

# Bulletin

## 2023.1

Editorial	1
Symposium zum 80. Geburtstag von Dr. phil. Alice Holzhey-Kunz	3
Veranstaltungen SoSe 2023	4
Prisca R. Bauer, Thomas Fuchs: Pharmakoresistente Epilepsie als Grenzsituation	6
Vorstand GAD	22

[www.gad-das.ch](http://www.gad-das.ch)

Redaktionsschluss für das Bulletin 2023.2 ist am 15. Juli 2023.

Für die GAD sind Zusendungen erbeten an:  
Christina Schlatter, Sonneggstrasse 55, 8006 Zürich  
[christina.schlatter@hin.ch](mailto:christina.schlatter@hin.ch)

## Editorial

*Christina Schlatter*

«Guten Tag, wie geht es Ihnen?» Wie viele Male haben Sie in der vergangenen Woche mit leichter Zunge auf diese Frage geantwortet: «Oh, ganz gut!». Wir sagen gern, es gehe gut, auch wenn die Stimmung, in der wir uns gerade befinden, vielleicht gar nicht besonders gut sein mag, wenn uns Sorgen drücken. Täuschen wir uns selbst, wenn wir gegen aussen gute Laune zeigen, obwohl uns eigentlich gar nicht danach ist?

Im September 2016 veranstalteten Emil Angehrn und Joachim Küchenhoff in Basel eine interdisziplinäre Tagung zum Thema «Selbsttäuschung». Die Abendrednerin des ersten Tagungstages hiess Alice Holzhey. Am 25. März 2023 laden wir zur Tagung zu Ehren von Alice Holzheys rundem Geburtstag nun die Veranstalter jener Tagung als Redner ein. Dieses Mal wird es aber nicht um die Selbsttäuschung gehen, sondern um ihr Gegenteil: Unser Symposium steht unter dem Titel «Wahrheit und Wahrhaftigkeit». Sie alle, liebe Leserinnen und Leser, sind dazu herzlich eingeladen.

Gemäss Heidegger haben Menschen eine grosse Tendenz zur Flucht in die Selbsttäuschung. Dass wir bei der Begegnung mit einem Mitmenschen sagen, es gehe uns gut, obwohl wir uns nicht uneingeschränkt so fühlen, kann manchmal rettend sein. Damit vermeiden wir unangenehmes Nachfragen und eine Auseinandersetzung über persönliche Belange, die wir mit der flüchtigen Bekanntschaft gar nicht teilen möchten. Es mag sogar sein, dass wir uns ein bisschen besser fühlen, wenn wir lachend die oberflächliche Begrüssungsfloskel bestätigen. In der Therapie und auch in anderen ernst gemeinten zwischenmenschlichen Beziehungen geht es aber um mehr. Wie kann es gelingen, sich einem Menschen «wahrhaftig» zu nähern? Alice Holzhey hat den Vorstand der GAD mit ihrem Buch «Emotionale Wahrheit» zum Weiterführen dieser Gedanken inspiriert und wir freuen uns auf eine intensive gemeinsame Denkreise.

Die Forumsveranstaltungen der GAD sind weiterhin dem Leitthema «Die Sorge geht über den Fluss» gewidmet. Im Sommersemester 2023 weiten wir das Spannungsfeld Selbsttäuschung/Wahrhaftigkeit aus auf die existenziellen Bedingungen der Menschheit. Vertrauen darauf, «dass es sich schon irgendwie richten

wird», bedeutet nämlich nicht nur für das Individuum oberflächlichen Schutz vor der Angst angesichts des bedrohlichen Abgrunds. Auch die Menschheit als Ganze ist heute bedroht durch kriegerische Auseinandersetzungen und insbesondere durch die Klimakrise, die sich nicht mehr aufhalten lässt. Wir vertrauen im Alltag darauf, dass sich eine Lösung schon irgendwie finden wird, aber in Wahrheit überschätzt auch dieses Vertrauen (in die Wissenschaft, die Politik, den Lauf der Natur) die realistischen Möglichkeiten. Vertrauen schützt vor der Angst, löst per se aber noch keine Probleme.

Die Sorge um unseren Planeten, um unsere existenziellen Lebensbedingungen wird meist durch momentan dringlicher erscheinende Alltagsorgen verdeckt und damit auch die Angst um die Zukunft verdrängt. Wie gehen wir mit diesem Dilemma um?

Am 11. 5. 23 haben wir die Literaturwissenschaftlerin Claudia Keller eingeladen. Sie wird das gesellschaftliche Phänomen der Sorge bis zur Erschöpfung mit uns diskutieren: An diesem ersten Forumsabend des Sommersemesters geht es um die Wechselbeziehungen zwischen der Erschöpfung des sich sorgenden Menschen und der zur Sorge Anlass gebenden «Erschöpfung» des Planeten. Am 1. 6. 23 schliesslich wird Baldassare Scolari diesen Bogen der Sorge um die existenziellen Grundlagen des Lebens weiterführen mit seinem Referat «Apokalypse und Utopie als Krisenbewältigungsangebote? Eine anthropologisch-narratologische Annäherung an die Ambivalenz von Krisenerzählungen». Beide Forumsabende werden wieder im *Weissen Wind* stattfinden: am 11. 5. 23 im Neuzofingersaal und am 1. 6. 23 in der Weggenstube.

Verschliessen auch Sie Ihre Ohren nicht, getrauen wir uns, hinzuhören auf die Sorgen der Menschen von heute und lassen Sie uns miteinander sprechen, überlegen und – uns um unsere Mitwelt sorgen!

