die will ich verwirklichen!

Der letzte Schritt des Trainings ist die intentionale Bejahung des Herausgefundenen, die Wahlentscheidung für den Sinn.

Aus der Summe vieler solcherart getroffener »Tagesentscheidungen« kann beim Patienten allmählich eine neue sinnorientierte Grundorientierung erwachsen.

Beispiel:

ad 1. Was ist mein Problem? Das Problem eines Patienten sei das kommende Wochenende, mit dem er nichts anzufangen weiß. Er sei lustlos und an allem desinteressiert (»Sonntagsneurose«);

ad 2. Wo ist mein Freiraum? Der Freiraum des Patienten erstreckt sich nicht darauf, daß das Wochenende naht (dies kann er nicht verhindern), und auch nicht darauf, daß er zu nichts Lust hat (Gefühle sind zum Zeitpunkt ihres Auftretens schicksalhaft gegeben). Immerhin aber kann er über alles entscheiden, was er am kommenden Wochenende (samt Lustlosigkeit) unternehmen wird;

ad 3. Welche Wahlmöglichkeiten habe ich? In Beantwortung dieser Frage kann der Patient seiner Phantasie freien Lauf lassen: im Bett liegen und grantig sein, lesen, rauchen, Musik hören, einen Ausflug machen, jemanden anrufen oder ihm schreiben ...;

ad 4. Eine davon ist die sinnvollste. Ungern aber vom Therapeuten völlig unbeeinflusst muß der Patient zugeben, daß es in seiner Situation z. B. das Sinnvollste wäre, am Wochenende einen Brief an X zu schreiben, den er ihm schon lange versprochen hat, zumal sich X aufrichtig darüber freuen würde;

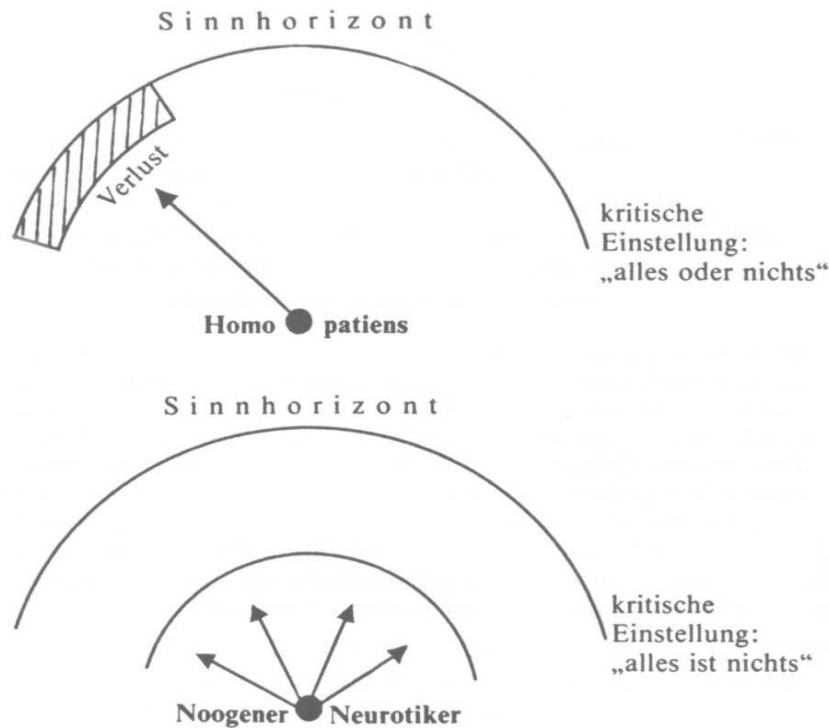
ad 5. Die will ich verwirklichen! Der Patient wird motiviert, am kommenden Wochenende jenen Brief zu schreiben, auch wenn er nicht die geringste Lust dazu verspürt. Während des Schreibens fällt ihm mehr ein, als er zunächst gedacht hatte, und es wird wider Erwarten ein netter Brief daraus. Daraufhin keimt ein leichtes Gefühl der Zufriedenheit mit sich selbst im Patienten auf und läßt sein Wochenende annehmbar ausklingen. Unabhängig davon sind neue Sinnchancen angebahnt worden. Vielleicht schreibt der

Adressat des Briefes freundlich zurück, vielleicht entwickelt sich daraus eine vielversprechende zwischenmenschliche Begegnung, die mithilft, den Patienten aus der existentiellen Frustration herauszureißen.

