EXISTENZANALYSE

GLE
INTERNATIONAL

GESELLSCHAFT FÜR LOGOTHERAPIE
UND EXISTENZANALYSE – WIEN

SUCHT.

Wege aus dem Verfallen-Sein

KONGRESSBERICHT

Nr. 2 / 2015
32. Jahrgang

ISSN 1024-7033
ISSN 2409-7306 (Online-Version)

Eduard Sueßgasse 10
A-1150 Wien
Tel./Fax: (0043-1) 985 95 66
E-Mail: gle@existenzanalyse.org

Impressum ... 91

PLENARVORTRAG
Behandlungsziel schönes Leben – Das Orpheus Programm (Michael Musalek) ... 4
Die Zustimmung in der Süchtigkeit – Ein existenzanalytischer Zugang (Alfried Längle) ... 14
Sucht: Im milden Glanz der Täuschung an den Abgrund (Anton Nindl) ... 24
Verzweiflung im Selbst – Zu den tieferen existentialen Ursachen der Sucht (Emmanuel J. Bauer) ... 29
Ich schaffe nichts außer Arbeit – Das Bild der Arbeitssucht anhand typischer Symptome (Jana Bozuk) ... 36
„Aber hungern will ich nicht!" – Übergewicht im Kontext der Psychotherapie (Zdenka Camachova Davet) ... 40
Im Spiel verloren (Monika Vogelgesang) ... 43
Sucht – Schutz und Trutzburg (Wibke Voigt) ... 47

SYMPOSIUM: EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG
Lebensqualität vor und nach stationärer Suchttherapie – Quantitative und qualitative Forschungsergebnisse im Vergleich (Silvia Längle & Astrid Görtz) ... 51
Methode zur Praxis Hermeneutisch-Phänomenologischer Forschung (Silvia Längle) ... 64

SYMPOSIUM: WEGE AUS DER SUCHT IN THERAPIE UND BERATUNG
Innere Leere und Sucht (Elsbeth Kohler, Johannes Rauch) ... 71
„Wenn alles überstanden ist, ist noch lange nicht alles vorbei" – Psychotherapie mit erwachsenen Kindern von alkoholkranken Eltern (Ingo Zirks) ... 74
Existenzanalytische Therapie von Anorexie und Bulimie (Helene Drexler) ... 78
Adam, wo bist Du? Eva was tust Du? – Das Suchtpotential des romantischen Beziehungsideals und seine Auswirkungen auf Beziehungsgestaltung und Partnerschaft (Susanne Pointner) ... 83
Sexualität und Internet (Susanne Adamek) ... 87
Backgammon und Poker inside – Aufstieg und Fall eines Berufsspielers (Gerhard Schiesser) ... 92

KINDER- UND JUGENDLICHENTHERAPIE
Verbunden und doch getrennt (Christian Gutschi) ... 96

PÄDAGOGIK
Existenzielle Pädagogik – Einführung und Standortbestimmung (Kerstin Breckner) ... 100
Mit Achtsamkeit der Sucht begegnen. – Workshop zum Thema „Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention" (Karin Canazei) ... 103

CONGRESS EXISTENTIAL THERAPY – LONDON 2015
Opioid drug addiction and the fundamental existential motivations (Ekaterina Evstigneeva) ... 107
Addiction and meaning (Bruce Muir) ... 111

Subskription Online-Abo ... 39
Homepage zur EXISTENZANALYSE ... 70
CD/DVD zum Kongress ... 95
Weiterbildungstermine ... 115
Buchbesprechung ... 116
Hinweise für Autoren ... 118

WISSENSCHAFTLICHER BEIRAT

Karel BALCAR
Prag (CZ)
Emmanuel J. BAUER
Salzburg (A)
Renate BUKOVSKI
Salzburg (A)
Herbert CSEF
Würzburg (D)
Reinhard HALLER
Feldkirch (A)
Brigitte HEITGER
Bern (CH)
Derrick KLAASSEN
Vancouver (CA)
Christoph KOLBE
Hannover (D)
George KOVACS
Miami (USA)
Jürgen KRIZ
Osnabrück (D)
Janelle KWEE
Vancouver (CA)
Anton-Rupert LAIREITER
Salzburg (A)
Alfried LÄNGLE
Wien (A)
Mihaela LAUNEANU
Vancouver (CA)
Karin MATUSZAK-LUSS
Wien (A)
Fernando LLERAS
Wien (A)
Corneliu MIRCEA
Temesvar (RO)
Anton NINDL
Salzburg (A)
Christian PROBST
Graz (A)
Heinz ROTHBUCHER
Salzburg (A)
Christian SIMHANDL
Wien (A)
Christian SPAEMANN
Braunau (A)
Michael TITZE
Tuttlingen (D)
Gabriel TRAVERSO
Santiago de Chile (CHL)
Liselotte TUTSCH
Wien (A)
Helmuth VETTER
Wien (A)
Beda WICKI
Unterägeri (CH)
Wasiliki WINKLHOFER
München (D)
Elisabeth WURST
Wien (A)

GELISTET IN PSYNDEX
UNIVERSITÄT TRIER

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Sucht (Abhängigkeit) ist ein Thema, das für die Gestaltung der Existenz immer Bedeutung hat. Leben hat das Potential des Verfallen-Könnens in ein uneigentliches Leben. Jedes Leben kennt die Verlockung und ihre Kraft kann so groß sein, dass sie uns nicht mehr los lässt. Leben ist energisch – es will umfassend gelebt werden. Sonst holt es uns durch die Hintertüre wieder ein.

Das Thema Sucht wurde in der Existenzanalyse schon wiederholt aufgegriffen, so in einem Sammelband „Süchtig sein" von 1997 und dem Themenheft der Zeitschrift „Abhängigkeit und Bulimie" von 2012. Es ist auch immer wieder aufzugreifen und in den verschiedenen Aspekten zu beleuchten. Nun können wir die schon bestehenden Grundlagen noch erweitern mit dem Bericht zum diesjährigen Kongress zu „Sucht. Wege aus dem Verfallen-Sein".

Der Kongress in diesem Mai in Salzburg war berührend durch die Herangehensweise an das Thema. Der Sucht haftet das Aussichtslose und das Verfallen-Sein an, wie es im Titel schon geheissen hat. Schnell könnte man den Süchtigen als Willensschwachen abwerten und ihn als einen Menschen sehen, der sein Leben nicht zu führen weiß. A. Längle arbeitet dagegen heraus, wie stark der Wille in der Sucht ist und wie er in der Therapie zum Einsatz kommen kann, damit nicht noch mehr Schaden entsteht und seine Kraft zur Entwicklung eines inneren Abwehrsystems genutzt werden kann.

Doch bleibt die Frage, wie man in diese Führungslosigkeit im eigenen Leben gerät? Wo liegen besonders heute die Gefahrenquellen für diesen Sog? Wohl jeder kennt zumindest im Ansatz die Kraftwirkung der Sucht. Genau diese Erfahrung im täglichen Leben greift E. Bauer in seinem Beitrag über die fundamentalontologische Verankerung der Sucht im Wesen des Menschen auf und verweist auf das Verfallensein, die tiefe Langeweile (Heidegger) und die Verzweiflung am Selbst (Kierkegaard). Erscheinungsweisen dieser Tiefenstruktur treten u.a. in der Arbeitssucht (Bozuk), der Esssucht (Camachova, Drexler), der Internet-Spielsucht (Vogelgesang, Schiesser, Gutschi), der Sexualität (Adamek) und dem romantischen Beziehungsideal (Pointner) in Erscheinung, aber natürlich auch in den häufigsten Formen von Alkohol- und Drogenmissbrauch (Voigt, Kohler und Rauch, Zirks). Die spezifischen Therapiezugänge zeichnen nach, wie der betroffene Mensch wieder an seine Freiheit und Gestaltungsmöglichkeit herangeführt wird. Ein besonderes Zuckerl im Ausbau der eigenen Wertfühligkeit ist das Orpheus-Programm von M. Musalek, dessen Hintergründe und Wirkung der Autor selbst darstellt. Abgerundet von Symposia-Beiträgen zu speziellen Schwerpunkten, wie Forschung (S. Längle und Görtz), Existentielle Pädagogik (Breckner) und Achtsamkeit (Canazei). Erweitert wird dieser Kongressbericht durch Beiträge zum Suchtthema, die beim 1st Congress for Existential Therapy in London, ebenfalls im Mai 2015, von Kollegen aus Canada (B. Muir) und Russland (E. Evstigneeva) vorgestellt wurden.

Wie immer wünschen wir Ihnen viel Interesse für diese vielfältigen und reichen Beiträge und einen guten Jahresausklang!

Silvia Längle
im Namen des Redaktionsteams

INFOS ZUR GLE-INTERNATIONAL

Die GLE-Int. ist Mitglied der Internationalen Gesellschaft für Psychotherapie (IFP), der European Association of Psychotherapy (EAP), des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP), der Internationalen Gesellschaft für Tiefenpsychologie e.V. Stuttgart.

Die GLE ist nach dem österreichischen Psychotherapiegesetz, der Schweizer Charta, der Berner Gesundheitsdirektion, der tschechischen und rumänischen Gesundheitsbehörden als Ausbildungsinstitution zur Psychotherapie anerkannt.

HINWEISE

KONGRESSE GLE-INT.

Freiburg i. Br., 6.–8.5.2016
GRENZE – ENDE UND WENDE
Behandlung und Begleitung von Grenzerfahrungen im Dasein
Anmeldung und Programm: www.existenzanalyse.org

Wien, 30.4.–1.5.2017
SCHMERZ-HAFT
Verständnis und Behandlung der Borderlinestörung

TAGUNGEN VON D

Hannover, 17.9.2016
DAS EIGENE LEBEN –
Der Weg vom Müssen zum Wollen
www.gle-d.de

AUSBILDUNG

- **PSYCHOTHERAPIE**
- **BERATUNG**

WEITERBILDUNGEN

- **Teamsupervision, Coaching; Fallsupervision**
- **Traumatherapie**
- **Persönlichkeitsstörungen**
- **Authentisch lehren**
- **Säuglings-, Kinder- u. Jugend-Psychotherapie**
- **Paartherapie**
- **Psychosomatik**

weitere Infos unter
www.existenzanalyse.at
www.gle-d.de
www.existenzanalyse.ch

VORSCHAU
auf die nächsten Ausgaben

Heft 1/2016
Themenheft
PSYCHODYNAMIK
Erscheint im Juli 2016

Heft 2/2016
Kongressbericht
GRENZE – ENDE UND WENDE
Erscheint im Dezember 2016

ONLINE-ABO

EXISTENZANALYSE
Subskription siehe Seite 39

gle@existenzanalyse.org
www.existenzanalyse.org
www.existenzanalyse.net

BEHANDLUNGSZIEL SCHÖNES LEBEN – DAS ORPHEUS PROGRAMM

Michael Musalek

Dieses Ermöglichen eines autonomen und freudvollen, also schönen Lebens ist das Hauptziel eines Therapieprogramms, das vor einigen Jahren im Anton Proksch Institut primär für Suchtkranke entwickelt wurde und als „Orpheus-Programm" bekannt wurde. Dieses Orpheus-Programm sieht sich voll und ganz den Maximen einer „human-basierten Medizin" verpflichtet. Es gilt dabei sichere Spielräume und öffnende Atmosphären zu schaffen, in denen es den Patienten möglich wird, ihre eigenen ersten Schritte dorthin zu gehen, wo für sie Attraktives, für sie Schönes auf sie wartet und wo der Einzelne auch im Falle des Strauchelns und Stürzens keinen so weitreichenden Schaden erleidet, dass es ihm nicht wieder leicht möglich wäre, weitere Schritte in Richtung freudvolles Leben zu unternehmen. Das Orpheus-Programm ist nicht als ein zu den herkömmlichen Behandlungsangeboten alternatives Therapieprogramm aufzufassen, sondern als ein zur Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie von psychischen Erkrankungen komplementärer Therapieansatz. Die Behandlungsmodalitäten dieses in letzter Konsequenz zieloffenen Behandlungsprogramms basieren auf einem mehrdimensionalen differentialdiagnostischen Prozess, wobei vor allem den optativen und ästhetischen Ressourcen besonderes Gewicht beigemessen wird. Nicht ein vom Therapeuten vorgegebenes Ziel gilt es zu erreichen, sondern ein Mögliches möglich zu machen; der Weg zu einem für den Einzelnen möglichen freudvollen Leben, das ist das Ziel; das Schöne ist dabei Hauptfokus der Therapie sowie auch selbst Therapeutikum.

SCHLÜSSELWÖRTER: Sucht, Schönheit, Ästhetik, Freude, sinnliches Wahrnehmen

TREATMENT GOAL BEAUTIFUL LIFE – THE ORPHEUS PROGRAMME

Enabling an independent and joyful, in other words beautiful life is main objective of a therapy programme which has been developed primarily for addicts a few years ago in the Anton Proksch Institute and has become known as the „Orpheus-Programme". This Orpheus Programme regards itself as wholeheartedly committed to the maxims of a human based medicine. What is important here is to create safe opportunities and an opening ambience to which patients become capable to take their own first steps, were what is attractive and of beauty to them is to be found and were the individual does not suffer such far-reaching harm in case of stumbling and tumbling that it wouldn't be easily possible again to take further steps towards a joyful life. The Orpheus Programme doesn't regard itself as an alternative to conventional treatment services, but as a complementary therapeutic approach to pharmacotherapy, psychotherapy and sociotherapy of psychological illnesses. The modalities of this treatment program with a lastly open objective are based on a multidimensional and differential diagnostic process, whereas particular importance is attached to optative and aesthetic resources. Goal is not a predetermined objective given by the therapist, but to enable a potentiality, the path to a joyful life within reach of the individual. Thereby beauty is main focus of therapy as well as self therapeutic agent.

KEYWORDS: addiction, beauty, aesthetics, joy, sensual perception

PSYCHISCHE GESUNDHEIT UND FREUDVOLLES LEBEN

„Wieder gesund sein" – welcher Kranke hat nicht diesen Wunsch. So einig man sich hinsichtlich der Behandlungszielsetzung Gesundheit ist, so uneinig, und gar nicht selten auch verunsichert ist man, wenn es darum geht, dieses Gesundsein begrifflich festzusetzen. Was heißt es „gesund" zu sein? Wann hat man den Zustand des Gesundseins erreicht? Natürlich ist die Abwesenheit von Krankheitssymptomen ein hier nicht unwichtiger und daher auch oft angeführter Umstand – aber in der Regel fühlt man sich nicht allein schon deswegen gesund, weil gewisse Krankheitsmerkmale nicht mehr so stark ausgeprägt bzw. überhaupt verschwunden sind. Zum Gesundsein und im Besonderen zum psychischen Gesundsein braucht es wesentlich mehr als nur die Abwesenheit von Krankheitszeichen. Es ist daher auch gut nachvollziehbar, dass die Definition der Weltgesundheitsorganisation für Gesundsein nicht nur die Abwesenheit von Krankheit fordert, sondern darüber hinaus auch noch das Erreichen eines Zustandes völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens bzw. Wohlseins (WHO 1949). Wann aber dürfen wir nun zurecht von einem solchen „psychischen Wohlsein", das wir als Wohlbefinden bezeichnen, sprechen? Ist es vielleicht schon dann erreicht, wenn wir wieder gut funktionieren, wenn also alle psychischen Funktionen wieder intakt und für uns in vollem Maße verfügbar sind – oder braucht es hier nicht noch viel mehr?

Es war zuvorderst C. Whitbeck (1981), der im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit den Blick auf die Autonomie des Einzelnen lenkte. Er definierte Gesundheit als die Fähigkeit, autonom und effektiv am Leben teilhaben und handeln zu können. Dann erst, wenn der Mensch zumindest über weite Strecken selbstbestimmt planen und agieren, er wieder über seine Freiheitsgrade verfügen kann, ist für Whitbeck psychische Gesundheit erreicht. Psychisches Kranksein entäußert sich damit nicht nur im Vorhandensein bestimmter Phänomene, die wir als psychopathologisch bewerten, sondern vor allem auch in einem damit einhergehenden Freiheitsgradverlust (Musalek 2003). Psychisches Wohlsein ist demnach auch nicht mehr nur durch die Abwesenheit von psychopathologischen Phänomenen festgelegt, sondern kann nur dann als erreicht gelten, wenn das einzelne konkrete Individuum (Kupke 2011) darüber hinaus auch wieder über ein zumindest gewisses Ausmaß an Selbstbestimmung verfügt.

Aber auch das Wiedererlangen von Selbstbestimmung, obwohl doch wesentliche Voraussetzung für psychische Gesundheit, macht alleine noch kein nachhaltiges psychisches Wohlsein. Es braucht dazu ganz wesentlich auch das, was wir Lebensfreude nennen. Neben anderen war es vor allem L. Nordenfeldt (1995), der psychische Gesundheit auch nicht mehr ausschließlich über die prinzipiellen Fähigkeiten des Menschen definierte, irgendwelche von ihm selbst festgesetzte Ziele zu verfolgen und zu erreichen, sondern darüber hinaus reichend noch darauf verwies, dass es hierbei vor allem auch um das Erreichen von für den Menschen „vitalen Zielen" („vital goals") gehe, wobei für ihn solche vitale Zielsetzungen „a state of affairs that is necessary for the realization of … (a) *person's state of minimal long-term happiness*" sind, also Zustandsgrößen, die notwendig sind, um dem Einzelnen die Möglichkeit für ein zumindest minimales Glücklich-sein zu gewährleisten. Glücklich-sein wird von Nordenfeldt hier nicht nur als besondere emotionale Gegebenheit, sondern als ein freudvolles Leben in all seinen Facetten verstanden (ebd. 1995; Musalek 2013). Gelingt es also ein weitgehend autonomes und freudvolles Leben zu führen, dann sprechen wir folgerichtig auch von einem schönen Leben, das sich uns eröffnet.