## Symposium zum 80. Geburtstag von Dr. phil. Alice Holzhey-Kunz

### Wahrheit und Wahrhaftigkeit

Mit Prof. Dr. Emil Angehrn und  
Prof. Dr. Joachim Küchenhoff  
MSc Julian Hofmann

- |               |   |
|---------------|---|
| 15:00         | Eintreffen der Gäste  |
| 15:30 – 16:15 | Vortrag von Herrn<br>Prof. Dr. phil. Emil Angehrn             |
| 16:15 – 16:30 | Pause   |
| 16.30 – 17:15 | Vortrag von Herrn<br>Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff        |
| 17:15 – 18:00 | Pause   |
| 18:00 – 19:30 | Podiumsdiskussion und Diskussion<br>mit den anwesenden Gästen |
| 19:30 – 22:00 | Apéro Riche   |

«Wahrheit und Wahrhaftigkeit»: Das ist ein Thema, mit dem sich Alice Holzhey-Kunz im Rahmen der von ihr entwickelten Daseinsanalyse eingehend beschäftigt hat. Ausdruck davon ist ihr letztes Buch: *Emotionale Wahrheit. Der philosophische Gehalt emotionaler Erfahrungen. Schwabe Verlag Reflexe Band 66, Basel 2020.*

Zu Ehren von Alice Holzheys 80. Geburtstag legen der Philosoph Prof. Dr. phil. Emil Angehrn und der Psychiater und Psychotherapeut Prof. Dr. med. Joachim Küchenhoff ihre philosophische und psychiatrisch-psychotherapeutische Sichtweise zu diesem wichtigen Thema dar.

Lavaterhaus St.-Peter-Hofstatt 6, 8001 Zürich

Eintritt: frei

Samstag, 25. März  
2023, 15.00–22.00 Uhr

### Moderation

### Programm

### Ort

## **Forumsveranstaltungen Sommersemester 2023**

### **Leitthema: «Die Sorge geht über den Fluss»**

Die Forums-Vorträge sind öffentlich. Sie finden im Restaurant Weisser Wind, Oberdorfstrasse 20, 8001 Zürich statt. Eintritt: Die Vorträge sind für Mitglieder der GAD sowie für Studierende gratis. Nichtmitglieder zahlen Fr. 20.–

**Donnerstag**  
**11. Mai 2023,**  
**20.00–21.30 Uhr**

**Sorge und Erschöpfung. Wechselspiel zwischen der Erschöpfung der Menschen und der Erschöpfung des Planeten (Arbeitstitel)**

*Dr. Claudia Keller*

Die Referentin wird das gesellschaftliche Phänomen der Sorge bis zur Erschöpfung mit uns diskutieren: An diesem ersten Forumsabend des Sommersemesters geht es um die Wechselbeziehungen zwischen der Erschöpfung des sich sorgenden Menschen und der zur Sorge Anlass gebenden «Erschöpfung» des Planeten.

**Donnerstag**  
**1. Juni 2023,**  
**20.00–21.30 Uhr**

**Apokalypse und Utopie als Krisenbewältigungsangebote? Eine anthropologisch-narratologische Annäherung an die Ambivalenz von Krisenerzählungen**

*Dr. Baldassare Scolari*

Der Mensch ist ein sich sorgendes Wesen. Die Philosophie hat dies begrifflich unterschiedlich zu fassen versucht: existentielle Sorge (Heidegger), Kontingenzerfahrung (Lübbe), gegenstandlose Angst (Kierkegaard). Strategisch hat der Mensch die Fähigkeit

erworben, Geschichten – Mythen, Religionen, Metaphysiken – zu erzählen, um die Angst einzudämmen. Diese Geschichten setzen Vertrautes an die Stelle des Fremden, ersetzen das Unerklärliche durch Erklärungen und finden Benennungen für das Unnennbare.

In diesem Referat geht es darum, die politische Ambivalenz von apokalyptischen und utopischen Erzählungen der Klimakrise zu untersuchen: Ist es wahr, wie oft in der Politik, im Journalismus, in philosophischen und wissenschaftlichen Abhandlungen behauptet wird, dass diese zu einer wirklichkeitsfremden, de-politisierten und/oder passiven Haltung gegenüber der Klimakrise verleiten? Oder haben solche Erzählungen auch das Potential, den *status quo* radikal zu hinterfragen und anderen Formen des Denkens und Handelns den Weg zu bahnen?

# Pharmakoresistente Epilepsie als Grenzsituation<sup>1</sup>

*Prisca R. Bauer, Thomas Fuchs*

Epilepsie ist eine häufige neurologische Erkrankung, an der weltweit über 50 Millionen Menschen leiden. Sie ist durch wiederkehrende, unprovokierte Anfälle gekennzeichnet [1] und geht mit erheblichen Einschränkungen im Alltag einher. Epilepsie ist keine einheitliche Erkrankung, vielmehr ein Symptom einer erhöhten Erregbarkeit der Gehirnrinde. Ihre Ursachen sind vielfältig: Manche Epilepsien sind genetisch oder angeboren, andere treten nach einem Schädel-Hirn-Trauma auf oder im Gefolge einer anderen Erkrankung. Auch die epileptischen Anfälle selbst sind unterschiedlich. Bekannt sind die «Grand Mal»-Anfälle, bei denen die Person das Bewusstsein verliert, stürzt und minutenlang krampft. Anfälle können jedoch auch weniger dramatisch verlaufen: Manche Patienten berichten über eine Störung der normalen Wahrnehmung oder sind minutenlang verwirrt, ohne das Bewusstsein vollständig zu verlieren. Zwischen 25 % [2] und 40 % [3] der Betroffenen leiden an medikamentenresistenten Epilepsien, definiert als das Versagen von zwei anfallshemmenden Medikamenten bei der Kontrolle von Anfällen [4]the International League Against Epilepsy (ILAE). Die chirurgische Resektion des epileptischen Herdes ist dann für bis zur Hälfte dieser Patienten eine Option [3].