Oft muß etwas trotz Lustlosigkeit *begonnen* werden, aus keinem anderen Grunde, als weil es eben sinnvoll ist; und die Lust bzw. die Freude zieht während der Durchführung jenes Sinnvollen nach, weil im Sog allen sinnvollen Tuns die Zufriedenheit mitschwimmt. Umgekehrt aber ist Zufriedenheit kaum erreichbar, wenn man darauf wartet, daß die Lust zum sinnvollen Handeln über einen komme – es kann geschehen, daß man ewig wartet.

Zum Abschluß dieses Kapitels möchte ich noch eine Gegenüberstellung wagen. Es gibt zwei Problemgruppen, die in der herkömmlichen Psychotherapie kaum beachtet werden, obwohl hohe Prozentsätze der Bevölkerung dazu zählen: es sind dies der noogene Neurotiker und der »homo patiens«. So unterschiedlich die Ausgangsposition beider ist, gibt es doch etwas Übereinstimmendes zwischen beiden, nämlich, daß existierende Sinnmöglichkeiten in ihrem Leben nicht wahrgenommen und daher auch nicht ergriffen werden.

Wie die symbolische Graphik veranschaulicht, ist der Sinnhorizont beim »homo patiens« teilweise verhangen – dort, wo er einen Verlust erlitten hat, dort bestehen auch Einschränkungen bezüglich seiner Möglichkeiten. Aber sein Problem ist oft, daß er nur diesen Ausschnitt sieht, sein »Verhängnis«, und nichts sonst mehr wahrnimmt. Beim noogenen Neurotiker hingegen ist der gesamte Sinnhorizont offen, aber über seinen Augen liegt quasi ein Schleier, durch den er nicht hindurchsieht. Beim »homo patiens« muß daher therapeutisch eine Blickwinkelverschiebung zustande gebracht werden, damit er sich dem ihm noch offenstehenden Sinnhorizont zuwendet, während beim noogenen Neurotiker die Wiedererschließung seiner geistigen »Sehkraft« geleistet werden muß.



»Es geht nicht darum, daß wir dem Patienten einen Daseinssinn geben, sondern einzig und allein darum, daß wir ihn instand setzen, den Daseinssinn zu finden, daß wir sozusagen sein Gesichtsfeld erweitern, so daß er des vollen Spektrums personaler und konkreter Sinn- und Wertmöglichkeiten gewahr wird.«⁶

Die tragische Einstellung aber, die den »homo patiens« in seinem Unglück fixiert, lautet: »alles *oder* nichts«, während die tragische Einstellung beim noogenen Neurotiker lautet: »alles *ist* nichts«. Wenn bloß diese beiden Einstellungen »moduliert« werden können, ist schon viel erreicht worden.

Zu allerletzt sei noch die Frage gestreift, wie noogene Neurosen oder Depressionen zu handhaben sind, denen ein sittlicher Konflikt, also eine *Gewissensnot* zugrunde liegt. Nun, das Beste, das der Therapeut tun kann, ist, das geistige Ringen des Patienten ernst zu nehmen und sich ihm auf geistiger Ebene zu stellen. Das heißt aber nicht, daß er ihm das geistige Ringen abnehmen oder auch nur prinzipiell erleichtern könnte, denn – zur *Gewissensentscheidung* muß sich der Patient ganz allein durchringen. Aufgabe des Therapeuten ist es nur, ihn bis dorthin zu geleiten bzw. ihn währenddessen menschlich zu begleiten. Immerhin kann solch eine Begleitung ganz subtile und weniger therapeutisch intendierte als vielmehr zwischenmenschlich induzierte Einstellungsmodulationen beim Patienten hervorrufen, die diesem eine klarere Erkenntnis des ihm hier und jetzt Abverlangten und damit eine Lösung seiner Konflikte ermöglichen.

»... Wenn wir vorhin sagten, der Arzt wäre im einschlägigen Falle verpflichtet, auf eine nicht krankheitsbedingte, sondern schlechthin menschliche Frage nicht als

⁶ V.E. Frankl, Die Psychotherapie in der Praxis, 3. Aufl., Wien 1975, S. 54.

Nervenarzt, sondern eben auch nur schlechterdings als Mensch zu antworten, dann erhebt sich nun die Frage, ob und inwieweit er – als Arzt! – dazu auch berechtigt sei. Denn was hier droht, das ist doch ohne weiteres ersichtlich: der Oktroi der persönlichen Weltanschauung des Arztes, also seiner Privatmeinung, auf den Patienten ... Aber: ist es nicht, in dieser Situation, die Aufgabe des Arztes, seinen Patienten eben nur so weit zu bringen, daß er, der Patient, zu dessen eigener Weltanschauung und Lebensauffassung gelange? Daß er also aus eigener Verantwortlichkeit heraus einen neuen geistigen Weg zum Leben zurückfinde?«⁷

⁷ Frankl 1982, S. 43.