SOZIALÄSTHETIK ALS WISSENSCHAFT DES SCHÖNEN LEBEN

Setzt man nun Wohlsein („well-being") und damit Gesundheit („health") mit einem selbstbestimmten und freudvollen Leben gleich, dann wird nicht nur das gesunde Leben zu einem schönen Leben, sondern auch umgekehrt das schöne zu einem gesunden Leben! Mit dieser Hereinnahme des Schönen in den Gesundheitsdiskurs betreten wir das Forschungsfeld der Ästhetik im Allgemeinen und das der Sozialästhetik im Besonderen. Arnold Berleant (2005), der den Namen „Sozialästhetik" in die philosophische Nomenklatur einbrachte, fasste sie als eine Ästhetik der Situation auf, deren Hauptinteresse im kontextuellen Forschen von Koordinaten und Vektoren von sensuellem Wahrnehmen im interpersonellen Bereich liegt. Damit fokussiert die Sozialästhetik im Besonderen auf das Erleben des Schönen im Mit-Sein im Alltag und damit auch auf das schöne Leben im Miteinander der Menschen. Darüber hinaus spielt die Sozialästhetik auch in der Medizin in den letzten Jahren eine zunehmend bedeutende Rolle, was nicht zuletzt auch in der Gründung eines Instituts für Sozialästhetik und Psychische Gesundheit („Social Aesthetics and Mental Health") an der Sigmund Freud Privatuniversität Wien seinen Niederschlag fand (Musalek 2015a).

Die wichtigsten Zielsetzungen der Sozialästhetik sind die Kultivierung der Interaktion zwischen Arzt und Patient, das Füllen von leeren Ritualen in der Medizin mit Menschlichkeit, die Schaffung von angenehmen, öffnenden Atmosphären bei gleichzeitigem Abbau von für den Einzelnen nur schwer zu überwindenden Schwellen und Barrieren, das Ermöglichen des Erlebens von freudvollen Lebenssituationen und nicht zuletzt auch das Eröffnen von neuen lebensbejahenden Zukunftsperspektiven (Musalek 2010). Die Sozialästhetik als praxis-orientierte Wissenschaft beschäftigt sich demnach vorwiegend mit der Erforschung von Behandlungsformen und Therapiestrategien, die allesamt auf ein schönes Leben ausgerichtet sind. Sie untersucht und analysiert die Lebensräume, Atmosphären und Auren sowie Maßnahmenpakete, in denen bzw. mit denen vom Einzelnen ein solches schönes Leben entwickelt und entfaltet werden kann und die ihm Tore öffnen, das für ihn Mögliche möglich zu machen (Musalek 2012). Damit erlangt das ästhetische Moment und dessen Erforschung in der medizinischen Sozialästhetik auch eine herausragende Rolle einerseits in Hinblick auf die Gesundheitsprävention und anderseits bei der Festlegung von Behandlungszielen und deren Umsetzung in Behandlungsmaßnahmen (Musalek & Poltrum 2011).

SCHÖNHEIT ALS LEBENSRESSOURCE

Schönheit und Schönes sind nicht nur angenehme Zutaten bzw. Beiwerk zu einem funktionierenden Leben (quasi „Zierleisten" des Lebens), sondern echte Kraftquellen des Menschen. Sie geben uns jene Kraft, die nötig ist, um all jenes umzusetzen und zu erreichen, was uns in den Zustand des "well-being" versetzt, der bei langem Fortbestand als gesundes Leben identifiziert wird. Wie kann diese ästhetische Lebenskraft aber generiert werden? Wie kommt man zu einem schönen Leben? Wie entwickelt, entfaltet und schafft man ein Leben, das dann auch über weite Strecken als freudvoll erlebt werden kann? Wie gestaltet man ein Leben so, dass es voll von Lebensfreude ist und damit im Wesentlichen auch zu einem freudvollen wird? Glücklich-sein oder freudvolles Leben sind keine singulären Konzepte, die einfach bestimmte emotionale Zustände einer Person abbilden, sondern sie sind vielmehr hoch komplexe und vielgestaltige, die auch die Intentionen des einzelnen und die Objekte dieser Emotionen umfassen (Macrum 2010). Um diese Intentionen und Erlebnisformen von Lebensfreude und freudvollem Leben zu ermöglichen, braucht es Ressourcen, womit auch das Auffinden und Nützen von solchen im Diskurs des Schönen zentrale Plätze und Rollen einnehmen (Musalek 2015a).

Diese Ressourcen des Schönen als Fähigkeiten und Möglichkeiten zum Schönheitserleben (Musalek 2012) sind keine im konkreten Individuum vorgegebene Größen. Auch das Schöne selbst, also das, was wir als Schönes bewerten, ist ja keine feststehende Größe, sondern von außerordentlicher Plastizität: Wir können das für uns (Noch-)Nicht-Schöne als Schönes erleben lernen; wir können uns dem Schönen öffnen, um es dann auch als ein solches erleben zu können. Wir können uns aber auch dem Schönen verschließen und damit verhindern, dass Schönes auch von uns als Schönes wahrgenommen wird. Es liegt also nicht zuletzt ganz wesentlich an uns, ob und in welcher Form und Intensität Schönes als Schönes erlebt wird. Wir können unsere Erlebnis- und Genussfähigkeit so weit entwickeln, entfalten und kultivieren, dass vieles, das uns vorher noch nicht als Schönes imponierte (und vielleicht auch von anderen noch nicht als Schönes erkannt wird) als solches nun erlebt und verstanden werden kann. Wir sind nämlich von einer schier unbegrenzten Fülle von Schönem umgeben – wir müssen nur lernen, es zu sehen, zu hören, zu riechen, zu schmecken und zu spüren.

FORMEN DES SCHÖNEN

Wilhelm Schmid (2005) unterscheidet zwischen einem *Kunstschönen* (e.g. schöne Kunstwerke in Museen), *Naturschönen* (e.g. Wind in den Haaren, Nachtmond, Morgensonne, Duft des Meeres), *Menschlichschönen* (e.g. äußerliche Beauty: auch ein faltendurchfurchtes Gesicht kann sehr schön sein, die besondere Gestalt eines Menschen, aber auch Gestik, Mimik, Lächeln; innerliche Beauty wie z.B. das Liebenswerte), *Charakterschönen* (z.B. Duldsamkeit, Geduld, Offenheit, Selbstbehauptung, Aufmerksamkeit, Achtsamkeit, Hilfsbereitschaft, etc.), *Beziehungsschönen* (z.B. Liebe, Freundschaft), *Verhältnisschönen* (z.B. Verhältnisse als Lebensumstände – sind meine äußeren Verhältnisse bejahenswert, mein Arbeitsplatz, meine Wohnung, das Krankenhaus in dem ich aufgenommen bin), *Sinnlichschönen* (z.B. der Reiz der Gestalt, Melodie, Berührung, des Gesichts, Geruchs, etc.), *Negativschönen* (z.B. Fehlendes, Disharmonisches, Schmerzmachendes, Angsterzeugendes wie das Schöne des Wahns, das Schöne des Kriminalfilms; die Verneinung als Bejahenswertes, die Ablehnung als das Schöne wie in Jugendkulturen), *Dingschönen* (z.B. auch ein Ding kann bejahenswert sein, z.B. Kleidung, Tassen, Küchengeräte, Möbel, Auto, Stereoanlage, etc.), *Fantasieschönen* (z.B. Traumbilder, geliebte Vorstellung, projizierte Zukunft, Erinnerung an vergangene Erfahrungen; Fotoalbum, Buchlesen) und *Abstraktschönen* (z.B. kühne Idee, hellsichtiger Gedanke, treffliche Formel, Schönheit der Mathematik, Faszination der Zahlen, Schönheit der Transzendenz und Metaphysik).

Das Schöne kann auch nicht einfach auf ein *apollinisch Schönes,* also auf ein Schönes, das sich im gut Balancierten, Symmetrischen, Ausgewogenen und Wohlproportionierten ausdrückt, reduziert werden. Neben diesem apollinisch Schönen ist es vor allem das von Friedrich Nietzsche (1872/1988) mit seinem bahnbrechenden Werk „Die Geburt der Tragödie aus dem Geiste der Musik" in den Schönheitsdiskurs wieder eingebrachte, *dionysisch Schöne,* das uns auf ganz besondere Art und Weise bewegt. Ohne dieses dionysisch Schöne, ohne das Faszinierende, das Begeisternde, Berauschende und das Ekstatische wäre das Leben schal und fahl. Das dionysisch Schöne bringt aber nicht nur Farbe in unser Leben, in dem es uns auf besondere Weise emotional bewegt, sondern das Schöne ist auch ganz wesentliche Kraftquelle. Das Berauschende, Beschwingende, Erheiternde, Bezaubernde, Zauberhafte, Liebreizende, Entzückende, Hinreißende, Fesselnde, Mitreißende, Spannende, Packende, Faszinierende und Begeisternde bis hin ins Ekstatische gibt uns Kraft. Um das Leben als ein schönes und anziehendes zu erleben, braucht es nicht nur das Apollinisch-Schöne sondern ganz wesentlich auch immer das Dionysisch-Schöne. Ein Leben ohne Berauschung, Enthusiasmus und Faszination ist ein uninteressantes und farbloses Leben; es fehlt ihm an Substantiellem und Vitalität.

Sowohl das Apollinisch-Schöne wie auch das Dionysisch-Schöne kann aber ins Gegenteil umschlagen und auf diese Weise für ein Schönheitserleben kontraproduktive werden – dann nämlich, wenn es im Übermaß vorhanden ist bzw. genossen wird. Ein Zuviel an Apollinisch-Schönem wie auch an Dionysisch-Schönem führt unweigerlich in die Anästhesie, also in jenen Zustand von Gefühlsverarmung, in dem das Schönheitserleben auf ein Minimum reduziert wird bzw. überhaupt unmöglich wird. Das Apollinisch-Schöne verliert im Überdosierungsfall viel früher seine Wirkkraft als das Dionysisch-Schöne. Demgegenüber birgt das Dionysisch-Schöne bei Überdosierung noch ein zusätzliches Gefahrenmoment, nämlich jenes des Sich-selbst-verlierens im dionysischen Rausch und dem des nachhaltigen Kontrollverlusts im Begeisternden und Ekstatischen, was letztendlich in eine Selbstaufgabe in süchtigem Trachten nach immer mehr an Rauschhaftem mündet. Diese Form einer von Kontrollverlust geprägten Selbstaufgabe führt ganz unweigerlich ins Desaster und damit zu nachhaltigem Kraftverlust, womit in besonders anschaulicher Weise deutlich wird, welch zentrale Bedeutung der rechten Dosierung des Schönen im Zusammenhang mit Kraftgewinn und Kraftverlust zukommt. Das Erlernen des richtigen Dosierens von Schönem – und hier insbesondere von Dionysisch-Schönem wird damit zur hauptsächlichen Lebensaufgabe, nicht nur für schon Suchtkranke, sondern für uns alle!

SCHÖNES UND „WELL-BEING"

Wenn wir uns mit dem Schönen als Weg zum „Wellbeing" beschäftigen, wenn wir uns die Frage danach stellen, wann unser Leben ein schönes ist, dann sind wir unweigerlich mit dem Problem einer überaus hohen inter- und intraindividuellen Variabilität konfrontiert: Was für den einen schön ist, muss für den anderen noch lange nicht schön sein. Aber auch: Was heute für den einen noch schön ist, kann morgen für ihn nicht mehr so schön sein bzw. umgekehrt, was heute noch nicht als schön erlebt wird, kann morgen schon zum zentralen Schönheitserlebnis werden. Wir können auf das Schöne zugehen, auf dass es uns dann auch zum Schönen wird. Wir können unsere Erlebnisfähigkeit verfeinern und kultivieren, auf dass es uns möglich wird, auch dort Schönes zu erleben, wo wir früher noch unfähig dazu waren. Schönes Leben, als "complete well being" aufgefasst, ist demnach nicht eine feststehende Größe, die es einfach zu erreichen gilt. Lebensschönheit ist nicht eine Insel, so wie die Insel Utopia im gleichnamigen Roman von Thomas Morus (1516/2013); sie ist also nicht einfach der Noch-nicht-erreichte-Ort in einem fernen Meere zu dem wir mit einiger Ausdauer fahren müssen, den wir aber erreichen können, da er uns schon vorgegeben ist.

Schönes Leben im Sinne eines, wie von der WHO geforderten „ complete well being" ist, ganz im Sinne der Bloch'schen Utopie (Bloch 1964, 1959/1998) eine Insel, die erst aus unserem Lebensdunkel entsteht, in dem wir zu ihr aufbrechen, in dem wir uns auf den Weg zu ihr machen, in dem wir sie suchend gestalten und kultivieren. Mit anderen Worten: Es gibt kein schönes Leben auf Rezept, als feststehende Verordnung. Jeder Einzelne kann nur für sich selbst es erschaffend finden. Der Weg ist hier das Ziel: Das Beschreiten des Weges zum Schönen eröffnet uns erst die Möglichkeit zu einem schönen Leben, zu einem immer schöneren Leben. Schönes Leben, im Sinne des „complete well being"

wird dort erreicht, wo wir es schaffen, dieses Mögliche zu einem für *uns* Möglichen zu machen. Das Mögliche möglich zu machen wird damit auch zur zentralen Aufgabe für jedwedes therapeutisches Handeln, das auf das Ziel schönes Leben ausgerichtet ist, also auf eine Zielsetzung die gleichzusetzen ist mit der des Erreichens eines „complete (mental) well being" und damit auch mit demjenigen von (psychischer) Gesundheit selbst (Musalek 2013).

Das hier angesprochene Schönheitserleben ist auch immer ganz unmittelbar an freudvolles Erleben gebunden – Schönes erfreut uns, Freudvolles wird als schön erlebt. Schönes macht also nicht nur Spaß, bereitet nicht nur Vergnügen, sondern lässt uns vor allem auch Freude erleben. Es war in besonderem Maße Erich Fromm (1976), der uns den Unterschied zwischen Spaß und Vergnügen haben auf der einen Seite und Freude erleben bzw. freudvollem Leben auf der anderen Seite lehrte, eine Unterscheidung übrigens die in allen Weltreligionen zielsicher getroffen wird. Fast alle Weltreligionen sind auf Freude ausgerichtet, während sie oberflächliches Vergnügen- und Spaß-haben als zentrales Lebensziel ablehnen. Im letztgenannten Fall handelt es sich nämlich nur um ein kurzfristiges Gipfelerlebnis, das aufgrund seiner Flüchtigkeit nach stetiger Wiederholung ruft. Im Fall der Freude begegnen wir demgegenüber einem Plateauerlebnis, einer über längere Zeitstrecken andauernden Grundgestimmtheit, die auch durch kurzfristige Negativeindrücke nicht so leicht zum Verschwinden gebracht werden kann. Eine sorgfältige Unterscheidung zwischen reinem Vergnügen und bloßem Spaß einerseits und der Freude, dem freudvollen Leben andererseits ist vor allem im Streben nach einem schönen Leben, nach einem „complete well-being" unabdingbar. Freudvolles, schönes Leben kann am ehesten mit Musikerleben gleichgesetzt verstanden werden (Distaso 2009, Levinson 2009) – auch hier geht es nicht nur um kurzes gefühlsmäßiges Aufflackern, sondern um Hingabe an das Schöne in Freude; erst in dieser Hingabe in Freude eröffnet sich einem der Musikgenuss.

Das Erleben des Lebensschönen, das sich Öffnen einem schönen Leben gegenüber und das Nutzen des Schönen als Lebensressource sind daher nicht nur auf primitive Lustbefriedigung oder auf nur oberflächliches Spaß-haben reduzierbar. Beide, primitive Lustbefriedigung und bloßes Spaß-Haben, führen regelhaft zu einem auf das Lustgefühl folgenden Unwohlsein („post coitem omne animal triste est"). Sie sind nicht nachhaltig wirksam und drängen nach Wiederholung, die ihrerseits dann nicht selten zu Überdosierung und damit in eine Anästhesierung mündet. Demgegenüber wird uns das Erleben von Freude nicht zu viel und führt uns auch nicht in die genannte Anästhesierung. Freudvolles Leben steht damit für ein längerfristiges Leben und Erleben von Lebensfreude, im Sinne einer Grundgestimmtheit, die im Spielerischen (Nietzsche 1885/1988, Tonucci 2005) am leichtesten erreicht wird und von einzelnen Ereignissen weitgehend unabhängig ist. Ein solch freudvolles Leben eröffnet uns dann gemeinsam mit einem hohen Maß an gelebter und erlebter Autonomie als Grundvoraussetzung für freudvolles Leben die Möglichkeit zu befriedigender sinnvoller Lebensneugestaltung (Thompson & Stapleton 2009).