Komorbiditäten wie Depressionen und Angsterkrankungen sind häufig bei Menschen mit Epilepsie, mit Prävalenzraten von 35 % bzw. 26 % [5]. Bei Kandidaten für eine epilepsiechirurgische Behandlung sind solche Komorbiditäten noch häufiger [6–8]. Die Hälfte der Patienten berichtet über Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) [9], und Angst und Depression korrelieren signifikant mit PTSD-Symptomen [10]. Man nimmt an, dass epileptische Anfälle selbst als traumatisch erlebt werden und so zu einer «postepileptischen PTBS» führen können, die bei bis zu 51 % der Betroffenen auftritt [9]. In einer Studie mit 107 Patienten mit pharmakoresistenter fokaler Epilepsie berichteten 45 % über mindestens einen traumatisch erlebten Anfall, von denen ein Drittel

<sup>1</sup> Basierend auf „Bauer P, Bronnec MLA, Schulze-Bonhage A, Altenmüller D-M, Fuchs T. Seizures as a struggle between life and death: An existential approach to the psychosocial impact of seizures in candidates for epilepsy surgery“. Accepted for publication in *Psychopathology*.

die Kriterien für eine PTBS erfüllte (15 % der Gesamtstichprobe) [11]. In einer anderen Studie mit 120 Patienten mit schwer behandelbarer Epilepsie berichteten zwar 50 von einem traumatischen Anfall, aber nur sechs Patienten erfüllten die diagnostischen Kriterien einer PTBS [12].

Sowohl Trauma und Depressionen lassen sich mit dem Begriff der *Grenzsituation* von Karl Jaspers in Verbindung bringen. Nach Jaspers [13,14] sind dies Situationen, in denen die Widersprüche des Daseins sich nicht mehr verleugnen lassen und die die bisherige Weltsicht in Frage stellen. In dieser Arbeit betrachten wir pharmakoresistente Epilepsie und epileptische Anfälle durch die Linse des Konzepts der Grenzsituationen, um so zu einem besseren Verständnis von Angst und Depression bei dieser Erkrankung beizutragen. Jaspers entwickelte den Begriff der Grenzsituation vor allem in seiner «Psychologie der Weltanschauungen» (1925) und in der «Existenzerhellung» (1973). Längst hat der Begriff im Sinne einer außergewöhnlichen oder extremen Situation Eingang in die Alltagssprache gefunden: Man stößt an eine Grenze der eigenen Fähigkeiten und Ressourcen; die Situation ist mit den gewohnten Mitteln nicht mehr zu bewältigen, und alle Lösungsversuche scheitern. Damit ist aber der Begriff der Grenzsituation in seiner existenziellen Tiefe noch nicht erschöpft. In echten Grenzsituationen, so Jaspers, tritt eine Grundbedingung des Daseins, der *Conditio humana*, zutage: Dazu gehören v.a. Unausweichlichkeiten wie die, sterben zu müssen, leiden zu müssen, sich behaupten und kämpfen zu müssen, dem Zufall ausgeliefert zu sein und unausweichlich schuldig zu werden. In Grenzsituationen kommen somit Widersprüche des Lebens zum Vorschein, die nicht aufgehoben werden können, sondern ausgehalten werden müssen. Die Grundbedingung tritt aus der Allgemeinheit heraus und wird für den Einzelnen zu einer erschütternden Erfahrung. Während z. B. das Bewusstsein der Sterblichkeit meist etwas Allgemeines bleibt («wir müssen alle sterben»), so tritt in einer Grenzsituation die Todesgefahr plötzlich als etwas auf, das mich unmittelbar betrifft: «Ich werde tatsächlich sterben!» Plötzlich wird mir meine Grundsituation als unausweichlich, als mein Schicksal bewusst, dem ich nicht entkommen kann.

«In jeder Grenzsituation», so schreibt Jaspers, «wird mir gleichsam der Boden unter den Füßen weggezogen» [14]; etwas ist zerbrochen, was Jaspers das «Gehäuse» nennt: die festen Grundhaltungen, allgemeinen Annahmen, Denkstrukturen und Ideologien, die dem Menschen Schutz vor den Widersprüchen des Lebens und vor den Abgründen des Daseins bieten. Das können explizite, religiöse oder andere Weltanschauungen sein, die der Welt einen Sinn und dem eigenen Dasein Halt geben. Im Gegensatz dazu haben Grenzsituationen den Charakter einer Freilegung: Die Widersprüche des Daseins, bisher durch das Gehäuse abgeschirmt, werden plötzlich sichtbar und erschüttern so die vermeintlichen Gewissheiten. Das Grundmerkmal von Grenzsituationen ist also ein Scheitern: Sie werden erlebt, wenn das Gehäuse zerbricht, d.h. wenn ein Lebensplan oder ein fester Rahmen von Grundüberzeugungen versagt. Grenzsituationen sind daher, so Jaspers, «... nicht überschaubar; in unserem Dasein sehen wir hinter ihnen nichts anderes mehr. Sie sind wie eine Wand, an die wir stoßen, an der wir scheitern. Sie sind durch uns nicht zu verändern, sondern nur zur Klarheit zu bringen, ohne sie aus einem Anderen erklären und ableiten zu können. Sie sind mit dem Dasein selbst ...» [13].