DAS ORPHEUS PROGRAMM – GRUNDLAGEN

Die zentrale Aufgabe einer das „well-being", einer das schöne Leben in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellenden Medizin muss es daher sein, Methoden und Handlungsweisen zu entwickeln, die ein freudvolles Erleben des Schönen ermöglichen. Dieses Ermöglichen eines autonomen und freudvollen, also schönen Lebens ist auch das Hauptziel eines Therapieprogramms, das vor einigen Jahren vom Autor im Anton Proksch Institut primär für Suchtkranke entwickelt wurde und als „Orpheus-Programm" bekannt wurde (Musalek 2010). Dieses Orpheus-Programm sieht sich voll und ganz den Maximen einer „human-basierten Medizin" verpflichtet, wie sie schon in ihren Grundpfeilern vor einigen Jahren dem Fachkollegium vorgestellt wurde (Musalek 2005, 2015b). Eine human-basierte Medizin baut, im Gegensatz zu der dem Positivismus und biomedizinischen Thesen verpflichteten evidenz-basierten Medizin, auf den Postulaten der Postmoderne auf: Letzte Wahrheiten (bzw. Objektivität bei deren Erfassung) bleiben uns auf immer verwehrt; alle Beschreibung des Seienden ist immer kontextabhängig und damit veränderlich; die Sprache als Grundlage unseres Denkens ist mehrdeutig und verändert sich in ihrem und durch ihren Gebrauch; der Beobachter bleibt immer Teil des Systems, womit er selbst zur wesentlichsten Vorgabe, der von ihm dann als „objektiv" bezeichneten Ergebnisse wird (Musalek 2015b). Mit diesen Maximen erscheint die Human-basierte Medizin in besonderen Maße geeignet, die heute so weit verbreitete evidenz-basierte Medizin dahingehend zu erweitern, dass sie eindimensionale Sichtweisen überschreitend und überwindend einen mehrperspektivischen Blick (Weiss 2012) auf den Menschen als Ganzes, mit all seinen Möglichkeiten, Unmöglichkeiten und Bedeutsamkeiten ermöglicht (Musalek 2003).

In der Human-basierten Medizin geht es dann eben auch nicht mehr nur um ein Zum-Verschwinden-bringen von Krankheiten, sondern vor allem um Gesundheit im tiefsten Sinn, um Gesundheit als umfassendes Wohlsein (well-being) des Betroffenen durch das Wiedererreichen eines möglichst autonomen und freudvollen Lebens (Taylor & Brown 1988, Bech et al 2003). Um dieses Behandlungsziel zu erreichen genügt es nicht, einfach nur krankheitsbedingte Defizienzen zum Verschwinden zu bringen. Es gilt hier vielmehr die Ressourcen des Einzelnen ausfindig zu machen bzw. dort wo sie fehlen, neue zu generieren (Musalek 2005, 2010). Für eine solche human-basierte Medizin wird damit ein über die herkömmliche kategoriale Zuordnung hinausreichender mehrdimensionaler differentialdiagnostischer Prozess, in den vor allem auch eine Beurteilung der Ressourcen des Kranken in den jeweiligen Lebenslagen miteinfließen muss, zur unabdingbaren Voraussetzung für eine individualisierte modale Therapieplanung und Behandlung. Auch die im Orpheus-Programm festgelegten „Therapieziele" und Behandlungsmodalitäten basieren auf einem solchen mehrdimensionalen differentialdiagnostischen Prozess, wobei hier vor allem den optativen und ästhetischen Ressourcen besonderes Gewicht zukommt. Therapieziele stehen hier deshalb unter Anführungszeichen, weil es sich beim Orpheus-Programm in letzter Konsequenz um ein zieloffenes Behandlungsprogramm

handelt. Die einzelnen konkreten Therapieziele sind hier also nicht fest vorgegeben, sondern werden im Rahmen der Behandlung erst gemeinsam vom Patienten und Therapeuten dialogisch entwickelt und entfaltet. Der Weg ist hiermit primär das Ziel. Konkrete Teilziele entstehen erst dadurch, dass man den Weg zu einem schönen Leben gemeinsam geht.

Vom Therapeuten vorgegebene Ziele wären auch völlig kontraproduktiv, zumal das was schön ist von verschiedenen Menschen höchst unterschiedlich gesehen und bewertet wird. Zu dieser hohen interindividuellen Variabilität hinsichtlich eines schönen Lebens kommt noch eine nicht zu unterschätzende intraindividuelle Variabilität der Schönheitswahl hinzu. Was jemand heute noch als schön und damit erstrebenswert hält, kann aufgrund neuer Erfahrungen und einer damit verbundenen veränderten Empfindungs- und Erlebnismöglichkeit morgen vielleicht schon gar nicht mehr schön bzw. durch anderes Schönes ersetzt sein. Es gilt daher im Behandlungsprozess diese Variabilitäten aufzufinden und auszuloten, um damit immer wieder neue Teilziele definieren zu können bei gleichzeitigem Offenbleiben für Veränderungen auf diesem permanenten Weg zu einem schönen und damit gesunden Leben. Schönes Leben ist nicht ein Zustand, der einmal erreicht allein schon deshalb auch Bestand hat. Ein schönes Leben muss tagtäglich wiedererreicht werden. Nur im dauernden Zugehen auf das Schöne kann es von uns auch einverleibt werden – und auf diese Weise zu *unserem* schönen Leben werden. Aus diesem Grund sind eben auch gerade die optativen und ästhetischen Ressourcen von so zentraler Bedeutung für ein auf schönes und gesundes Leben ausgerichtetes Behandlungsprogramm.

DAS MÖGLICHE MÖGLICH MACHEN

Unter optativen Ressourcen versteht man die Ressourcen des Möglichen. Diese Ressourcen des Möglichen, auch fiktionale Ressourcen genannt, entäußern sich in jenen Kräften, die uns verfügbar werden, wenn wir etwas noch für möglich halten, wenn sich uns neue Möglichkeiten eröffnen (Musalek 2012). Das Mögliche ist nicht einfach nur eine Fähigkeit zum Noch-nicht, sondern eine der wichtigsten Antriebsquellen des Menschen. Schon das Wort Ressource selbst, aus dem Französischen von „source“ (= Quelle) sich herleitend, legt uns nahe, dass es sich dabei nicht nur um Fähigkeiten des Menschen handelt, sondern darüber hinaus auch um Kraftquellen. Solange wir etwas für möglich halten, haben wir auch die Kraft es zu verfolgen und zu erreichen. Wenn wir dieses Etwas nicht mehr für möglich halten, wenn es für uns in unserer Vorstellung unerreichbar wird, dann verlieren wird sofort diese Antriebskraft. Dieses Mögliche, von dem Hölderlin (1799/1800) sagt, es sei das, was „in die Wirklichkeit tritt, in dem die Wirklichkeit sich auflöst, (mit seinem) eigentümlichen Karakter zwischen Seyn und Nicht-Sein …, (wo) das Mögliche real, und das Wirkliche ideal (wird)“ ist nicht einfach nur Vorgestelltes, es eröffnet uns auch nicht nur den Raum für Zukünftiges. Es ist zuvorderst der Nährboden unserer Wünsche und damit eine Kraftquelle der besonderen Art (Musalek 2012).

Deshalb nimmt das Ausloten, Auffinden und Ausleuchten des jeweils für den Einzelnen Möglichen einen so zentralen Platz im Orpheus-Programm ein. Dieses für den Einzelnen mögliche Schöne kann nur im Dialog zwischen Patienten und Therapeuten entfaltet bzw. entwickelt werden. Es kann weder verschrieben oder verordnet werden, noch durch Erziehung oder Training jemandem aufoktroyiert werden. Es hat auch nichts mit dem „anything goes“ (Feyerabend 1975) der Postmoderne zu tun. Ganz im Gegenteil, gerade dieses „anything goes“ kann zur unerträglichen Bürde für den einzelnen werden. Indem ihm vorgegaukelt wird, dass alles möglich ist, gerät er massiv unter Druck, auch all das Mögliche erreichen zu müssen. Da es aber schon aus theoretischen Gründen völlig illusorisch ist, „alles“ erreichen zu können, wird ihm nur umso deutlicher vor Augen geführt, dass für ihn eben nicht „alles“ möglich ist und er damit in seinem Scheitern unrettbar gefangen bleibt. Dass das prinzipiell Mögliche nicht nur Wege öffnet, sondern als Wegbereiter des Unmöglichen solche auch zu verschließen vermag, wurde von Guenda Bernegger (2011) in ihrem richtungsweisenden Vortrag mit dem Titel „Aesthetics of the possible“ beim Symposium der European Society of Aesthetics and Medicine im Februar 2011 in Berlin ganz zurecht betont. Dann nämlich, wenn es sich nur um allgemeine Möglichkeiten handelt, also um Möglichkeiten, die zwar prinzipiell für alle Gültigkeit haben, den Einzelnen aber in seiner Umsetzung völlig überfordern, wird das allgemein Mögliche zum Unmöglichen für den Einzelnen. Je größer die allgemeinen Möglichkeiten zum Schönen, desto größer die Überforderung des Einzelnen und desto öfter und größer auch das Erleben des Unmöglichen (Musalek 2012). Daher muss es oberste Priorität sein, das für den jeweiligen Einzelnen Mögliche in einem dialogischen Prozess auszumachen, um damit eben das Mögliche möglich machen zu können.

Es ist nicht irgendein Mögliches, sondern gerade das mögliche Schöne, das für uns in besonderem Maße attraktiv (von lat. attrahere – anziehen) ist. Das Schöne zieht uns aber nicht nur in ganz besonderer Weise an, es erfreut uns auch nicht nur auf ganz besondere Weise, es ist auch ganz wesentlich (wie bereits oben angeführt) Kraftspender. Neben dem Möglichen, oder richtiger: Im Zusammenhang mit dem Möglichen ist das Schöne damit unsere wichtigste Kraftquelle. Wie viel Kraft habe wir an einem lauen und sonnigen Spätsommertag – und wie viel Kraftverlust erleiden wir an einem feucht-kalten und windigen. Mit wie viel Kraft verrichten wir unsere tägliche Arbeit in einer angenehmen Atmosphäre mit uns freundlich gesinnten Mitarbeitern und Vorgesetzten – wie wenig Kraft haben wir bei gleicher Arbeit, wenn wir sie in einer unschönen, unangenehmen, angespannten Atmosphäre mit uns feindlich gesinnten Kollegen verrichten müssen. Wie viel Kraft gibt uns eine schöne liebevolle Beziehung – und wie viel Kraft kostet uns ein nicht mehr schönes und auch nicht mehr liebevolles Zusammensein-müssen. Diese Kraft des Schönen, die wir als Wille zum Schönen bezeichnen wollen (Musalek 2016), ist es auch, die es im Orpheus-Programm zu mobilisieren und zu nützen gilt.

ORPHEUS UND DIE SIRENEN

Das Orpheus-Programm zielt auf die Überwindung der Attraktivität des Suchtmittels und seiner Wirkungen durch ein Aufladen des Lebens mit soviel Schönem, dass die Suchtmittelwirkung dagegen an Attraktivität verliert. Der Name Orpheus-Programm, der auf die Überwindung der Sirenen durch Orpheus in der Argonautika verweist, ist durchaus programmatisch zu verstehen. In der von Apollonios Rhodios (1997) verfassten Argonautika geht es um die Überwindung des Schönen aber Gefährlichen durch noch Schöneres aber gleichzeitig Gefahrloses. Viel bekannter als der dort festgeschriebene Mythos der Überwindung der Sirenen durch Orpheus, ist jener der Überwindung der Sirenen durch Odysseus, wie wir ihn in der Homer'schen Odyssee (Homer/Hampe1986) nachlesen können. In beiden Fällen sind die Sirenen als frauenähnliche Geschöpfe, die eine ungeheure Anziehungskraft durch ihren wunderbaren Gesang ausüben, Sinnbild für Suchtmittel. Auch Suchtmittel sind höchst attraktiv (im gegenteiligen Fall könnten sie ja nie zu Suchtmitteln werden), gleichzeitig sind sie aber – ebenso wie die Sirenen (Poltrum et al 2011) – höchst gefährlich, ja in vielen Fällen sogar todbringend. Kam man den Sirenen zu nahe, musste man das mit dem Leben bezahlen. Odysseus der Listige wählt zur Überwindung der Sirenen eine Strategie, die durchaus mit jener der herkömmlichen Suchtbehandlung gleichzusetzen ist. Er lässt sich an den Mast seines Schiffes binden und schrammt auf diese Weise mit großer Ausdauer, viel Kraft, Durchhaltevermögen und List an der Gefahr vorbei und bleibt so „abstinent" und erliegt damit auch nicht der zerstörerischen Kraft der Sirenen. Auch in der herkömmlichen Suchtbehandlung wird mit aller Kraft, List und Ausdauer versucht die Abstinenz zu erhalten, um so der zerstörerischen Kraft des Suchtmittels zu entkommen. Orpheus wählt im Gegensatz zu Odysseus eine ganz andere Strategie. Als er mit den Argonauten im Rahmen der Heimholung des goldenen Vlieses zur Insel der Sirenen kommt, nimmt er seine Leier und macht einfach die bessere und lautere Musik und übertönt damit die Gesänge der Sirenen, die auf diese Art und Weise ihrer verführerischen Kraft beraubt werden.

Das ist auch das Grundprinzip des Orpheus-Programms: das Leben mit so viel Schönem anzureichern, dass damit das Suchtmittel an Attraktivität übertroffen wird. Es erfolgt hier also eine Umwertung der Werte – aber nicht nur eine kognitiv-theoretische, sondern auch eine praktisch emotional gelebte. Wir sind nämlich völlig unfähig etwas, das für uns eine hohe emotionale Wertigkeit innehat, einfach kognitiv-theoretisch nachhaltig zurück zu reihen. Natürlich kann man eine rein kognitive Abwertung versuchen, sie wird deshalb aber noch keine Auswirkungen auf unser emotionales Erleben und damit auf unser nachhaltiges Streben haben. Nicht Ideen sondern Emotionen bewegen die Welt (Musalek & Hobel 2002). Überlegungen und Entscheidungen, die nicht emotional mitgetragen werden, haben auf unser tägliches Leben und Erleben keine wesentlichen nachhaltigen Auswirkungen. Denken wir hier nur zum Beispiel an eine große Liebe, die enttäuscht wird und eine Trennung nötig macht. Ganz ohne Zweifel weiß der oder die Enttäuschte, dass es keinen Sinn macht, die Beziehung aufrecht zu erhalten, und doch wird er oder sie sich so rasch nicht emotional lösen können und diesen oder jenen aussichtslosen Versuch eines Wiederzusammenfindens unternehmen. Der noch immer geliebte Partner behält seine emotionale Wertigkeit trotz besseren „Wissens".

Ganz ähnliches beobachten wir auch bei Suchtkranken. Auch sie wissen um die Gefährlichkeit der Suchtmittel und auch um die Nachteile und Enttäuschungen, die ihnen durch sie zuteil werden, und trotzdem bleiben sie auf ihrer emotionalen Werteskala im obersten Bereich. Es ist uns nämlich ein emotionales „Down-grading" ganz und gar unmöglich. Die einzige Möglichkeit, die wir hier haben, ist dass Anderes an emotionaler Wertigkeit so zunimmt, sodass das vorher so hoch bewertete auf diese Weise an Wertigkeit verliert, quasi von den obersten Plätzen verdrängt wird. Das ist auch die Generalstrategie im Orpheus-Programm: Das Leben mit so viel Attraktiverem als dem der Suchtmittelwirkungen anzureichern, sodass das Suchtmittel an Stellenwert verliert. Wir sind in der Regel nämlich auch ganz unfähig, auf eines der drei wichtigsten Dinge in unserem Leben auf Dauer – und möglicherweise sogar ein Leben lang, wie wir das gar nicht selten von unseren Suchtkranken fordern – zu verzichten. Demgegenüber kann es praktisch jeder schaffen, auf das zwanzigwichtigste zu verzichten. Das Orpheus-Programm ist ein solches indirektes „Down-grading-Programm": Durch emotionales „Up-grading" von anderem Schönen und Attraktivem wird das vormals emotional hoch bewertete abgewertet.

Das Hauptproblem bei diesem „Up-grading" von Schönem, diesem Anreichern des Lebens mit Schönem ist der Umstand, dass Schönes nicht verschrieben bzw. verordnet werden kann. Was für den einen schön ist, muss für den anderen noch lange nicht schön sein und umgekehrt. Und – es genügt auch nicht einfach sich für etwas Schönes kognitiv zu entscheiden. Es braucht ein leibliches Verinnerlichen, ein echtes emotionales Erleben, ein vertieftes Spüren des Schönen, auf dass es die emotional so hoch bewerteten Suchtmittelwirkungen von den obersten Rängen verdrängen kann. Schönes ist nämlich nicht einfach nur schön. Wir sind als Menschen dazu befähigt es in besonderer Art und Weise „sinnlich wahrzunehmen", wobei dieses Wahrnehmen nie reines Abbildungsereignis sondern immer auch ein Schaffensprozess ist.

SINNLICHES WAHRNEHMEN, ERFAHREN UND ERLEBEN

Sinnliches Wahrnehmen steht hier für Sinneswahrnehmung im engeren Sinn, also einerseits das *Gegenstandswahrnehmen* als einer Teilmenge und andererseits das *Eindruckswahrnehmen,* den *impressiven Wahrnehmungsmodus* (Berner & Musalek 1989, Musalek 1991) als zweiter Teilmenge. Das Gegenstandswahrnehmen ermöglicht uns Wiedererkennung in Form und Inhalt. So können wir z.B. jemanden, den wir schon einmal trafen, oder einen Ort in dem wir schon einmal gewesen waren, wiedererkennen

oder im Fall eines ersten Treffens ihn zumindest in seinen Einzelheiten beschreiben, also die Einzelheiten, die ihn ausmachen „wiedererkennen". Erkennen ist hier immer auch Wieder-erkennen. Demgegenüber zeichnet das impressive Wahrnehmen für die emotionale Färbung des im Gegenstandswahrnehmen Wahrgenommenen bzw. Wiedererkannten verantwortlich. Es sind in der Regel zum einen Gefühle des Angenehmen und des Vertrauten sowie deren Gegenspieler, die Gefühle des Unangenehmen und Bedrohlichen und zum anderen aber auch Gefühle der Faszination, der Begeisterung bis hin zur Berauschung mit ihren Gegenübern der inneren Leere, des Desinteresses und der Nüchternheit, die das Gegenstandswahrnehmen begleiten.