Da Grenzsituationen den bisher gültigen Deutungsrahmen, die Grundordnung des eigenen Lebens in Frage stellen, entziehen sie sich jeder Voraussicht und Berechenbarkeit. Die Kontinuität des bisherigen Lebenskonzepts wird unterbrochen. Dies schafft aber auch die Möglichkeit der Freiheit, nämlich in die Grenzsituation einzutreten, sich mit ihr zu konfrontieren und damit einen Weg für das «Ergreifen» der eigenen Existenz zu gewinnen: «Wir werden wir selbst, indem wir in die Grenzsituationen offenen Auges eintreten» [13]. Der Mensch steht also vor der Wahl, die Grenzsituation zu akzeptieren, sich ihr zu stellen und sich dadurch neu zu finden, oder aber ihnen auszuweichen, sei es durch Verleugnung, Rationalisierung oder Verdrängung. Ist ein Mensch nicht in der Lage, die Grenzsituation zu bewältigen, kann dies seine psychische Struktur auch so erschüttern, dass aus unbewusst maladaptiven Strategien psychische Krankheiten entstehen [15]. Beispiele dafür sind Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörungen, aber auch andere neurotische Störungen.

Wenn wir uns nun pharmakoresistenten Epilepsien zuwenden, ergeben sich aus Jaspers' Konzept die folgenden Hauptthemen, die sie als Grenzsituationen verständlich machen können:

- Zufall, Zufälligkeit und Unvorhersehbarkeit
- Kampf und Selbstbehauptung
- Tod und Endlichkeit
- Schuld, Versagen und Zurückbleiben hinter den eigenen Möglichkeiten

Im Folgenden beleuchten wir diese Themen anhand von Interviews mit Kandidaten für eine Epilepsiechirurgie. Wir diskutieren, inwieweit eine medikamentenresistente Epilepsie mit dem Konzept der Grenzsituationen sinnvoll beschrieben werden kann, ob solche Erfahrungen Chancen für eine existenzielle Neuorientierung im Sinne von Jaspers sein können, und wie dieses Verständnis helfen kann, Menschen mit Epilepsie psychotherapeutisch zu unterstützen.

### **Methodik**

Im Rahmen einer Studie nach prodromalen Erfahrungen wurden von Mai 2020–2022 Interviews mit 15 Kandidat\*innen für Epilepsiechirurgie in Freiburg durchgeführt (8 Männer, 7 Frauen, Durchschnittsalter 31 Jahre). In den Interviews wurden offene Fragen zu ihren Erfahrungen mit der Epilepsie gestellt. Der Gesamtkorpus bestand aus 43 Interviews mit einer Gesamtdauer von 29 Stunden. Die einzelnen Interviews hatten eine durchschnittliche Dauer von 43,5 Minuten (Spanne 10–90 Minuten). Alle Interviews wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert. Es erfolgte eine Analyse, die durch den Begriff der Grenzsituation geleitet wurde, sowie eine thematische Analyse der Metaphern, die benutzt wurden, um über Anfälle zu sprechen. Für eine ausführliche Beschreibung der Methoden wird auf frühere Veröffentlichungen verwiesen [16,17].

## Ergebnisse

### (1) Zufall, Zufälligkeit, Unvorhersehbarkeit

Eines der häufigsten wiederkehrenden Themen in den Interviews ist die Zufälligkeit und Unvorhersehbarkeit von Epilepsie und Anfällen. Alle interviewten Patienten konnten sich deutlich an ihren ersten Anfall erinnern und beschreiben, wie dieses Ereignis ihr Leben veränderte. Vielleicht ist dies der Punkt, an dem Anfälle am deutlichsten Grenzsituationen sind: Ihr Auftreten zieht der Person buchstäblich den Boden unter den Füßen weg und durchkreuzt ihre bisherigen Erwartungen an das Leben. Ab diesem Zeitpunkt kann jede Situation potenziell durch einen Anfall brutal unterbrochen werden. Die Anfälle werden immer als überraschende, erschreckende Ereignisse beschrieben, wenngleich die Betroffenen im oft jahrelangen Krankheitsverlauf gelernt haben, die Anfälle zu erwarten. So sagt eine Patientin:

*Ich werde aufgeschreckt und erschrecke in dem Moment, obwohl ich damit gerechnet habe, dass es passieren könnte, nicht so stark, aber dass es passieren würde. (Patientin 1)*

Dies hat Folgen für das gesamte Leben der Betroffenen: bisherige Rollen können sich plötzlich und grundlegend ändern. Nach der Epilepsiediagnose dürfen die Betroffenen erst wieder Auto fahren, wenn sie längere Zeit anfallsfrei sind, was sie von anderen abhängig macht. Beruflich berichten viele, dass sie aufgrund der Krankheit ihren Arbeitsplatz verloren haben oder eine gewählte Ausbildung nicht abschließen konnten. Im Bemühen, ein Gefühl der Sicherheit wiederzuerlangen, ziehen sich die Betroffenen aus Situationen oder Aktivitäten zurück, in denen ein Anfall besonders bedrohlich oder schädlich sein könnte. Die Möglichkeit, dass ein Anfall auftreten könnte, wird als ständige Bedrohung empfunden, und die Vorstellung, dass das Leben geplant und kontrolliert werden kann, geht verloren.

Während eines Anfalls berichten viele von einem völligen Verlust der Kontrolle über ihren Körper und ihr Verhalten, was zu einer tiefgreifenden Erfahrung von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein führt.

*... keine Kontrolle über den eigenen Körper und ... einfach dieses Ausgeliefert sein und ... dass man sich nicht verständigigen kann, nicht sagen kann, was man gerne hätte, hätte ja. Und wo man das alles mitbekommt, und dass es dann immer halt schlimmer wird. (Patientin 5)*

Es mag daher nicht überraschen, dass einer der Teilnehmer berichtete, dass er lieber Anfälle habe, bei denen er das Bewusstsein verliere und das Gefühl der Hilflosigkeit und des Kontrollverlusts nicht ertragen müsse, wie er das bei partiellen Anfällen erlebe.

## *(2) Tod und Endlichkeit*

Die Menschen in unserer Stichprobe berichteten von großer Angst vor, während oder nach den Anfällen. Auffallend ist der heftige, existenzielle Charakter dieser Angst. Auch wenn die Betroffenen schon viele Anfälle erlebt haben, scheinen einige Anfälle – und für manche sogar alle Anfälle – eine fundamentale Todesangst zu wecken; vielleicht ist diese mit dem gefühlten Verlust des Selbst im Anfall verbunden.

So sagt eine Patientin:

*Wie, wenn du sterben müsstest und Du wehrst dich und wehrst dich und dann auf einmal gibst du dich doch hin und sagst okay jetzt. Und dann kommt er doch nicht, der Tod, und holt dich, also der epileptische Anfall und erlöst dich. (Patientin 3)*

Anfälle sind eine Konfrontation mit dem Verlust des Selbst und mit der Endlichkeit des Lebens und zeigen eine weitere Grenze der Existenz auf. Es brauchte oft mehrere längere Gespräche, bis diese Angst beschrieben wurde, was auf ihren intensiv bedrohlichen Charakter hindeuten mag. Die Häufigkeit solcher Todesängste wird daher wahrscheinlich unterschätzt. Wenn Anfälle mit so extremer Angst einhergehen, erfüllen sie die DSM-5-Kriterien eines traumatischen Ereignisses.

nisses: Sie werden als lebensbedrohlich erlebt und führen zu Hilflosigkeit und Kontrollverlust.

### *(3) Kampf*

Hier gibt es zwei Aspekte: den Kampf mit dem Anfall und den Kampf um ein «normales Leben». Im Kampf mit dem Anfall deutet die Sprache auf eine Externalisierung und sogar Personifizierung des Anfalls hin, mit dem die betroffene Person kämpfen muss. Eine Teilnehmerin beschrieb ihre Anfälle wie folgt:

*Im Prinzip kämpft ja dann der ganze Körper auch, wie wenn dann in der Mitte im Prinzip dieser Bulle und dann so ... mit den Hufen scharrt, so auf die Art „mach jetzt das Tor auf“, so hab ich mir das ... Ja. Das erklärt es für mich jetzt am besten (Patientin 3)*

Auf direkte Nachfrage berichtete sie, dass sie bewusst das Bild eines Stieres gewählt habe, da dieses Tier für sie eine gewalttätige und zerstörerische Kraft darstelle, die nicht zu zähmen sei und die Gewalt der Anfälle einfange. Sie beschrieb sich selbst als den Torero in der Arena, der gegen den Stier kämpft. Eine andere Teilnehmerin zog einen direkten Vergleich mit einem Krieg und dem Versuch des Anfalls, sie zu Fall zu bringen:

*Ich erlebe das wirklich wie einen Krieg. [...] Also ... also gegeneinander antreten. Man zieht an einem Seil in die eine Richtung und der andere zieht am Seil in die andere Richtung, und man will nicht, dass dieses Ding einen vom Seil herunterzieht (Patientin 1)*

Andere beschreiben Anfälle als ein «böses» oder «giftiges» Wesen, gegen das sie kämpfen. Ein Teilnehmer beschreibt, wie er mit dem Anfall ringt und kämpft und versucht, dem Druck zu widerstehen, der aus allen Seiten auf ihn ausgeübt wird.

Menschen mit Epilepsie kämpfen aber nicht nur gegen ihre Anfälle. Sie kämpfen auch um ein normales Leben. Für viele ist der Alltag mit der Krankheit und

der ständigen Gefahr von Anfällen eine Herausforderung. In manchen Fällen ist jede Aktivität von dieser Bedrohung und der Konfrontation mit den Grenzen der Existenz geprägt. Oder wie eine Teilnehmerin sagt:

*Ich muss immer kämpfen, kämpfen, kämpfen. Ich hab nichts irgendwie wo ich sagen kann ja ich krieg das einfach. (Patientin 9)*

Menschen mit andauernden Anfällen dürfen zum Beispiel nicht Auto fahren und sind auf öffentliche Verkehrsmittel oder andere Menschen angewiesen, um zur Arbeit zu gehen oder an Freizeitaktivitäten teilzunehmen. Die Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel ist eine Herausforderung, da viele Angst haben, in der Öffentlichkeit einen Anfall zu erleiden. Andererseits ist die Abhängigkeit von Familienmitgliedern oder Freunden mit Schuldgefühlen und Abhängigkeitsgefühlen verbunden. Die Einschränkungen, die die Krankheit dem Leben der Betroffenen auferlegt, behindern ihre volle Teilnahme an der Gesellschaft. Für einen war dies eine Zeitlang mit Suizidgedanken verbunden.

*Ja, manchmal hab ich auch [...] Selbstmordgedanken. Und ich will die Gedanken nicht haben, aber die kommen dann einfach, weil ich dann, weil ich einfach nur zuhause rumsitze und keine Beschäftigung habe. (Patientin 5)*

Insgesamt führt bei unserer Stichprobe die Erkrankung zu einem tiefgreifenden Gefühl des Andersseins, des Verlusts der Selbstverständlichkeit des Lebens und macht die eigene Existenz zu einem ständigen Kampf um Gleichgewicht und Selbstbestimmung.