Von *sinnlicher Erfahrung* kann in Anlehnung an diesbezügliche Ausführungen von Konrad Liessmann (2009) dann gesprochen werden, wenn dieses noch rudimentär sinnlich Wahrgenommene als ein Resultat eines komplexen Prozesses dann eng mit kognitiven Leistungen in Erscheinung tritt. Ästhetische Erfahrungen sind demnach nie allein nur emotionales Reagieren, sie sind aber auch nie allein nur kognitives Geschehen; sie umfassen immer beides: Emotion *und* Kognition. Dabei ist zu betonen, dass den Kognitionen – wie das manche doch auch heute noch als „Kinder der Aufklärung" so gern sähen – keineswegs ein alleiniges Primat zukommt. In der sinnlichen Erfahrung ist es sogar meist umgekehrt: Sinnliche Wahrnehmungen bestimmen ganz wesentlich sinnliche Erfahrungen. Kognitionen wirken hierbei im Wesentlichen nur als modulierende Momente (Musalek 2016). Davon ist auch der amerikanische Philosoph Thomas Alexander (2013) überzeugt, wenn er in seinem jüngst erschienenen Werk „The Human Eros. Eco-ontology and the Aesthetics of Existence" betont, dass „unsere Erfahrungen ganz fundamental ästhetisch und nicht kognitiv geprägt" sind.

„Wenn wir vom Schönen in jene geheimnisvolle Schwingung versetzt werden, die wir meinen, wenn wir von Erfüllung sprechen („vom Schönen ganz und gar erfüllt sein", „im Schönen aufgehen", „sich im Schönen selbst verlieren", etc.), dann wird sinnliche Erfahrung zum *sinnlichen Erlebnis*" (Musalek 2016). Dabei erfährt das sinnliche Erfahren des Schönen als „Schwellenerfahrung" eine solche Ausdehnung und Intensität, dass uns das Schöne in unserer ganzen Leiblichkeit durchströmt. Nietzsche sprach in diesem Zusammenhang von einem uns auf das Schöne und uns im Schönen „rhythmisieren". Er versteht „unsere inneren Rhythmen gleichsam als verlängerte Erkenntnis-Organe: Der Mensch muss alles ihm Begegnende rhythmisieren, es in seine eigenen Formen übersetzen. Erst dadurch eignet er … sich (das Schöne) an" (Carbone & Jung 2012). Nur diese durch und durch leibliche Art und Weise des Schönheitsempfindens nennen wir Schönheitserleben. Sinnliches Erleben ist damit immer auch (zumindest bis zu einem gewissen Grad) Selbstvergessenheit. Sinnliches Erleben ist aber auch ein den ganzen Menschen in all seiner Leiblichkeit betreffender transformativer Prozess. Dabei ist es jedem Einzelnen „aufgegeben, sich der ihm eigentümlichen Rhythmen bewusst zu werden, die Tempi, für die er Atem hat, zu erproben" (ebd. 2012). Hier wird in besonderem Maße deutlich, dass Schönheitserleben immer auch ein Schaffensprozess des Einzelnen ist. Was wir und wie viel wir von Schönem als Schönes erleben, hängt damit nicht nur vom Schönen selbst, sondern vielmehr und ganz wesentlich auch von unseren uns gegebenen oder aber von uns erworbenen Erlebnismöglichkeiten ab.

Diese Erlebnismöglichkeiten weisen eine hohe interindividuelle wie auch hohe intraindividuelle Variabilität auf. Nicht jeder verfügt über die gleichen Erlebnismöglichkeiten wie der Andere – aber auch der Einzelne verfügt nicht zu jedem Zeitpunkt über die gleichen Erlebnismöglichkeiten. Mit anderen Worten: Das Schönheitserleben ist von einem hohen Maße an Plastizität, im Sinne der Veränderungsmöglichkeiten gekennzeichnet. In Zuständen der Anästhesierung zum Beispiel, wie sie im Rahmen von Depressionen oder aber auch unter Alkohol- bzw. Drogeneinwirkung auftreten können, ist eine graduelle Verminderung bzw. letztendlich dann auch ein völliger Ausfall der verschiedenen Perzeptionsformen zu beobachten. Zuallererst wird das Schönheitserleben als höchste Perzeptionsstufe beeinträchtigt bzw. unmöglich gemacht. Erst bei höheren Graden der Anästhesierung fällt auch die Schönheitserfahrung weg und erst bei stärkster Anästhesierung dann zuletzt auch noch der emotionale Anteil der Schönheitswahrnehmung. Das Schönheitserleben hängt aber darüber hinaus auch von unseren individuellen Zugangsmöglichkeiten zum Schönen ab und diese wiederum ganz wesentlich von unserer Offenheit oder Verschlossenheit verschiedenen Arten und Formen des Schönen gegenüber.

Diese Plastizität des Schönheitserlebens macht man sich im Orpheus-Programm insofern zunutze, als es hier eine der wesentlichen Aufgaben ist, Spielräume und Atmosphären zu schaffen, in denen der Einzelne sein für ihn Schönes entwickeln und entfalten kann. Um solche Entwicklungs- und Entfaltungsprozesse zu induzieren und zu katalysieren, braucht es natürlich ein individualisiertes modulares Behandlungsprogramm. Gemeinsame Zielsetzung der einzelnen Behandlungsmodule ist es, zum einen Rahmen und Schutzzonen zur Lebensneugestaltung bereitzustellen, Spielräumen und Atmosphären (genius loci) zu schaffen in denen Selbstfreundschaft und Gastfreundschaft erfahren, aber auch Staunen, Begeisterung und Faszination erlebt werden kann und zum anderen das Fördern von Achtsamkeit und Erreichbarkeit und das Aufzeigen von Veränderungsmöglichkeiten (utopos), damit Krisen als Weggabelung und Chance für einen Lebensneubeginn erlebt werden können. Oberstes Ziel ist dabei, immer wieder jenes Selbstvertrauen und Fremdvertrauen zu erlangen, das ein möglichst selbstbestimmtes und freudvolles Leben in Gemeinschaft mit anderen wieder möglich macht (Musalek 2010).

AUFMERKSAMKEIT UND ACHTSAMKEIT, FÜHLEN UND SPÜREN

Um diese Ziele in der Praxis zu erreichen, wurden im Anton Proksch Institut verschiedene Module zur Lebensneugestaltung entwickelt. Am Anfang des Behandlungsprogramms

stehen Aufmerksamkeits- und Achtsamkeitsmodule.

In diesen Modulen gilt es nicht nur das Fühlen, sondern auch das Spüren des Schönen zu fördern. Nach Alfried Längle (2003) umfasst das Fühlen Emotionen und Affekte, wobei die letztgenannten stimulusabhängige Gefühle sind, die Stimmungen bzw. Gestimmtheiten (die er den Emotionen zuordnet) überlagern können. Dieses Fühlen von Affekten bei Einwirken verschiedener Stimuli zu entwickeln und zu intensivieren, ist die erste Aufgabe in diesen Basismodulen. Dazu dienen ganz einfache Stimulationssituationen, z.B. das barfüßige Gehen über verschiedene Unterlagen oder das Riechen von Düften aus verschiedenen Riechfläschchen, etc. Zuerst soll dabei einfach die sinnliche Diskriminierungsfähigkeit geschärft werden, um sich dann darauf zu konzentrieren, welche Unterlage beim Darüberschreiten bzw. welcher Duft angenehmer ist, welcher ein vertrautes Gefühl hinterlässt, welchen man lieber hat. Erst in einem weiteren Schritt geht es dann darum, was der jeweilige Stimulus mit einem „macht", was er bewirkt, was er verändert. Alfried Längle (2015) differenziert das Spüren vom Fühlen und bezeichnet es als eine intuitive, phänomenologische Wahrnehmungsfähigkeit von Qualitäten.

„Das Spüren ist eine Zusammenschau, das die Sachen im Zusammenhang sieht und daher auch das im Blickfeld hat, worauf eine Sache oder Situation hinausläuft …. Im Spüren achtet der Mensch darauf, „wie etwas zu mir spricht", … was ich von der Sache als solcher spüre. Es ist ein Gefühl, das sich einstellt, wenn man sich in eine Situation versetzt …" (Längle 2015). Wenn wir etwas als schön spüren, dann spüren wir eben wie das Schöne zu uns spricht; wir spüren, was es in mir auslöst und was es mit mir macht. Es handelt sich dabei nicht um das Fühlen eines singulären Affekts, sondern um ein ganzheitliches gefühlsmäßiges Erfassen des Schönen, das dann auch oft nur schwer, wenn überhaupt, in Worte gefasst werden kann. Im Angesicht des uns überwältigenden Schönen bleibt uns „die Luft weg", „die Sprache weg" und wir erleben das Schöne als „ein vom eigenen Körper wegführendes", „intentionales" Gefühltes (vgl. Scheler 1980) in unserer Sprachlosigkeit als Unaussprechliches.

Diese ersten Schritte in den Grundmodulen sind, wie es im ganzen Leben immer die ersten Schritte sind, die schwierigsten des gesamten Orpheus-Programmes. Da die überwiegende Mehrheit der Suchtmittel auch mehr oder weniger anästhetisch wirksam ist, befindet sich der Großteil der Suchtpatienten in einem Status der Anästhesie, also in einem Zustand der weitgehenden Gefühllosigkeit. Viele von ihnen leiden noch zusätzlich an Depressionen wodurch das Nicht-mehr-erleben-können von Schönem noch akzentuiert wird. Suchtkrankheit ist immer ein komplexes Geschehen, das nicht auf einen einzelnen Ursachenfaktor bzw. auch nicht auf eine einzige psychopathologische Symptomkonstellation reduziert werden kann. In der Regel ist es ein Ursachenbündel bestehend aus körperlichen, psychischen und sozialen Faktoren, das dann nicht zuletzt auch aufgrund der mannigfachen Komorbiditäten ein facettenreiches Krankheitsbild bedingt. Eine sich an den Ursachen- und Fortbestands-konstellationen orientierende Suchtbehandlung muss in jedem Fall dieser Komplexität des Krankheitsgeschehens Rechnung tragen (Musalek 2005). Jeder einfache singuläre nur auf ein bestimmtes Kernsymptom fokussierende Therapieversuch muss scheitern. Das Orpheus-Programm ist daher auch nicht als ein zu den herkömmlichen Behandlungsangeboten alternatives Therapieprogramm aufzufassen, sondern als ein zur Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie der Sucht komplementärer Therapieansatz. Lebensneugestaltung, als Hauptzielsetzung des Orpheus-Programms ist nur dann auch realiter umzusetzen, wenn die dazu erforderlichen körperlichen, psychischen und sozialen Rahmenbedingungen vorhanden sind. Umgekehrt reicht ein Schaffen von nur solchen Rahmenbedingungen ganz ohne therapeutische Maßnahmen zur Lebensneugestaltung nicht aus, um die Betroffenen in die Lage zu versetzen, ein über längere Zeitspannen möglichst autonomes und freudvolles Leben auch leben zu können.

KOSMOPOIESIS UND KOSMOPOESIE

Die Grundlage für ein solches im wesentlichen freudvolles Leben wird eben vorerst in den Basismodulen gelegt, die ganz auf die Entwicklung von Aufmerksamkeit und Achtsamkeit ausgerichtet sind, und dann vertieft in weiterführenden Modulen in denen jeder seinen Lebensschwerpunkt im Rahmen eines für ihn schönen Lebens finden kann, wie z.B. in Naturerfahrens- und Naturerlebnismodulen, in Köperwahrnehmungsmodulen, Kreativitiäts-, Kunst- und Kulturmodulen sowie in Selbstreflexionsmodulen und filmunterstützten Kosmopoesiemodulen. Die höchste und zugleich tiefste Form von Schönheitserleben ist das Genießen. Dementsprechend sind auch die Genussmodule, in denen jeder individuell seine Art und Weise des Genießens entwickeln und entfalten kann, die Krönung des Orpheus-Progamms (Musalek 2010). Das Orpheus-Programm ist kein Kosmetik-Programm; es geht hier in gar keiner Weise um vordergründiges Behübschen und Beschönigen – und schon gar nicht um das Schönreden von Unschönem und Scheußlichem. Furchtbares und Scheußliches bleibt Furchtbares und Scheußliches. Das Negative, das uns Bedrohende und uns Beeinträchtigende ist als solches immer ernst zu nehmen und im Sinne des „Amor fati" Ansatzes von Friedrich Nietzsche (1888/1988) auch als solches anzunehmen. Entscheidend ist hier, dann das Beste aus der jeweiligen Gegebenheit zu machen, indem man das Schicksalhafte als Schicksalhaftes akzeptiert und es in ein Schönes zu transformieren sucht (Türcke 2000), um gleichzeitig das Leben mit soviel Schönem anzureichern, dass das Furchtbare und Ablehnenswerte in den Hintergrund des Erlebens gerückt wird.

Die Aufgabe des Therapeuten ist dabei nicht die eines Erziehers oder eines Trainers. Erziehung und Training sind insofern nicht einsetzbare Funktionsformen, als es sich beim Orpheus Programm um ein primär zieloffenes Behandlungsprogramm handelt. Der gemeinsame therapeutische Weg ist oberstes Ziel. Die jeweiligen Teilziele werden von Therapeuten und Patienten im Laufe der Therapie immer wieder neu festgelegt. Die erste Hauptaufgabe des Therapeuten liegt darin, dem Patienten bei seinen erstens Schritten im Orpheus-Programm Stütze zu sein; aber nicht im Sinne der Krücke auf die man sich dauernd stützt, sondern vielmehr im Sinne eines Geländers, das in Anspruch genommen wer-

den kann, wenn man es braucht, das aber allein durch sein Vorhandensein (auch ganz ohne dass man es zur Stütze benützt) schon Sicherheit vermittelt. Die zweite Hauptaufgabe besteht darin sichere Spielräume und öffnende Atmosphären zu schaffen, in denen es dem Patienten möglich wird, seine eigenen ersten Schritte dorthin zu gehen, wo sein für ihn Attraktives, sein für ihn Schönes auf ihn wartet und wo er auch im Falle des Strauchelns und Stürzens keinen so weitreichenden Schaden erleidet, dass es ihm nicht wieder leicht möglich wäre weitere Schritte zu unternehmen.

Die Patienten können in diesen eigens dafür geschaffenen Spielräumen Schritt für Schritt die „pursuit worthiness" (Šešelja & Straßer 2014) der von ihnen selbst entfalteten Lebenstheorie(n) sowie des daraus entwickelten „action plan" ausprobieren, um diesen dann nach entsprechender Evaluation im spielerisch Konkreten so weiterzuentwickeln, dass das für sie Mögliche im Alltagsleben möglich wird. Der Therapeut übernimmt dabei die Rolle des beratenden und helfenden Begleiters, fernab jedweder Erziehungs- bzw. Trainerfunktion.

Auf diese Weise kann es auch gelingen, dass ein für den Patienten mögliches Schönes auch wirklich möglich gemacht wird. Jeder von uns kann so zu einem Kunstwerk werden. Kunstwerk nicht im Sinne des im Museum ausgestellten und dort zu bewundernden Werkstückes, sondern als Kunstwerk im Sinne Hans Georg Gadamers, der Kunst als jenen Inbegriff „… von Können (versteht), der als die gefährliche Begabung des Menschen uns allen bekannt ist. Kunst meint hier also im Sinne der Antike ‚Techné', das Wissen, das wissende Können …" (aus H.G. Gadamer 1987: Zwischen Natur und Kunst – in Viktor v. Weizsäcker zum 100. Geburtstag). Es ist gerade dieses gestalterische wissende Können, das es im Orpheus-Programm zu entwickeln und zu entfalten gilt, um dem Kranken wieder ein möglichst autonomes und freudvolles, also ein für ihn schönes Leben zu ermöglichen. Das Schöne ist dabei unverzichtbares Therapeutikum und oberstes Lebensziel zugleich.

Literatur:

Alexander TM (2013) The Human Eros. Eco-ontology and the Aesthetics of Existence. Fordham University Press, New York

Apollonios Rhodios (1997) The Argonautika. The Story of Jason and the Quest for the Golden Fleece. Transl. Peter Green (Translator). University of California Press, Oakland

Bech P, Olsen RL, Koller M, Rasmussen NK (2003) Measuring well-being rather than the absence of distress symptoms: a comparison of the SF-36 Mental Health subscale and the WHO-Five Well-being Scale. Int J Meth Psychiatr Research 12, 85–91

Berleant A (2005) Ideas for a Social Aesthetic. In: Light A, Smith JM (eds.) The Aesthetics of Everyday Life. Columbia University Press: New York

Bernegger G (2011) Vortrag "Aesthetics of the Possible. Symposium, European Society of Aesthetics and Medicine, 11./12. Februar 2011, Berlin

Berner P & Musalek M (1989) Schizophrenie und Wahnkrankheiten. In: Platt D & Österreich K (eds.): Handbuch der Gerontologie, Band 5, Neurologie und Psychiatrie, pp.297. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart

Bloch E (1964) Radiointerview von Ernst Bloch und Theodor Adorno zum Thema: Möglichkeiten der Utopien heute, aufgenommen NDR 1964 (www.buecherkiste.org)

Bloch E (1959/1998) Das Prinzip Hoffnung. Suhrkamp, Frankfurt/Main

Carbone M & Jung J (2012) Friedrich Nietzsche. Die Kunst der Gesundheit. Karl Alber, München

Distaso LV (2009) On the Common Origin of Music and Philosophy: Plato, Nietzsche, and Benjamin. Topoi 28 (2), 137–142

Feyerabend P (1975) Wider den Methodenzwang. Suhrkamp, Frankfurt/Main

Fromm E (1976) To Have or to Be. Harper & Row, Publisher, N.Y.

Gadamer HG (1987) Zwischen Natur und Kunst. In: Hahn P & Jacob W (eds.) Viktor von Weizsäcker zum 100. Geburtstag. Springer, Berlin

Hölderlin (1799/1800) Das untergehende Vaterland. In: Sattler DE (Hg.) Hölderlin: Sämtliche Werke. Frankfurter Ausgabe. Bd. 14. Luchterhand, Frankfurt/M.

Homer (1986) Odyssee. Übersetzer: Roland Hampe. Reclam, Stuttgart

Kupke C (2011) Subjekt, Individuum, Person - drei Begriffe und ihre psychiatrische Relevanz. Vortrag, Symposium „Der Begriff der Person in der Psychiatrie und Psychotherapie". DGPPN Kongress Berlin 2011. Newsletter des Referats Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie 17 (Nov. 2011)

Längle A (2003) Emotion und Existenz. Facultas Verlag, Wien

Längle A (2015) Emotion, Ästhetik und Existenz. Zur Bedeutsamkeit von Wert und Schönheit für ein erfülltes Leben. In: Poltum M & Heuner U (eds) Ästhetik als Therapie. Therapie als ästhetische Erfahrung. Festschrift zum 60.Geburtstag von Michael Musalek. Parados Verlag, Berlin

Levinson J (2009) Philosophy and Music. Topoi 28 (2)119–123

Liessmann KP (2009) Ästhetische Empfindungen. Facultas Verlag., Wien

Macrum JA (2010) An Introductory Philosophy of Medicine. Humanizing Modern Medicine. Springer Science, 11

Morus T (1516/2013) Utopia. Marixverlag, Wiesbaden

Musalek M (1991) Der Dermatozoenwahn. Thieme, Stuttgart-New York

Musalek M & Hobel B (2002) Der Affekt als Bedingung des Wahns. In: Fuchs T, Mundt C (eds.) Affekt und affektive Störungen. Phänomenologische Konzepte und empirische Befunde im Dialog. Ferdinand Schönigh Verlag, Paderborn

Musalek M (2003) Meaning and causes of delusions. In: Fulford, B., Sadler, J., Stanghellini, G., Morris, K. (eds.) Nature and Narrative. International Perspectives in Philosophy and Psychiatry, Oxford University Press

Musalek M (2005) Unser therapeutisches Handeln im Spannungsfeld zwischen Warum und Wozu – Krankheitskonzepte und ihre Auswirkungen auf die tägliche Praxis. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 3/4, 5–22

Musalek M (2010) Social aesthetics and the management of addiction. Current Opinion in Psychiatry 2010, 23; 530–535

Musalek M, Poltrum M (2011) Ars Medica. Zu einer neuen Ästhetik in der Medizin. Parodos, Berlin

Musalek M (2012) Das Mögliche und das Schöne als Antwort. Neue Wege in der Burn-out-Behandlung. In: Musalek, M, Poltrum, M. (eds.) Burnout. Glut und Asche. Parodos: Berlin

Musalek, M (2013) Health, Well-being and Beauty, Topoi 32, 171–177

Musalek M (2015a) Institut für Sozialästhetik und Psychische Gesundheit. Institute for Social Aesthetics and Mental Health – Aufgaben und Ziele. http://sozialaesthetik.sfu.ac.at

Musalek M (2015b) Human based Medicine – Theory and Practice. From Modern to Post-modern Medicine. In: Warnecke T (ed.) Psychotherapy and Society. UKCP Book Series. Karnac Publisher

Musalek M (2016) Der Wille zum Schönen. Auf dem Weg zu einem schönen Leben. Parodos, Berlin (in Druck)

Nietzsche F (1872/1988) Die Geburt der Tragödie fröhliche Wissenschaft. In: G.Colli, M.Montinari (Hrsg.) Friedrich Nietzsche Sämtliche Werke. Band 1. Kritische Studienausgabe. De Gruyter 1988

Nietzsche F (1885/1988) Also sprach Zarathustra. In: G.Colli, M.Montinari (Hrsg.) Friedrich Nietzsche Sämtliche Werke. Band 5. Kritische Studienausgabe. De Gruyter 1988

Nietzsche F (1888/1988) Nietzsche contra Wagner. In: G.Colli, M.Montinari (Hrsg.) Friedrich Nietzsche Sämtliche Werke. Band 6. Kritische Studienausgabe. De Gruyter 1988

Nordenfelt L (1995) On the Nature of Health: An Action Theory Approach, second edition. Kluwer, Dordrecht, The Netherlands.

Poltrum M, Gruninger N, Musalek M (2011) Musen und Sirenen – Orpheus als Psychotherapeut. In: psycho-logik. Jahrbuch für Psychotherapie, Philosophie und Kultur. Verlag Karl Alber. 2011)

Scheler M (1980) Der Formalismus in der Ethik und die materiale Wertethik. 6. Auflage. Francke, Bern.

Schmid W (2005) Schönes Leben? Einführung in die Lebenskunst. Suhrkamp: Frankfurt/M.
Šešelja D & Straßer C (2014) Epistemic justification in the context of pursuit: a coherentist approach. Synthese 191 (13), 3111
Taylor SE, Brown JD (1988) Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. Psychological Bulletin 103, 193
Thompson E, Stapleton M (2009) Making Sense of Sense-Making: Reflections on Enactive and Extended Mind Theories. Topoi 28 (1), 23
Tonucci F (2005) Citizen Child: Play as Welfare Parameter for Urban Life. Topoi 24 (2), 183
Türcke C (2000) Das Leben ist schön. Nietzsches amor fati im Kino. Der blaue Reiter. Journal für Philosophie 12, 65
Weiss B (2012) Perspectives and the World. Topoi 31 (1), 27–35
Whitbeck C (1981) A theory of health. In: Concepts of Health and Disease: InterdisciplinaryPerspectives, Caplan, A.L., Engelhardt, H.T., Jr., McCartney, J.J., eds. London: Addison Wesley, pp.611–626.
World Health Organisation (1949) Preamble to the Constitutions of the World Health Organisation as adopted by the International Health Conference New York, 19–22 June 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 states (Official Records of the World Health Organisation, No 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948 (the definition has not been amended since 1948)

Anschrift des Verfassers:
Univ.Prof. Dr. Michael Musalek
Anton Proksch Institut Wien
Gräfin Zichygasse 4–6
A – 1230 Wien
Tel.: 01-88010-101
Fax: 01-88010-92000
michael.musalek@api.or.at

DIE ZUSTIMMUNG IN DER SÜCHTIGKEIT

Ein existenzanalytischer Zugang

Alfried Längle

Abhängigkeit ist Behinderung des Person-Seins. Diese überaus starke psychische Bedürftigkeit zwingt den freien Willen regelmäßig, sich ihr zu unterwerfen. Der Wille beugt sich und spielt mit. Das bringt Entlastung. Das Üble daran: Der Wille handelt gegen das eigene Person-Sein, der Mensch also gegen sich. Der Mensch ist sich selbst zum Feind geworden, in einen Zustand der Selbstzerstörung geraten. – Um aus diesem autodestruktiven Umgang wieder herauszukommen, bietet sich eine systematische Bezugnahme zur eigenen Person an, um sich in ihr wieder verankern zu können und allmählich aus dem Wesentlichen leben zu können. Dazu werden Übungsschritte und eine Methode zur Stärkung der personalen Kräfte vorgestellt, die an der Akzeptanz der Sucht ansetzen und über diesen Weg versuchen, der Person wieder mehr Spielraum zu verschaffen und die Abhängigkeit von innen heraus zu überwinden.

SCHLÜSSELWÖRTER: Sucht, Wille, Freiheit, Selbst-Akzeptanz

CONSENT IN ADDICTION
An existential analytical approach

Dependency is obstruction in being person. This exceedingly strong psychological neediness regularly forces the free will to submit itself. The will gives in and plays along. This brings relief. The nasty thing about it: The will acts against one's own being as a person, the human being against itself. The human has become an enemy of itself, come to a state of self-destruction. – In order to escape this auto-destructive behavior, a systematic reference to one's own person is helpful in order to anchor oneself again and to gradually live from what is significant. For this purpose, training steps and a method for enforcing personal strengths are presented which starts at the point of acceptance of addiction and this way attempts to provide further scope for the person and overcome dependency from within.

KEYWORDS: addiction, will, freedom, self-acceptance

1. UNFREIHEIT UND LEIDEN

Sucht ist Abhängigkeit. Durch Sucht „siecht" die Seele (Sucht kommt von siechen). Abhängigkeit ist jedenfalls Unfreiheit – und das bedeutet im Rahmen des Menschseins: *Scheitern des Willens.* Ist Sucht daher der „sieche Wille"? – Dem soll hier nachgegangen werden.

Doch ist zu fragen, ob das „Siechen des Willens" spezifisch für Suchtkrankheit ist? Ist das Scheitern des Willens nicht ein durchgängiges Thema der Psychopathologie? Ist nicht Psychopathologie definiert als Einschränkung der Freiheit, so dass das Handeln nicht mehr dem Willen folgt? Diese existentielle Entfremdung stellt die Grundlage für die Definition von psychischen Störungen und Krankheiten in der Existenzanalyse (EA) dar. Existentiell gesehen bedeutet psychische Störung bzw. Krankheit, dass wiederholt und in der gleichen Art etwas nicht getan werden kann, das man selbst aber als wertvoll, wichtig und richtig ansieht (Längle 1992). Ähnlich definiert Heinz (2014) Krankheit im weitesten Sinne als Bedrohung „menschlicher" Funktionen – zu denen auch der Wille zu zählen ist.

Wir sollten die Problematik der Sucht weiter fassen. Es gehört wohl zum Menschsein dazu, immer wieder „schwach" zu sein; und es sind typische Erlebnisweisen besonders von Patienten, dass man es wiederholt nicht schafft, dem zu folgen, was man als vernünftig ansieht, das zu tun, was man „eigentlich will" und „einsieht", was das Richtige wäre, was man als Forderung und als wichtig ansieht und dem man ja doch zugestimmt hat. So beschreibt sich z.B. die Patientin mit einer neurotischen Depression angesichts ihres schlechten Gewissens: „Ich schaffe es einfach nicht, weniger zu arbeiten, mich mehr abzugrenzen, früher aus der Arbeit nach Hause zu gehen und mehr das zu tun, was *ich* will!" Aber auch in seelischen Leidenszuständen, die nicht in den gängigen Nomenklaturen des ICD oder DSM aufscheinen, kann diese Abhängigkeit aufbrechen und kann die Frage nach Selbstentfremdung und „eigentlichem Ich" inmitten starker Strebungen von innen und von Attraktionen von außen leidvoll werden – und es handelt sich noch längst nicht um eine Pathologie. Der Patient z.B., der seine Ehe weiterführen möchte, erlebt die Attraktivität seiner Freundin durchaus als etwas Ähnliches wie eine Sucht. Er schafft es über Wochen und Monate einfach nicht, den Kontakt zu ihr abzubrechen und kein SMS mehr zu schicken bzw. die ihren nicht zu lesen. Weder er noch sie schaffen es, „bringen es nicht übers Herz", gar nicht zu wissen, wie es dem jeweils anderen geht. – Abhängigkeit? Echte Liebe? Körperliche Attraktion?

So stellen sich in dem Zusammenhang grundlegende Fragen des Menschen: Was weiß der Mensch, wer er ist und was das Echte ist? Was wissen wir, was die Freiheit ist – das Vernünftige etwa, also dem folgen zu können, was uns verständlich ist? Oder besteht die Freiheit darin, das zu tun, was weniger Leid verursacht? Soll Freiheit also leidenschaftslos sein? Oder ist Freiheit das Folgen-Können dem inneren Gespür, dem eigenen Wesen?

Wir können die Einsichten über Sucht und den Umgang mit der Suchtproblematik für die Behandlung von psychopathologischen Phänomenen generell nützen – und vielleicht auch darüber hinaus für das eigene Leben.

Der Aspekt der Psychopathologie in der Sucht zeigt auf, dass das Leiden in der Sucht besonders stark mit der *Ohnmacht des Willens* verbunden ist, und weniger mit Themen wie Unsicherheit des Daseins wie beim Ängstlichen, mit der Wertlosigkeit des Lebens wie beim Depressiven, mit der

Selbstentfremdung wie beim Hysteriker, oder mit dem Realitätsverlust wie beim Psychotiker. Darum steht in der Sucht das Erleben der *Abhängigkeit* im Vordergrund – und Abhängigkeit meint eben Unfreiheit. Man kann nicht tun, was man will – man kommt vom Stoff oder vom Spiel nicht los. Diesem Phänomen soll nun vertiefend nachgegangen werden.

2. DER WILLE IN DER SUCHT

Suchttherapie ist daher in erster Linie *Therapie der Unfreiheit* – Suchttherapie, die sich auf den Fokus des leidvollen Erlebens konzentriert, hat sich insbesondere mit Motivation, Freiheit, Verantwortung, Existenz – und darin eben besonders mit dem Willen auseinanderzusetzen.

Hier sind zwei häufige Missverständnisse im Zusammenhang mit dem Willen anzusprechen und zu klären: Wem folgt der Wille und was tut der Wille in der Sucht?

2.1 Wem folgt der Wille?

Der Wille ist eine praktische Fähigkeit des Menschen, durch den er handlungsfähig wird. Handeln heißt, einen Willen auszuführen. Wille ist daher Handlungsbeauftragung des Ich an sich selbst.

Doch interessiert nicht nur die Auswirkung des Willens, sondern in unserem Zusammenhang vor allem die Entstehung des Willens. Wem folgt der Wille? Folgt er dem Ich? Anders gefragt: Kann ich festlegen, was ich will? – Das wäre doch zu bejahen. Das eben *ist* der Wille, dass *ich* festlege, was *ich* tu. Ich entscheide und entschließe mich und schaffe so den Willen zum Handeln – aber: auf *Grund* von was?

Bei der Entstehung des Willens erfährt der Mensch eine Begrenzung. Er erlebt, dass die Freiheit begrenzt ist, denn ich kann *nicht wollen, dass ich etwas will.* Ich kann nicht beliebig über mich verfügen. Z.B. Ich will jetzt den Artikel weiter lesen – ich kann aber nicht einfach über mich beschließen, dass ich das nicht mehr wollen soll, wenn ich es tatsächlich will. Da müssten schon gewichtige Gründe (Werte) vorliegen, die mich überzeugen, das Lesen jetzt abzubrechen.

Es braucht gewichtige Werte, um von der Sucht zu lassen. Denn wenn man etwas will, dann will man dies *auf Grund* von etwas. Eine Änderung des Willens ist an das Sehen und Spüren von anderen, noch bedeutungsvolleren Werten gebunden.

Es ist ein häufiger, *kognitivistischer Irrtum,* dass der maßgebliche Grund für ein Wollen die Vernunft sei. Der Wille folgt nicht der Vernunft. Der Wille folgt immer dem aktuell subjektiv empfundenen größten *Wert.* Das kann natürlich auch die Vernunft sein, aber sie muss es nicht sein. Darum hat Suchttherapie keine Chance, solange dem Willen keine anderen Werte erlebnisnahe zur Verfügung stehen und keine neuen Beziehungen zu anderen, nicht suchtgebundenen Werten aufgebaut und die alten Beziehungen zu den attraktiven Stoffen abgebaut oder gestoppt werden. Der Wille kann nicht anders als dem subjektiv empfundenen *aktuellen größten Wert seine Zubilligung* zu geben. Das ist die Aufgabe des Willens. Er steht somit im Dienste der Grunddimensionen der Existenz: der Sicherheit, des Lebens, des Selbst-Seins und des Sinns – und hat all das zusammenzubringen (Längle 2013).

Wenn aber die Werte keine existentielle und vitale Sättigung mit sich bringen, wenn sozusagen das Leben leer ausgeht mit ihnen und die Lebensinhalte einen nicht berühren, wenn es an der Ernährung des Vitalen und der Freude am Leben mangelt, weil man sich von diesen getrennt erlebt aus welchen inneren und äußeren Gründen auch immer, greift der Wille zum Ersatz: „In der Not frisst der Teufel Fliegen!“, sagt der Volksmund, so wie sich der Wille mit dem Ersatz begnügt. So kann es vorkommen, dass durch Mangelzustände und Gewöhnungen, durch Trainings und Konditionierungen oder durch Wahrnehmungsverzerrungen Inhalte einen so hohen Wert (so viel Attraktivität) erhalten, dass sie trotz ihrer Schädlichkeit (für einen selbst oder für andere) umgesetzt werden. Solcher Wille ist aus dem Ruder geraten, denn sein eigentliches Programm ist das Streben nach lebensfördernden Werten. Dann braucht es neue Wertwahrnehmung, Entzerrung der Verschiebungen, neues und erweitertes Fühlen, Aufarbeiten der Blockaden und Hindernisse.