#### (4) Schuld

Das Thema Schuld zeigt sich auf unterschiedliche Weise. Es gibt Schuldgefühle gegenüber sich selbst, die mit Selbsthass und Selbststigmatisierung einhergehen, und es gibt Schuldgefühle gegenüber geliebten Menschen. Zu ersteren erwähnen mehrere Personen, dass sie aufgrund ihrer Erkrankung ein geringes Selbst-

wertgefühl haben und enttäuscht, traurig oder wütend sind, dass sie nicht das Leben leben können, das sie sich wünschen. Eine Patientin sagt:

*Das ist so ein ganz ganz schlimmes trauriges, wütendes, enttäuschtes – so die Wörter alle zusammen – Gefühl, und dann hass ich mich – Entschuldigung, dass ich dass so, aber ich muss das so radikal sagen – weil es so wirklich ist. Ich hasse mich dafür, dass ich das habe, dass ich nicht so leben kann wie ich, wie ich könnte vielleicht. (Patientin 9)*

In diesem Zitat kommt auch das Gefühl der Schuld gegenüber sich selbst zum Ausdruck, nicht in der Lage zu sein, dem eigenen Potential und den eigenen Wünschen gerecht zu werden. Obwohl die Betroffenen darum kämpfen, ein normales Alltagsleben aufrechtzuerhalten, müssen sie Anpassungen vornehmen, um mit der Krankheit umzugehen. Einige geben ihre beruflichen Ziele auf, andere ihre persönlichen Träume und Ideale wie Beziehungen oder eine Familie.

Ein wichtiges und immer wiederkehrendes Thema, das in fast allen Interviews vorkommt, sind die Schuldgefühle gegenüber anderen, vor allem gegenüber geliebten Menschen. Ein eindrückliches Zitat:

*Weil ich auch immer das Gefühl habe, ich falle meinen Eltern zur Last oder so [...] ich entschuldige mich immer dann bei meiner Mutter dafür, dass sie jetzt schon wieder einen Anfall erleben musste, dass sie schon wieder ihr Kind in diesem Zustand sehen musste und einfach nicht helfen kann. (Patientin 5)*

Keiner will, dass die Angehörigen sie bei ihren Anfällen sehen, und viele berichten, dass sie sich, wie die oben zitierte Person, entschuldigen, wenn ihre Angehörigen Anfälle mitbekommen. Es scheint besonders schwer zu ertragen zu sein, nicht nur mit der eigenen Hilflosigkeit, mit Kontrollverlust und Angst konfrontiert zu werden, aber auch mit jener der Zeugen.

*Es ist die Angst, dass der Zeuge ausflippt, weil es absolut keine Kontrolle gibt und der Beobachter sich hilflos fühlt, und dann die Angst und die Beklemmung der Person, die wirklich im Ungewissen ist und versucht, das Ganze zu verarbeiten. (Patientin 1)*

Es besteht also ein doppeltes Schuldgefühl: erstens sich selbst gegenüber, weil man die Anfälle hat, und zweitens gegenüber anderen, weil man sie willkürlich in eine Situation gebracht hat, in der sie sich ebenfalls hilflos und außer Kontrolle fühlen. Einige Betroffene sagen, dass sie in solchen Situationen das Gefühl haben, sich nicht nur um sich selbst, sondern auch um den Zeugen kümmern zu müssen. Einige haben mit ihren Angehörigen eine Vorgehensweise für den Fall eines Anfalls vereinbart. Um Schuldgefühle und Ängste zu verringern, kann dies bedeuten, dass die Angehörigen ihre Arbeit fortsetzen und so tun, als ob nichts passiert. Doch selbst wenn solche Vereinbarungen getroffen werden können, berichten mehrere Betroffene, dass sie Phasen hatten, in denen sie sich wünschen, sie würden nicht existieren.

#### *(5) Umgang mit den Anfällen und existentielle Reorientierung*

Jaspers beschreibt zwei grundsätzliche Reaktionsmöglichkeiten auf Grenzsituationen. Die erste ist ein Muster des Vermeidens, Versteckens und Verleugnens; die zweite, viel seltenere, scheint eine Art radikale Akzeptanz und Transzendenz zu sein. Vermeidung und der Versuch, Anfälle zu verbergen, sind ein häufiges Thema in den Interviews, das oft mit Scham- und Schuldgefühlen verbunden ist. So berichtet ein Patient:

*Da schämt man sich auch, da denkst du oh [ ] ey sowas, hast du es schon wieder vor deinen Eltern gehabt und konntest dich nicht irgendwo verstecken und sie haben es jetzt auch wieder mitgekriegt (Patient 6)*

Das bedeutet manchmal, dass Patienten nahestehenden Personen sagen, dass Anfälle aufgetreten sein könnten, aber auch, dass nicht offen über die Erkrankung gesprochen wird. Die Betroffenen beschreiben auch, dass sie Situationen vermeiden, in denen Anfälle von Menschen beobachtet werden könnten, die sie nicht gut genug kennen.

Trotz des Leidens und der Einschränkungen, die die Epilepsie ihrem Leben auferlegt, äußerten einige Patienten, sie seien dankbar darüber, dass ihre Krankheit nicht so schlimm sei wie andere Krankheiten. Häufig wurde zugunsten der Epilepsie ein Vergleich mit Krebs gezogen. Drei Patienten berichteten, dass sie für die Krankheit dankbar seien und gelernt hätten, sie als eine Möglichkeit für persönliches Wachstum und Entwicklung zu sehen, die sie sonst nicht gehabt hätten.