Wille ist die „Ausrichtung auf einen Wert“ (Längle 2012). Der gesunde Wille verliert natürlich die Grundstrukturen der Existenz (Grundmotivationen) und darin besonders den Wert des eigenen Lebens und den Selbstwert nie aus dem Auge.

Aber durch die immer mächtiger werdende Attraktion eines Objektes können die inneren Werte überstrahlt werden. Dann wird die Ausrichtung des Willens zunehmend vom Objekt gesteuert. Schließlich kann der Wille darin fixiert werden, wenn es auf Grund des Werte-Mangels keine vergleichbar großen anderen Werte mehr gibt. Dann geht die Freiheit der Wahl und des Lassen-Könnens verloren und die Entschlussfreiheit wird durch diese mächtige, innerlich fokussierte Attraktivität gebunden oder überrannt. Subjektiv kann ein Gefühl des Müssens angesichts dieser mächtig attraktiven Objektbeziehung entstehen. Wenn dabei der Bezug zum Eigenen, zum Wesen, zum Gewissen verloren geht und der Zustand anhält, entsteht die „Abhängigkeit“, die „Sucht“. Prinzipiell ist dieses Gefühl des *Müssens* nicht von vornherein als Abhängigkeit zu verstehen. Wenn es Ausdruck der Freiheit ist, weil es wesensgemäß ist, dann besteht keine Fremdabhängigkeit, sondern „Selbstabhängigkeit“ und „Realitätsabhängigkeit bzw. Bedingungsabhängigkeit“ – gerade das nennen wir Freiheit (Längle 2012). Das ist z.B. die Erfahrung, dass man in einer Situation nicht mehr schweigen kann, sondern etwas sagen „muss“, weil man sich sonst untreu würde. In der Sucht hingegen ist dieses Müssen des starken Willens durch die Attraktivität eines Außen aufgedrängt. Der Wille ist nicht in Übereinstimmung mit der Person, ist nicht mit dem eigenen Wesen verbunden.

Diese Überlegungen bilden einen psychologischen Verstehenshintergrund für das *Craving,* jenem starken, hemmungslosen, gierigen Verlangen nach dem Stoff.

2.2 Was tut der Wille in der Sucht?

a) Phase der zunehmenden Einengung: Lange bevor man von Sucht sprechen könnte setzt ein Prozess ein, bei dem die Aufmerksamkeit zunehmend von einem Inhalt bzw. Thema (z.B. der Wirkung des Alkohols, dem Reiz des

Spiels) absorbiert wird. Sie wird *fokussiert,* durch wiederholtes und immer häufigeres Hinschauen aufgebaut. Immer mehr Interesse kommt auf, im häufigeres Daran-Denken setzt ein: Wie riecht das? Wie wäre das? – Statt eines Beharrens in der Haltung: „Ich will das nicht, das kommt nicht Frage" wird zunehmend phantasiert, ausgemalt, geträumt, gewünscht und man wird allmählich ganz erfüllt von dem Thema. Durch die Aufmerksamkeit entsteht eine Offenheit für die Attraktivität des Objekts, das werthaft und lustvoll empfunden wird. Der vorher bestandene Widerstand des Willens wird langsam *mürbe.* Angesichts des größer werdenden Wertes lässt der Wille von seinem natürlichen Bezogensein auf das Lebensfördernde und auf das Gewissen (und auf die Grunddimensionen der Existenz i.a., den GM) ab. Nun schlägt sich auch die Rationalität auf die Seite des Scheinwertes (Rationalisierung). Der Wille wird dadurch erst recht geködert, gibt den Widerstand (Haltung) auf, lässt nun geschehen. Man geht vielleicht – noch unentschieden – auf ein Spiel ein, indem man sich einer Situation testend aussetzt, die eine Versuchung darstellt. Packt einen die Situation – dann kann man ja nichts dafür… Durch diesen Prozess verliert der Wille seine Vitalität des ursprünglichen Widerstands, weil die *Psychodynamik* vitale Bedürfnisse ins Spiel bringt. Diese hat der Wille zu berücksichtigen. Denn der Wille ist auch zuständig für die Integration der Psychodynamik, wie er für alle Strebungen zuständig ist. Dazu kommt: ein Wille, der nicht im Einklang mit der Psyche steht, ist hohl, kraftlos, eher eine *Willenshülse.*

Man sagt sich vielleicht noch rationalisierend: „Eigentlich will ich nicht, aber unter diesen Umständen ist es eine Ausnahme…! – Keine Regel ohne Ausnahme. Sonst mach ich das ja nicht…" Dabei gibt man auf der Seite des Selbstbezugs nach und gibt sich nun der lebensbezüglichen und objektbezüglichen Seite hin.

b) Bann der Attraktion: Wird die Wirkung eines „Wertes" als so stark empfunden, verblassen alle anderen Werte daneben. Durch die Einengung der Aufmerksamkeit werden sie zunehmend aus dem Auge verloren. Der Wille stellt sich auf die Seite des Lustgewinns, weil das der *intensivste Wert* ist. Der Wille kann gar nicht anders, als sich den am stärksten empfundenen Werten zuzuwenden. So kommt es zur *Einwilligung.* Innerlich ist sie begleitet von dem Gefühl: „Wenn ich das *nicht* tue – was habe ich dann vom Leben?" Dem intensivsten Wert nachgehen verspricht eine Art „Verlötung" mit dem Leben; ist wie Leben auftanken. In der Sucht wird das besonders stark empfunden. Sucht spielt sich das *Drama der unerfüllten Lebenslust* ab.

Es ist für das Verständnis der Sucht wichtig, keine falsche Vorstellung vom Willen zu haben. Wille wird oft mit Vernunft gleichgesetzt. Wille wäre demnach nur Wille, wenn er das tut, was als vernünftig angesehen wird. Oder wenn er dem Gewissen folgt. Der Wille ist jedoch anders strukturiert. Er *integriert* alle Strebungen und Kräfte im Menschen, die von innen wie die von außen (Längle 2012, 20f), und hat die Aufgabe, uns funktionstüchtig in der Welt zu halten. So bildet sich unerfüllte Lebenslust im *Willen* ab: „Ich würde mich gegen mich und mein Leben entscheiden, wenn ich das nicht täte!"

3. DER GESPALTENE WILLE IN DER SUCHT

Im Allgemeinen hält man den Süchtigen für willensschwach. Er wird immer wieder verführt und kann nicht tun, was er will. Der Süchtige[1] selbst erlebt es aber nur anfangs so, dass sich die Sucht *gegen den eigenen Willen durchsetzt.* Bald schon spürt er ein immer stärker werdendes Drängen, das sich wohl gegen Vorstellungen, Pläne, Gewissen usw. aufbaut – aber eben doch ein *Wollen* ist („das mag ich jetzt – das brauch ich jetzt – das will ich jetzt!").

Die Sucht geschieht nicht wie ein *Raptus* in bewusstlosem Zustand, der einen hinwegrafft. Sie ist auch keine Halluzination und auch kein Traumwandeln. Der Süchtige ist *voll dabei* und will das Suchtgeschehen mit aller Energie – zwar mit Tunnelblick, aber er will die Sucht selbst dann, wenn ihr Betreiben belastend ist, Energie, Zeit, Geld oder gar Kriminalität braucht und Schuldgefühle erweckt. Die Handlung geschieht bewusst, d.h. mit *Einverständnis,* selbst wenn man sich gedrängt fühlt. Man gibt sein OK, sein Ja in der Sucht – sonst wäre man gar nicht in der Lage, ihr Geschehen zu planen und die Mühe auf sich zu nehmen, denn auch das geschieht willentlich.

Der Wille unterliegt im Suchtgeschehen einem typischen Wandel, der ihn „wie gespalten" macht:

- Der Wille ist in der Sucht einerseits *schwach,* ist mürbe geworden. Er folgt nicht dem „Richtigen", nicht dem, wo man als Person dahinter steht. Darum empfindet man *Schuld,* so lange man es noch anders machen könnte.
- Der Wille ist gleichzeitig *stark* in der Sucht – sehr stark sogar und vital in seiner Fixierung auf den überhöhten Scheinwert und setzt alles daran und plant im Voraus, um sein Ziel zu erreichen.

Wie ist dieser Vorgang *anthropologisch* zu verstehen? – Die Grundlage für diesen Shift des Willens ist, dass sich der Wille nicht mehr an die Person anbindet, sondern zunehmend von ihr abgelöst wird. Es kommt zu einer *Abspaltung des Ichs (Willens) von der Person.* Die natürliche Ausgangsposition des Willens ist seine Verbundenheit mit der Person. Während der Wille nun langsam abgesogen wird und in die Sucht gleitet, steht hinter diesem Wandel des Willens noch immer (leise sprechend) das Gewissen. Es sagt, dass es nicht richtig sei, wohin der Wille langsam tendiert. Aber das Erleben der nächsten Rumkugel z.B. macht es mundtot: das Erleben ist so viel besser und intensiver, dass es das Gewissen überstrahlt. Dadurch kommt es zu einer *„Enttrohnung der Person"*, eben zur Entkoppelung des Willens von der Person – sie verliert ihre Präsenz im nun (unter Druck oder Sog stehenden, aber doch) gewollten Handeln.

Das bringt Licht in den scheinbaren Widerspruch des Süchtigen, der einerseits etwas „bewusst" tut, andererseits aber „gegen seinen Willen". Denn tatsächlich handelt er im Suchtgeschehen nicht gegen seinen Willen, sondern *mit* seinem Willen. *Der Süchtige ist nicht willenlos!* Aber er ist unpersönlich. Er handelt gegen sein Gewissen, gegen sich als Person; statt sich zu folgen, folgt sein Wille den psychodynamisch empfundenen Defiziten: dem Bedürfnis, Begehren, Verlangen oder der Sehnsucht (sie spiegeln die existentiellen Grundmotivationen – vgl. Längle 2016, 135ff).

[1] Der leichteren Lesbarkeit halber wird das generische Maskulinum verwendet.

Der Wille (also das Bereitschaftspotential) schlägt sich auf die Seite der Lust und des Versprechens von mehr Leben und ist durch die (wiederholte) Erfahrung nun dort *fixiert.* Diese starke Bindung, ja geradezu Fixierung des Willens ist das Problem. Während der Verführung *will man die Verführung,* zunächst; nach der Verführung aber nicht mehr. Das ist das „Kranke" am Willen, dass er nicht mehr auf der Seite der Person steht. Es ist ein „uneigentliches Wollen", wie es Spaemann (1996, 210) bezeichnet. Dass man die Verführung selbst wollte, in sie eingewilligt hat, ist darum im Nachhinein so enttäuschend. Vor und während der Verführung entsteht ein Gefühl, als ob das *Leben leer, nur halb* wäre, wenn man es nicht täte, und man nimmt die Konsequenzen auf die leichte Schulter. Dafür hat man dann wenigstens „einmal gelebt", auch wenn man danach leiden muss …

Das für ein existentielles Verständnis *Wichtige* und vielleicht Überrahende daraus ist:

Die Sucht passiert nicht gegen den Willen!

Das ist geradezu das *„Teuflische"* an der Sucht, dass der *Wille dahinter* steht. Dass man selbst gegen sich arbeitet, während man vom Gefühl her noch immer meint, man hole sich mehr Leben.

Die *Tragik* der Sucht aber ist, etwas zwar *intensiv zu wollen* und letztlich doch *nicht dahinter zu stehen!* Es ist das Problem der Suchtbehandlung, den Willen bewegen zu können, dass er sich wieder auf die Seite der Person schlägt. Willensarbeit ist daher zentral für Sucht-Prävention und Suchtbehandlung. Wir erkennen hier: Der *Süchtige will seine Sucht* leben – aber ein großes Problem dabei ist: dass er sich das oft nicht eingesteht, sich dessen nicht bewusst ist, sich vor seinem Gewissen und den anderen schämt. Wenn der Süchtige die Sucht wirklich nicht mehr wollte, dann käme er aus ihr heraus. – Diese Denkweise mag viele überraschen, ist geradezu paradox gegenüber dem gängigen Verständnis der Sucht. Doch halten wir uns einfach vor Augen: Wäre der Wille bei der Sucht nicht beteiligt, dann könnte man keine Psychotherapie machen! Denn bei voll determinierten Abläufen (etwa physiologischen wie den Darmgeräuschen) gibt es keinen psychotherapeutischen Zugang.

Die Rolle des Willens bei der Sucht nicht so zu sehen wäre daher eine Täuschung, könnte sogar auf Selbstbetrug hinauslaufen und eine Scheinmoral befördern, bei der man die Sucht kognitiv ablehnt, aber ungehindert weiterlebt. Hier kann bereits das einsetzen, was in der Sucht so häufig ist: die Lüge. Und hier kann auch die Gesellschaft daran beteiligt sein, Lügen aufrecht zu erhalten. – Das eigentliche Problem der Sucht und ihrer Therapie ist, dass der Süchtige nicht wirklich aufhören will… Er kann eben davon nicht lassen. Aber ohne Lassen-Können kann sich das Wollen nicht auf die Person einpendeln (Längle 2012). Ohne Lassen wird der Blick nicht frei für die Ganzheit, für das, was der Mensch „soll". Schon Mattias Claudius hielt fest: „Frei ist, wer wollen kann, was er soll" (Claudius 1829).

4. DIE APERSONALITÄT DER SUCHT

Ein wenig mehr soll noch über das Verhältnis von Wille und Person geschildert werden. Wir sahen: In der Sucht ist der Mensch nicht willenlos, aber a-personal. Sucht ist genauer besehen nicht das Problem des Willens – sondern des nicht mehr Berührt-Werdens von realen Werten. Der Wille funktioniert normal – aber der Wille ist nicht getragen von einer Emotionalität, die offen ist für das breitere Spektrum der Realität von Werten. In dieser Einengung des Horizontes kann sich der Wille nicht mehr ausreichend auf die eigene Person beziehen. Das Problem ist nicht eigentlich eine Schwäche der Willenskraft und das fehlende Funktionieren des Willens, sondern die verzerrte Wahrnehmung der Referenzgrößen des Willens. Das Angebot an erlebten, gefühlten Werten ist in der Sucht eingeschränkt. Das ist meistens auch gepaart mit entsprechenden Haltungen (z.B. Wunschhaltung, Leidvermeidung) und Psychodynamiken (z.B. Vermeidungsverhalten, Autoaggression), wodurch die Beziehung zu sich selbst gestört wird. Wie auch immer es dazu gekommen ist, es liegt in der Sucht das Phänomen des *entfremdeten Willens* vor: Der Wille ist zwar da, aber die Aktivierung der Person und der offene, gefühlte Bezug auf die Welt fehlt in ihm weitgehend. Darum dominieren Stoff und Bedürfnis, darum ist in der Sucht immer Spannung da. Sucht ist daher *reduktionistisch, unrealistisch, beziehungslos* und *wertblind.* In der Sucht reduziert der Mensch den Eigenwert des anderen bzw. Objekts auf einen Nutzwert. Das macht alles zum Stoff und als solches grundsätzlich *ersetzbar.* Süchtiges Leben ist nicht mehr „wesentlich", hat kein wirkliches inneres und äußeres Gegenüber. Es findet keine Begegnung mehr statt, weil der Mensch in sich selbst nicht verankert und für die Realität nicht wirklich offen ist.

Man kann das Phänomen auch anders wenden: Im nüchternen Zustand will der Süchtige die Sucht nicht. Aber dieser Wille hat durch die fehlende Nähe zum eigentlichen Ich (Person) keinen Bestand. Es können die guten Vorsätze nicht durchgehalten werden, weil ihre Wirkung weniger gefühlt wird und sie daher in ihrem Wert verblassen. Darum kann man sagen: Es ist in der Sucht nicht eigentlich der Wille krank oder schwach, sondern *der Süchtige ist im Vollzug seines Personseins krank geworden.*

Wie verhält sich der Wille zur Person nach der Befriedigung des Cravings? Wo ist der Wille dann? Das typische Erleben „danach" ist ein *Befremdetsein:* Man fragt sich: „Wo bist du hingegangen? – Da gehörst du nicht hin!" Vom mächtigen Einfluss der Gier befreit findet der Wille wieder in seine *alte, traditionelle Spur* zurück, bezieht sich wieder auf die gewohnten Werte und auf die eigene Person. Der Süchtige sieht nun wieder das Spektrum der Werte – bis zur nächsten Einengung.

Der Mensch ist so ein flexibles Wesen: Er kann etwas wollen, und nachher es nicht mehr wollen (sich sogar wünschen, es nicht gewollt und nicht getan zu haben). Doch *beides ist der Mensch:* der in der *Not,* im Mangel, im Leid, der das wollte – und der *Echte,* der das nicht wollte.

5. DIE EXISTENTIELLEN SYMPTOME IN DER SUCHT

Zusammengefasst sind die existentiellen Symptome der Sucht daher:

1. *Verlust der Freiheit:* Es herrscht ein Getriebensein in der *Vermeidung von Unlust*/Problemen/Leid und im *Suchen von Lust* und Entspannung.

2. Entwicklung eines *apersonalen Verhaltens* durch das Fehlen der Freiheit und die Abwendung des Wollens von der Person. Das hat weitere Folgen: es reduziert den Dialog, verhindert die Begegnung, man trifft die Person nicht mehr an, Lügen werden vermehrt eingesetzt. „Der Süchtige kennt keinen Partner." (Gabriel 1962, 38) Er geht sich selbst verloren in seinem *Wesen,* und gleichzeitig gehen ihm seine *Werte* verloren.

3. *Simultaner Weltverlust:* Reduzierter Weltbezug (er durchforstet die Welt vorwiegend nach „Stoff"), Verlust der Eigenwertigkeit der Dinge und des Wahrheitsbezug. Der Weg in die Sucht ist mit Unwahrheiten verbunden: Selbstbelügen, Verharmlosungen, Beschwichtigungen („es ist eh nicht so schlimm"), die alle nicht so ganz stimmen. Diese unscharfe Haltung wird zur Lebenshaltung. – Sucht ist ein *riesiges Vermeidungsverhalten vor der Realität!*

In diesem Teufelskreis wird der egozentrische Selbstbezug einerseits durch die Spannung und andererseits durch das ständige Training im Schauen auf das eigene Befinden verstärkt. Man ist nicht mehr wirklich mit der Welt befasst, sondern mit dem psychischen Zustand, mit der Befriedigung.

Diese existentielle Basis fördert etwas Grundlegendes für das Suchtverständnis zutage. Wie kann nämlich Sucht bekämpft werden, wenn dem Menschen die emotionale Basis entzogen ist und er das Gefühl hat, ohne Suchtobjekt an Lebensqualität zu verlieren? Von welchem Standort aus soll der Sucht dann entgegengetreten werden? Wie kann der Süchtige etwas wollen, wenn er keine existentiellen Werte mehr erleben kann? Wie kann er motiviert werden zur Veränderung, wenn er keinen Sinn sehen kann ohne Werte? So entsteht das *Ohnmachtserleben* hinsichtlich der Lebensführung und der eigenverantwortlichen Gestaltung auf Grund einer inneren Mächtigkeit, die das Gefüge des Menschseins außer Funktion bringt.

Solche Erkenntnisse führten in den letzten Jahren auch zu *neuen Behandlungsweisen:* nicht mehr völlige Abstinenz ist verlangt, sondern die Entdämonisierung der Sucht und der Einsatz von erlebnisorientierten Programmen (wie z.B. Genußtraining), um eine Basis zu schaffen und zu einem verantwortlichen Umgang mit der Droge kommen zu können. Die Droge gehört zum Leben – das ist die realistischere Sicht. Selbst die WHO ging von der Politik der drogenfreien Welt ab und propagierte „harm reduction" und „decriminalisation" (vgl. Lenton & Single 1998).

Die Sucht schreitet voran im Wechselschritt zwischen intensivem Kontakt zum Lebensgefühl (Lusterleben) und Erleichterung von der Unlust.

Das verleiht der Sucht eine imperative Anziehungskraft durch das Objekt mit ausgeprägt treibendem Charakter, gegen die alle Vernünfteleien blutleer sind.

6. DIE EXISTENZANALYTISCHE HALTUNG

In einer phänomenologischen Richtung wird die Überlegenheit über die Pathologie nicht in der Bewusstmachung gesehen, sondern mithilfe der *Personierung des Geschehens* zu erreichen versucht. Es geht darum, die leidvolle Situation mit den Kräften der eigenen Person anzugehen und zu durchdringen, sie durch Entschiedenheit und Verantwortung in der Stellungnahme realistisch zu konfrontieren. Voraussetzung dafür ist das Sehen und Akzeptieren des Gegebenen (der Seinsbezug mit seinem Realismus!) und der gefühlte Lebensbezug (mit seinen Werten).

Auf dieser Grundlage lassen sich Therapieansätze ableiten, die den Rahmen der Sichttherapie darstellen und hier nur kurz erwähnt werden sollen:

1. Klärung des Willens (Motivation)

In der Sucht ist der Mensch unklar in seinem Wollen. In der Tiefe möchte er die „Lebensanbindung" im Suchtmittel und kann nicht darauf verzichten. Darum scheint der Süchtige eine schwache Motivation zu haben. Um zu einer Therapie zu kommen, bedarf es der Konfrontation mit dem eigenen Wollen, denn es ist unmöglich, Abhilfe für etwas zu schaffen, das der Patient eigentlich (heimlich) doch will. Darum ist das Suchtgeschehen vorerst als ein noch nicht ganz verstandenes bzw. integriertes Verhalten des Ichs anzunehmen und ist mit ihm zu leben (Arbeit an der Selbst-Annahme). Darin liegt eine erste Stufe der Willensklärung: die Klärung der Bereitschaft des Patienten, „mit diesem Süchtigen" vorerst zu leben und wirklich mit der Sucht aufhören zu wollen.

Durch diese Selbst-Konfrontation wird dem Patienten die *Selbstverantwortung* vermehrt bewusst gemacht. Es geht um sein Leben, das nur er selbst leben kann und mit dem er derzeit leben muss. Es soll keine Bedienung stattfinden.

2. Aufgabe der Leidvermeidung und Wunschwelt

Es bedarf einer Beziehungsaufnahme zum darbenden Ich (2. GM) und der Anerkennung dieses Ichs durch sich selbst (Selbstbild – 3. GM), damit die Bedürfnisse und Defizite fühlbar werden. Und es bedarf eines Sich-Stellens und des Behandelns der Psychopathologie, die Leid verursacht und das Ich von der eigenen Person fernhält. Denn *durch die Not geht die Anbindung des Willens an die eigene Person verloren.* Es ist daher wichtig, die Not, den Boden der Sucht, anzunehmen (nicht wunschtraumhaft und leidvermeidend sich von der Welt abzuwenden).

Süchtige leben meistens in der Haltung: statt etwas in der Realität zu verändern, lieber die Wahrnehmung bzw. die Vorstellung der Realität zu verändern, um es angenehmer zu haben. Sie gehen nicht in Kontakt mit der Realität, vermeiden die Berührung mit ihr – weil es zu wehtun, zu viel fordern könnte. – Diese Haltung soll durch unbedingten Realismus zur Süchtigkeit konfrontiert und therapeutisch gestützt werden.

3. Öffnung für Erleben und Einüben von Genießen (2. GM)

Es soll ein fühlender Wertbezug hergestellt werden. Dafür sind alle Formen geeignet, die das Werterleben steigern können, wie Maltherapie, Sport und Bewegung, Körpertherapie, Musiktherapie usw. Eine moderne und schöne Zusammenfassung dafür findet sich im *Orpheus-Programm* (Musalek 2011; Musalek & Poltrum 2011). Die Patienten sollen darin lernen, gute Stimmung und Zufriedenheit aus sich heraus zu erfahren, ohne auf äußere Stimulanzien wie Alkohol, Drogen, Glücksspiel, Computer etc. angewiesen zu sein.

Eine empirische Studie zu diesem Programm attestiert ihm auch tatsächlich eine gewisse Wirksamkeit: Scheibenbogen & Musalek (2010) konnten mithilfe des Fragebogens für Werterleben (Eckhart 1992) anhand einer zufälligen Stichprobe von 100 Patienten und 100 Personen einer Kontroll-Gruppe feststellen (Alter 18 – 65 Jahre), dass das Werterleben in einer TAU-Gruppe („Treatment as usual") leicht abnahm, während es bei Patienten mit Alkohol-, Medikamenten- und Spielsucht, die das Orpheus-Programm (nach komplettem physischen Entzug) durchmachten, signifikant zunahm. Dabei ist ein besonderer Zuwachs im Werterleben der schöpferischen Werte (13,3 %) zu verzeichnen. Das Programm bestand darin, dass die Patienten der Versuchsgruppe zusätzlich zum Standardtherapieprogramm an ressourcenorientierten Therapieangeboten mit Elementen des Genusserlebens und der Achtsamkeit im Umfang von durchschnittlich zwei Stunden pro Woche über acht Wochen teilnehmen konnten. Die Kontrollgruppe erhielt hingegen nur einen einstündigen, rein informativen Vortrag zum Orpheusprogramm.

7. DIE EXISTENTIELLE SCHIENUNG DER THERAPIE

Der Fokus der existenzanalytischen Behandlung der Sucht richtet sich zentral auf die Person und fokussiert dabei ständig die innere Zustimmung, die auf der Basis des Erlebens stimuliert und eingeholt wird. Als Grundlage für diese Vorgangsweise dient die Methode der Personalen Existenzanalyse (PEA – Längle 2000), nach deren Struktur gearbeitet wird. Diese Schritte werden hier in der Form der praktischen Anwendung am Beispiel der Alkoholabhängigkeit vorgestellt:

- PEA-1: Fühlung zu sich selbst aufnehmen und Anbindung des Verhaltens an das eigene Erleben: „Wie geht es Ihnen mit dem Trinken? Was erleben Sie beim Trinken und was wird dadurch *besser?* Was wird schlechter?" – *Fokussierung auf: Erleben* Sie das Trinken als gut? Es braucht oft ein Verweilen beim Thema, damit die Antwort nicht aus dem Denken gegeben wird, sondern auf das *Erleben* Bezug genommen wird. Es geht also nicht um ein Urteil, sondern um eine phänomenologische Öffnung auf das Gefühl. Eventuell kann mehr Kontrast gebildet werden durch den Vergleich des Erlebens unter Alkohol mit anderen Tätigkeiten ohne Alkohol (z.B. Sport, Malen usw.).

- PEA-2: Stellungnahme und Bewusstmachung der personalen Kräfte: „*Verstehen* Sie, dass Sie trinken? – *Wollen* Sie im Grunde trinken, oder *passiert* es Ihnen mehr? – *Fokussierung* auf: Sind Sie mit Ihrem Trinken, der Tatsache, der Menge, der Art usw. *einverstanden?* – Vielleicht mögen Sie heimlich doch trinken, obwohl der Kopf nein sagt? Wofür? Was wird dann besser?
  Zu welchem Verhalten können Sie Zustimmung geben? Was müssten Sie da konkret tun?"
  In diesem Schritt wird die Aufmerksamkeit auf das Erleben von Zustimmung gelenkt und es wird versucht herausfinden, wo Zustimmung gegeben werden kann und was der eigentliche Wille ist.
  Findet sich Zustimmung – zu was auch immer – soll sie gelebt werden und die Therapeuten unterstützen die Patienten darin, insbesondere wenn es um das Aufbauen eines trockenen Lebens geht, aber auch, wenn die Zustimmung nicht in diese Richtung tendiert. Dies wird weiter unten noch vertieft. Die relative *Kontraindikation* dazu besteht dann, wenn die Sucht einen körperlichen Entzug verlangt.
  Wenn die Patienten mit ihrem Verhalten aber nicht einverstanden sind, dann stellt sie dies vor die Frage, warum sie es eigentlich tun? Wenn die Antwort z.B. ist, dass sie es in dem Moment nicht anders können, dann kann auch noch ihre Stellungnahme angefragt werden, im Sinne von was sie davon halten. Das leitet über zum nächsten Schritt.

- PEA-3: Handeln mit Zustimmung (Scheideweg):
  Wenn das Erleben ein Nicht-Können zu Tage bringt, obwohl eine ablehnende Haltung zum Trinken besteht (inkongruentes Erleben), dann stellt das den Menschen vor einen *Scheideweg.* Im Stehen zur Realität kann das Verhalten auf die existentielle Ebene gehoben werden, für welche das Kriterium die innere Zustimmung ist. Entweder besteht eine *Zustimmung zur Bekämpfung* der süchtigen Situation (Einsatz der *Selbst-Distanzierung*), oder, wenn das nicht geht, soll der Süchtige zu seiner Realität stehen und *Zustimmung finden zu seiner Unfähigkeit* (Zustimmung zum Nicht-Können).
  Die praktische Frage entlang des Schrittes von PEA-3, die zu dem existentiell entscheidenden Schritt führt, ist: „Was von dem sind Sie bereit, ab jetzt konkret umzusetzen?" – Die *Fokussierung* liegt auf: „*Wie* könnten Sie das konkret umsetzen, *was* müssten Sie dafür jetzt tun?"

Ist der Patient gewillt, daran zu arbeiten von der Sucht loszukommen, dann wird die Selbst-Distanzierung ausgebaut. Es wird z.B. die Methode der Interposition geübt, Angehörige werden einbezogen, an der Vorbeugung gearbeitet, Lernprogramme entwickelt, Werte-Fühlungsprogramme durchgeführt usw. Es geht auch um ein Experimentieren, was helfen könnte (Sauna, Joggen, Filme, Besuch der Mutter…). D.h. es werden jene Mittel, von denen der Patient glaubt, sie könnten einen Rückfall verhindern, gesucht und eingesetzt.

Wenn diese Vorgangsweise keinen Erfolg hat, oder wenn die Motivation doch nicht durchgehalten wird, geht es darum, mit der Alternative ernst zu machen, wie im Folgenden geschildert wird.

8. WAHRHAFTIGKEIT UND SELBST-AKZEPTANZ

Wenn das Gefühl der Sucht vorherrscht und der Patient glaubt, nicht mehr anders zu können und sich nicht mehr gegen die Sucht aufraffen und zu ihr auf Distanz kommen kann, wird er wieder alsbald erleben, wie sich die Sucht seiner bemächtigt und er ihr zum Opfer fällt und rückfällig wird.

Eine realistische Konfrontation in der Therapie sollte unter dem basalen Leitmotiv der 1. GM stehen: „Man soll nicht mehr tun als man kann".

Das bedeutet Selbst-Annahme der Schwäche und Stehen zur Wahrhaftigkeit: „Ich alleine schaffe es nicht, und auch mithilfe der Therapie schaffe ich es derzeit vielleicht noch nicht! Ich schaffe es nicht, weil ich es derzeit eigentlich noch will! Denn da ist etwas für mich drin, von dem ich nicht lassen mag." Diese Realität gilt es zu akzeptieren und personal zu konfrontieren. Es ist die aktuelle, subjektive Wahrheit, der man nicht entkommen kann. Da entsteht ein gewaltiger Kräfteverschleiß der Suchtpatienten, dass sie dauernd „gegen die Sucht" kämpfen und dabei dauernd gegen sich sind, d.h. gegen das, was sie im Grunde doch wollen, weil es eine unbändige Attraktivität für sie hat. Aus diesem Kräfteverschleiß und der ständigen Frustration des Scheiterns heraus werden die Rückfälle geradezu gebahnt. Doch sollte die Therapie ernst machen mit der subjektiven Realität: „Wenn er nicht kann, dann kann er nicht!"

Selbstannahme bedeutet dagegen, nicht das Unmögliche von sich zu fordern, sondern sich auf sich einzustellen und anzunehmen, dass man das vorerst nicht lassen kann, obwohl es schädlich ist. Wovon man sich nicht lösen kann, das *muss man eben leben* und soll den Konsequenzen dabei offen in die Augen schauen. Wenn man tatsächlich nicht mehr kann bzw. wenn man mit dem Versuch, in eine Distanz zu kommen, erschöpft ist, dann ist es nur konsequent und ehrlich, zu sich zu stehen und sich das Einverständnis zum Trinken zu geben: „Gut, jetzt habe ich alles getan, und ehrlichen Gewissens muss ich mit dieser Realität leben!"

Das bedeutet *Annahme des schicksalhaften Anteils* der Krankheit: man kann sie jetzt nicht einfach weghaben, man muss vorerst mit ihr leben. Das beinhaltet ein Überwinden der Lügenschleife, des Scheins, der den Makel verbergen soll. Mit dieser Offenheit wird die Verantwortung ganz an den Patienten übergeben. Vielleicht schafft er es bei solcher Konsequenz, sich doch noch mehr Schutz und Hilfe zu besorgen und an der Selbst-Distanzierung weiter zu arbeiten. Aber vielleicht muss er auch noch mehr erfahren und leiden, um wirklich reif für den Schritt zu werden.

Der Wille ist ein „Ja zu einem Wert". Wenn der Süchtige das Suchtobjekt so stark will, dann muss ein Wert darin sein, sonst könnte sich der Wille nicht bewegen. – Der darunterliegende Wert im süchtigen Wollen ist letztlich fast immer, sich die Zustimmung zum Leben zu erhalten. Im Grunde will der Süchtige irgendwie Leben haben, wenn sich sein Wollen auf die Sucht einstellt. Dieses Grundstreben kann in der Therapie auch unterstützt werden. Da ist etwas enthalten, was man vertreten kann, was personal ist. Psychodynamik ist ja grundsätzlich als Versuch zu verstehen, etwas Kostbares zu schützen, zu erhalten, zu bergen.

Daher ist es besser, sich auf einen *erreichbaren* (wenn auch defizitären) *Wert einzulassen* als einem unerreichbaren idealen zu folgen. Das ist eine realistische Einschätzung des Willens, der ja für das Handeln zuständig ist. Durch den Einsatz des Willens in der Therapie wird zugleich vielerlei gefördert:

- die Ehrlichkeit – die Zustimmung zur Tatsache, am Ende zu sein
- man trainiert Entscheidungen
- man bleibt im Handeln und kommt nicht so leicht ins Getriebensein
- Selbstentwertung nimmt ab, weil man sich nicht im Stiche lässt
- Unterbrechung der Passivität und des Opfer-Seins durch realistische Lebensführung
- erlebt nicht dieses Sucht-Debakel, das leicht zur Verschlechterung der Motivation und in die Resignation führt

Existentiell gesehen ist es *wichtiger, sich nicht im Stich zu lassen* und zu sich zu stehen, als nicht zu trinken! Entlang der Strukturen der vier personal-existentiellen Grundmotivationen (GM) bedeutet das:

1. GM: sich in seiner Schwäche sehen und auf die Realität Bezug nehmen
2. GM: Beziehung zu sich selbst
3. GM: Würde, Erhalt der Freiheit und erleben der Kraft des Entscheidens
4. GM: Sinn seiner Handlungen sehen, Orientierung zu haben.