*Am Anfang war es ein bisschen schwer zu verkraften, [...] es kann dein ganzes Leben verändern, also wird es nicht mehr so sein wie vorher, und man denkt, naja, vielleicht wäre es besser gewesen, wenn ich an dem Tag liegen geblieben wäre. Der Gedanke kommt also auf, weil man in diesem Alter nicht unbedingt in vielen Dingen eingeschränkt werden will, man muss seine eigenen Erfahrungen machen. Am Anfang war es also ein bisschen schwierig, damit umzugehen, das muss ich ganz offen und ehrlich sagen, aber irgendwann lernt man daraus. Man wächst immer mit jeder Situation. (Patient 11)*

Trotz der Angst, die immer noch mit den Anfällen einhergeht, haben diese Menschen im Laufe der Jahre gelernt, anders mit ihnen umzugehen, und vor allem, ohne gegen sie zu kämpfen:

*Ich habe das gelernt, indem ich dagegen angekämpft habe, das, ja, [ist] ein weiteres Paradox: Kämpfen wird nicht helfen, weil ich das sehr, sehr lange versucht habe, und dann habe ich, dann habe ich versucht, ,reite einfach auf dieser Welle, lass es einfach geschehen,‘ und ähm, und das ist meine größte Waffe. (Patientin 1)*

Diese Haltung gegenüber Anfällen lässt sich am besten als «radikale Akzeptanz» beschreiben. Sie nimmt den Menschen nicht die Angst, aber sie scheint sie in eine Position zu bringen, in der sie sich weniger hilflos fühlen. Sie können den Sturm überstehen. Dies kann ihnen eine konstruktive und positive Einstellung zu ihrem Leben und ihrer Krankheit vermitteln, ohne die sie nicht die wären, die sie sind. Diese beiden Beispiele können als Schritte zu einer existenziellen Neuorientierung im Sinne von Jaspers betrachtet werden.

## Diskussion

Wir haben gezeigt, dass Kandidaten für eine Epilepsieoperation ihre Krankheit als wiederholte Grenzsituationen erleben. Die Interviews und ihre anschließende Analyse zeigen, dass Angst- und Depressionssymptome auftreten können, wenn Anfälle als traumatisierende Ereignisse mit einer unmittelbaren Bedrohung der physischen und/oder psychischen Integrität der Person erlebt werden. Solche Ereignisse können als Grenzsituationen angesehen werden, die die Person mit der grundlegenden Verletzlichkeit des Lebens konfrontieren, die normalerweise verborgen bleibt, einschließlich seiner Unvorhersehbarkeit, seiner Endlichkeit, der Zerbrechlichkeit des Körpers und der Unvermeidbarkeit von Schuld. Wiederholtes Ausgesetztsein in solchen belastenden Situationen kann die Bewältigungskapazitäten der Person überfordern und dauerhafte psychologische Auswirkungen haben, wie z.B. PTBS, Angstzustände und Depressionen. Bei Menschen, die Anfälle als Traumata erleben, können sie eine Konfrontation mit den Abgründen der Existenz bedeuten und auf diese Weise bestehende psychische Gesundheitssymptome hervorrufen oder verschlimmern [19].

Diese existenzielle Analyse ergänzt das derzeitige Verständnis aus lerntheoretischer und neurobiologischer Sicht über das Auftreten von Depressionen und Ängsten bei Menschen mit Anfällen. So wurde das Konzept der «erlernten Hilflosigkeit», das die Unfähigkeit bezeichnet, unkontrollierbaren aversiven Ereignissen zu entkommen, mit Psychopathologie im Allgemeinen [20] und speziell mit Depressionen im Zusammenhang mit Epilepsie in Verbindung gebracht [21,22].

Obwohl Jaspers keine «existentielle Psychotherapie» praktiziert oder gelehrt hat, sind seine Konzepte der «Grenzsituation» und des «Gehäuses» für die psychotherapeutische Praxis hilfreich [23]. Sie erfordern eine Änderung der Einstellung, eine Distanzierung von und ein Hinterfragen der gewohnten Weltanschauungen und kognitiven Verhaltensmuster, um zu verstehen, wie man in Beziehung zur Welt steht. Jaspers' Annahme ist, dass der Mensch immer nach Freiheit sucht, unabhängig von seinem Zustand. Freiheit, so Jaspers, kann nur erreicht werden, indem man sich seines «Gehäuses» bewusst wird und aus diesem heraustritt. Dies setzt voraus, dass der Mensch seinen Wunsch nach Freiheit erkennt und ihm zu folgen versucht. Dies kann in der Psychotherapie geschehen, wenn sich Patient und Therapeut als Mitmenschen in «existenzieller Kommunikation» begegnen [23]. Im Zusammenhang mit Epilepsie bedeutet dies, dass neben der Psychoedukation, dem Erlernen neuer Verhaltensweisen im Umgang mit Anfällen und der Emotionsregulation eine weitere Frage gestellt werden kann: «Wie kann ich als Mensch frei werden, auch wenn ich nicht anfallsfrei bin?»

### **Erklärung zur Ethik**

Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission der Universität Freiburg, Deutschland, genehmigt (Protokollnummer 578/19) und in das Deutsche Register Klinische Studien (DRKS00021409) eingetragen. Alle Teilnehmer gaben vor der Teilnahme an der Studie eine schriftliche Einverständniserklärung ab.

## Referenzen

- [1] Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014;55:475–82. doi:10.1111/epi.12550.
- [2] Sultana B, Panzini M-A, Veilleux Carpentier A, Comtois J, Rioux B, Gore G, et al. Incidence and Prevalence of Drug-Resistant Epilepsy. *Neurology* 2021;96:805–17. doi:10.1212/WNL.00000000000011839.
- [3] Engel J. The current place of epilepsy surgery. *Curr Opin Neurol* 2018;31:192–7. doi:10.1097/WCO.0000000000000528.
- [4] Kwan P, Arzimanoglou A, Berg AT, Brodie MJ, Allen Hauser W, Mathern G, et al. Definition of drug resistant epilepsy: consensus proposal by the ad hoc Task Force of the ILAE Commission on Therapeutic Strategies. *Epilepsia* 2010;51:1069–77. doi:10.1111/j.1528-1167.2009.02397.x.
- [5] Lu E, Pyatka N, Burant CJ, Sajatovic M. Systematic Literature Review of Psychiatric Comorbidities in Adults with Epilepsy. *J Clin Neurol* 2021;17:176. doi:10.3988/jcn.2021.17.2.176.
- [6] Hellwig S, Mamalis P, Feige B, Schulze-Bonhage A, van Elst LT. Psychiatric comorbidity in patients with pharmaco-resistant focal epilepsy and psychiatric outcome after epilepsy surgery. *Epilepsy Behav* 2012;23:272–9. doi:10.1016/j.yebeh.2011.12.001.
- [7] Reuber M, Andersen B, Elger C, Helmstaedter C. Depression and anxiety before and after temporal lobe epilepsy surgery. *Seizure* 2004;13:129–35. doi:10.1016/S1059–1311(03)00073-6.
- [8] Pope RA, Thompson PJ, Rantell K, Stretton J, Wright M-A, Foong J. Frontal lobe dysfunction as a predictor of depression and anxiety following temporal lobe epilepsy surgery. *Epilepsy Res* 2019;152:59–66. doi:10.1016/j.eplepsyres.2019.03.003.
- [9] Chung MC, Allen RD. Alexithymia and Posttraumatic Stress Disorder Following Epileptic Seizure. *Psychiatr Q* 2013;84:271–85. doi:10.1007/s11126-012-9243-1.

- [10] Soncin L-D, McGonigal A, Kotwas I, Belquaid S, Giusiano B, Faure S, et al. Post-traumatic stress disorder (PTSD) in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2021;121:108083. doi:10.1016/j.yebeh.2021.108083.
- [11] Mariotti S, Valentin D, Ertan D, Maillard L, Tarrada A, Chrusciel J, et al. Past Trauma Is Associated With a Higher Risk of Experiencing an Epileptic Seizure as Traumatic in Patients With Pharmacoresistant Focal Epilepsy. *Front Neurol* 2021;12:669411. doi:10.3389/fneur.2021.669411.
- [12] Labudda K, Illies D, Bien CG, Neuner F. Postepileptic seizure PTSD: A very rare psychiatric condition in patients with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2018; 78:219–25. doi:10.1016/j.yebeh.2017.08.043.
- [13] Jaspers K. *Philosophie II, Existenzerhellung*. 4th ed. Berlin/Heidelberg/New York: Springer; 1973.
- [14] Jaspers K. *Psychologie der Weltanschauungen*. 3rd ed. Berlin: Springer; 1925.
- [15] Fuchs T. Existential Vulnerability: Toward a Psychopathology of Limit Situations. *Psychopathology* 2013;46:301–8. doi:10.1159/000351838.
- [16] Bronnec MLA, Altenmüller D-M, Fuchs T, Lahmann C, Schulze-Bonhage A, Bauer PR. “What is this strange sensation?” A qualitative exploration of metaphors used to verbalise hard-to-describe experiences by people with epilepsy. *Epilepsy Behav* 2023;138:108963. doi:10.1016/j.yebeh.2022.108963.
- [17] Bauer P, Bronnec MLA, Schulze-Bonhage A, Altenmüller D-M, Fuchs T. Seizures as a struggle between life and death: An existential approach to the psychosocial impact of seizures in candidates for epilepsy surgery. *Psychopathology* 2022;accepted.
- [18] Ryvlin P, Nashef L, Lhatoo SD, Bateman LM, Bird J, Bleasel A, et al. Incidence and mechanisms of cardiorespiratory arrests in epilepsy monitoring units (MORTEMUS): a retrospective study. *Lancet Neurol* 2013;12:966–77. doi: 10.1016/S1474-4422(13)70214-X.

- [19] Fuchs T. Temporality and psychopathology. *Phenomenol Cogn Sci* 2013;12. doi:10.1007/s11097-010-9189-4.
- [20] Maier SF, Seligman MEP. Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychol Rev* 2016;123:349–67. doi:10.1037/rev0000033.
- [21] Hoppe C, Elger CE. Depression in epilepsy: a critical review from a clinical perspective. *Nat Rev Neurol* 2011;7:462–72. doi:10.1038/nrneurol.2011.104.
- [22] Hermann BP. Psychopathology in epilepsy and learned helplessness. *Med Hypotheses* 1979;5:723–9. doi:10.1016/0306-9877(79)90094-X.
- [23] Schlimme JE. An Existential Understanding of Psychotherapy and Psychiatric Practice. *Psychopathology* 2013;46:355–62. doi:10.1159/000352071.

# **Gesellschaft für hermeneutische Anthropologie und Daseinsanalyse GAD**

## **Vorstand**

MSc Julian Hofmann,

Brüderhofweg 45, 8057 Zürich, 079 531 82 49,  
julian.hofmann@uzh.ch

Dr. phil. Alice Holzhey

Sonneggstr. 82, 8006 Zürich, 044 422 11 17,  
alice.holzhey@bluewin.ch

Lic. phil. Doris Lier

Sonneggstr. 82, 8006 Zürich, 044 261 03 45.,  
doris.lier@bluewin.ch

Dr. med. Christina Schlatter Gentinetta

Frauenpraxis, Sonneggstr. 55, 8006 Zürich, 044 362 55 55,  
christina.schlatter@hin.ch

PD Dr. phil. Donata Schoeller,

Köngengasse 2, 8001 Zürich, 078 383 64 84,  
schoeller@uni-koblenz.de

Dr. sc. nat. Georg Schönbächler

Riedhofstr. 88, 8049 Zürich, 044 362 64 81,  
georg@vandecaab.ch

## **Präsidentin**

Dr. phil. Alice Holzhey  
alice.holzhey@bluewin.ch

## **Aktuarin und Quästorin**

Lic. phil. Doris Lier  
doris.lier@bluewin.ch