Das wahrhafte Zu-sich-Stehen gibt langsam den Anstoß zu Veränderung, die aus dem Patienten wachsen kann. Der Therapeut begleitet den Patienten *ganz nahe;* sie sind nie „Feinde", sondern wohlwollende Verbündete im Umgang mit der Sucht.

Diese Vorgangsweise hat eine gewisse Parallele in einem Präventivprogramm, dem *Mindfulness-Based Relapse Prevention* Programm (MBRP – Bowen et al. 2012; Beigelböck et al. 2013). Darin geht es um „die Entwicklung von Achtsamkeit und Akzeptanz gegenüber Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen" (Beigelböck et al. 2013, 300). Sie beginnen mit einer Übung, um den Willen und die Entschiedenheit einzuschalten, und den „Autopiloten" auszuschalten. Mit Autopilot ist die Tendenz gemeint, „automatisch auf Sinneseindrücke, Gefühle und Gedanken zu reagieren, ohne sich diese bewusst zu machen. (…) d.h. der Suchtkranke gibt dem Verlangen nach, ohne dass ihm wirklich bewusst ist, was geschieht und welche Konsequenzen daraus folgen." (ebd. 301) Darauf aufbauend wird u.a. eine Übung eingebaut, das „Suchtdrucksurfing", bei dem die Patienten „das Verlangen als Welle und sich selbst als Surfer vorstellen, der die Welle ausreitet, bis sie wieder abnimmt, d.h. das Verlangen aushält, bis es wieder aufhört." (ebd. 301)

Dieses Prinzip des gewollten, personalen Gegenwärtig-Bleibens, wie es in existenzanalytischer Terminologie heißen würde, und des Ersetzens des Autopiloten, um auch bei „starkem Suchtdruck gegenwärtig bleiben zu können und diesem nicht automatisch nachgeben zu müssen" (ebd. 301), wird durch weitere Übungen und dem Training in Akzeptanz gefestigt.

Die mit diesem Programm erreichte Wirksamkeit (die

allerdings nur bei stationären Gruppen mit fehlender Abstinenz am Beginn signifikant war – Beigelböck et al. 2013, 302) könnte durch eine gezieltere Arbeit mit dem Willen (der wird in diesem Programm noch immer adaptativ der Vernunft untergeordnet) vielleicht erhöht werden.

9. PARADOXE VORGANGSWEISE: DAS „NOTFALLSKIT“

Auf der Grundlage der Wahrhaftigkeit und der Selbst-Annahme kann nun auch methodisch weitergearbeitet werden. Die *Indikation* dazu ist gegeben, wenn der Süchtige die Erfahrung macht, dass er wiederholt der Sucht *nicht widerstehen* kann und Rückfälle hat, dann geht es um ein Vorbeugen durch *freiwilliges Vorweggehen* in der Sucht, um nicht ins Gezwungen-Werden hineinkommen. Es ist wie eine Substitutionstherapie von innen. Die Haltung ist, dass sich der Süchtige eingestehen soll, dass er derzeit mit seiner Sucht noch einen *Tribut an die Vergangenheit* zu leisten hat. Solche Bezugnahme auf den Willen und die Entscheidung ist ein Kennzeichen existentiellen Arbeitens (vgl. auch Miller 1983).

Die *Voraussetzung* für die Durchführung dieser Methode ist, dass eine Sensibilität für die eigene innere Wirklichkeit und das Aufkommen des Sucht-Drucks besteht, die aber durch die Anwendung der Methode auch geübt und weiter entwickelt wird.

Die *Durchführung* der paradoxen Methode geht über folgende Schritte:

1. Schritt: Selbstkonfrontation und Einwilligung.

Wenn der Patient bemerkt, dass er der Sucht bald nicht mehr widerstehen kann, soll er (aufgrund der früher gemachten Erfahrung des Scheiterns) sich entscheiden, die Sucht diesmal *freiwillig* zu leben, *bevor* er sich zu ihr *gezwungen* fühlt.

Wenn das Gefühl aufkommt: „Ich schaff es bald nicht mehr, bald ist es wieder so weit, dass ich der Sucht nachgeben muss…“ soll er sich mit sich selbst konfrontieren (innerer Dialog): „Wirklich? Ist es so weit? Merke ich, dass ich bald nicht mehr wiederstehen kann?“ Diese kurze Selbstkonfrontation macht deutlich: Entweder er kann sich nach dieser kurzen Selbstkonfrontation wieder vom Suchtverlangen distanzieren (auch indem er z.B. Fremdhilfe aufsucht, s.o.), oder er „kann nicht anders“, und er könnte sich beispielsweise sagen: „Ich könnte wahrscheinlich anders, wenn es absolut notwendig wäre. – Aber es zieht mich so stark dahin… ich *will* es eigentlich nicht, denn ich will was vom Leben haben…“ Ist dies seine Antwort, dann ist es realistisch und bedeutet es ernst zu machen mit der existentiellen Realität, dass er der Sucht jetzt nicht entkommen kann. Es ist eine Übung in der Selbstannahme, dazustehen, sich nicht gegen sein Erleben zu stellen und es freiwillig zu tun, d.h. es tun „wollen“. Die Begründung und Rechtfertigung für solches Handeln ist die erlebte Wahrheit: „Ich kann nicht anders, ich *brauche* das jetzt.“

Existentiell gesehen bedeutet das, die Freiheit und Verantwortung zu übernehmen, sich zu begleiten und nicht im Stich zu lassen, Selbstannahme und Würde zu erhalten. Es ist personales Leben unter diesen Umständen.

Die Selbstbegleitung endet nicht mit der Einwilligung zur wahrgenommenen Realität, sondern soll weitergeführt werden durch die *phänomenologische Offenheit* während des Suchterlebens. Die Patienten sollen sich dabei ständig fragen: „Habe ich dafür wirklich Zustimmung? Was stellt sich in mir ein? Tue ich mir etwas Gutes damit? Empfinde ich das auch als gut?“ Das Verfallensein an die Sucht soll erlebt werden bis zur Schmerzhaftigkeit, bis es ekelig und schließlich uninteressant wird.

2. Schritt: Opposition.

Beim nächsten Aufkommen des Suchtverlangens wird das Gegenteil versucht, nämlich der Sucht nicht nachzugeben so lange es geht. Auch dieser Schritt enthält eine *Selbstbegleitung,* um die *Achtsamkeit* für sich weiter zu steigern. Der Patient soll während des Standhaltens sich beobachten mit der Frage: „Was tut sich da in mir?“ Mit diesem Interesse für sich wird wieder Selbstannahme praktiziert, aber diesmal gepaart mit Selbst-Distanzierung und einer experimentierenden Haltung zu sich.

Es geht in der EA dabei nicht so sehr um das Verfolgen eines Zieles, etwa der Sucht so oder so lange widerstehen zu können, sondern mehr um das *Üben eines Aushaltens* (1. GM) und Beobachtens der notwendigen Kraft und des Erlebens. Dieser Schritt stellt den rationalen Pol dar, der mit Üben der Disziplin und Kräftigung des Willens einhergeht.

In der konkreten Durchführung geht es darum, jedes Mal darauf zu achten, *wie lange* er der Sucht widerstehen kann und *was* ihm dabei helfen kann. Ab dem Moment, wo er merkt, dass er in Kürze nicht mehr widerstehen kann, soll er die Sucht wieder *freiwillig* ausführen, wie in Schritt 1 beschrieben. Denn er spürt und weiß im Grunde an der Stelle eh schon, dass er ihr sicher bald nachgeben wird/will/muss. „Wenn es so weit ist, dann *tu* es – aber achte darauf, wie es dir dabei geht und was du dabei *fühlst,* und frag dich, wie gut es wirklich ist und ob du dich dabei wohl fühlst?“

Das *Ziel* ist auch hier, ein *Maximum an Zustimmung* zu leben. Die Basis dafür liegt in der *annehmenden Haltung* zur aktuell noch immer begrenzten Realität. Das existentielle Prinzip dabei ist, aus der ablehnenden Haltung zur Realität herauszukommen. Denn das Zermürbende in der Pathologie ist, wenn man versucht, gegen die Realität zu leben.

Zugleich wird eine *aktive Haltung zur Sucht eingeübt.* Es ist wichtig, aus der Passivität und dem Gefühl des Ausgeliefertseins herauszukommen und die *Position der Person* zu stärken. Ihre Präsenz wird im entschiedenen Umgang mit der Sucht geübt und gefestigt. Dadurch kann die *Beziehung zu sich selber* wachsen und ein *Ekel gegenüber dem süchtigen* Verhalten entstehen, das man zunehmend als leidvoll und unpassend erlebt (man könnte von einem „Orpheusprogramm von innen“ sprechen, weil die fühlende Selbstwahrnehmung geübt wird). Dadurch, dass weniger Druck und Zwang besteht, kann das aversive innere Gefühl (incl. Ekel) umso deutlicher erlebt werden. Die Freiwilligkeit hat noch weitere Effekte: Die *Entspannungswirkung* durch die Sucht wird reduziert, weil zunehmend Dissonanz erlebt wird. Es wird der Bewusstseins-Einengung in der Sucht entgegengearbeitet; man spürt mehr, was man „eigentlich“ macht. Der

Rückfall ist *keine Katastrophe* mehr, sondern ein Übungsschritt, der nun nicht mehr eine so schädliche Wirkung auf die Person hat, weil sich die Person in der Sucht nicht mehr im Stich lässt. Es ist mehr eine Vorbeugung zum Rückfall, bei der man sich eine weitere Schädigung des Selbstwertes und eine Demütigung erspart.

Doch geht diese Vorgangsweise in der Regel nicht ohne therapeutische Anbindung und ohne offenes Gespräch. Die Gefahr ist groß, dass man sich sonst, allein auf sich gestellt, etwas vormacht.

Diese Methode stellt ein *„endogen-aversives Programm"* dar (nicht „exogen aversiv" wie Antabus), weil es den Ekel und die Ablehnung von innen her durch das offene und nicht mehr verbotene Erleben aufbaut.

Sollte ein Patient rückfällig werden und aus der Methode ausgestiegen sein, d.h. keinen akzeptierenden Umgang mit sich zustande gebracht haben, dann ist die Arbeit am *Bereuen* wichtig, um die Selbstvorwürfe und Selbstablehnung aufzufangen. Letztere stellen fatale Feedback-Schleifen in der Sucht dar, die zur Erhaltung der Sucht beitragen. Tatsächlich handelt es sich um eine falsche Einschätzung der Suchtsituation – der Rückfall markiert den Zeitpunkt, dies zu erkennen und den adäquaten Umgang zu lernen. Man erzielt bessere Erfolge in der Behandlung der Sucht, wenn der Rückfall als ein *normales Geschehen* aufgenommen wird, das kein Drama darstellt und auch keine Konsequenzen für den stationären Aufenthalt mit sich bringt (mündliche Mitteilung von Johannes Rauch 2014). Solches Vorgehen arbeitet mit der Selbstakzeptanz und der Wahrnehmung der Realität und fokussiert den Willen, die Motivation, das Thema der Freiwilligkeit im Umgang mit dem Rückfall.

3. Schritt: Spannungsreduktion.

Zwischen den Anwandlungen des Suchtdrucks gilt die Aufmerksamkeit der Klärung, was die Patienten eigentlich suchen und brauchen. Im Allgemeinen sucht der Süchtige mehr Leben und eine Reduktion der Probleme.

Die Fragen: „Was suchen Sie? Was kann Ihnen mehr Leben geben? – Wo ging Ihnen Ihr Leben verloren?" führen in den *üblichen therapeutischen Prozess*. Es geht um die Schaffung von Alternativen zum Suchtverhalten, um die Aufarbeitung von Verlusten und Defiziten und um die Behandlung der psychischen Störungen, die oft einer Suchtentwicklung zu Grunde liegen.

Die Suchttherapie steht in der *Gefahr,* in eine Haltung der *Forderung* zu geraten, und zwar von beiden Seiten her, von der therapeutischen wie von der Seite der Patienten. Leistungsforderungen in der Therapie sind jedoch i.a. kontraproduktiv. Sie sind *nicht therapeutisch,* weil sie nicht stützend sind, keine Prozesse anleiten, nicht begleiten, stärken, sondern zielorientiert sind und eine Messlatte setzen.

Statt des süchtigen Verhaltens-Modells, wo der Reiz gleich zur Reaktion führt, wird mithilfe dieser Methode ein anderes Modell etabliert:

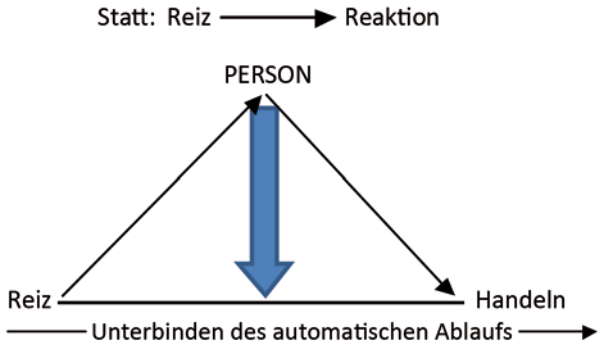


Abb. 1: Statt des impulsgesteuerten Reiz-Reaktions-Modells des süchtigen Verhaltens wird mit der existenzanalytischen Arbeit versucht, das Ich als Person zwischen Reiz und Reaktion zu interponieren, wodurch dieses zum Handeln wird.

Das Motto existenzanalytischer Arbeit ist: Die Person darf im Leben nicht fehlen – auch wenn es nicht ideal ist, was das Ich tut!

10. WEITERE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

Es geht in diesem Artikel nicht um die vielen weiteren Aspekte der Suchtbehandlung, wie z.B. die Bearbeitung von Alternativen zum Suchtverhalten durch Aufbau von lustvollem und erfüllendem Leben, Problembehandlung und Spannungsabbau, Trainingsprogrammen wie dem Orpheusprogramm, Angehörigenarbeit etc. Hier soll abschließend nur der personal-existentiellen Rahmen überblicksmäßig dargestellt und der Fokus auf einige Aspekte gelenkt werden, die im Rahmen der Suchtbehandlung spezifische Bedeutung haben, und solcherart aus der Linie des bisher Gesagten heraus den existentiellen Entwurf weiterführen. Neben dem Faktor Person als Wirkelement gibt es natürlich auch andere wichtige Einflussgrößen in der Therapie wie Lernen, Üben, Konditionierungen, Erkenntnisse, Übertragungen, kathartische Elemente usw. – Elemente, die oft von anderen Therapierichtungen stärker vertreten und eingesetzt werden als von der EA.

1. *Motivationsarbeit:* Pat. muss selbst dabei sein und Behandlung wollen
2. *Behandlungsvertrag* + *Rückfallsvertrag* incl. Versprechen: macht die Behandlung personal
3. *Problemverständnis und Krankheitseinsicht* (gegen Verleugnungen)
4. *Entschiedenheit* in der äußeren Struktur und im präventiven Verhalten
5. *Selbsteinschätzung* (Stellungnahme zu sich): was *kann* er selbst und was traut er sich zu? Ressourcenklärung + Finden der Grenzen. Wo braucht er *Hilfe?*
6. *Selbstannahme* – zu sich stehen: „Sucht gehört derzeit zu mir", incl. existentieller Schienung und paradoxer Vorgangsweise
7. *Sinnfrage und Willensstärkung:* „Wozu abstinent werden?"

An mehreren Punkten wird die Leidvermeidung und die Wunschhaltung nach angenehmem Leben, die reduzierte Realitätswahrnehmung und das Leben in Vorstellungen

konfrontiert. Wie sehr diese Faktoren das Suchtverhalten bestimmen, wurde in einer gründlichen phänomenologischen Studie neulich aufgezeigt (vgl. Längle S, Görtz 2015)

Dieser Beitrag soll mithelfen, eine existentielle und personale Sicht auf den Suchtkranken zu entwickeln. Drew stellte schon vor dreißig Jahren zurecht fest, dass viel abstrakte, wissenschaftliche Arbeit geleistet wurde und ausführliche bio-psycho-soziale Modelle der Abhängigkeit entwickelt wurden. Aber was in ihnen weitgehend fehlte, war das Wesen der menschlichen Existenz: Möglichkeiten zu fokussieren, die Wahl-Freiheit einzusetzen und dem Werterleben eine zentrale Bedeutung zuzumessen (Drew 1986).

Literatur:

Beigelböck W, Mayr M, Waigmann-Pölzl S (2013) Achtsamkeitsbasierte Verfahren in der Suchtbehandlung. In: Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchtbehandlung 2, 4, 298–305

Bowen S, Chawla N, Marlatt GA (2012) Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Weinheim: Beltz

Claudius M (1829) Asmus omnia sua secum portans, oder Sämmtliche Werke des Wandsbecker Bothen. Hamberug: Perthes, Bd. 7, Brief an Sohn Johannes 1799

Drew LRH (1986) Beyond the disease concept of addiction. Drug use as a way of life leading to predicaments. In: Journal of Drug Issues 16, 263–274

Eckhardt P (1992) Selbstwert und Werterleben aus existenzanalytischer Sicht. Die Konstruktion des Selbstbeurteilungsfragebogens. Wien: Unveröff. Dipl.-Arbeit der Univ., Psychologische Fakultät

Gabriel E (1962) Die Süchtigkeit: Psychopathologie der Süchte. Hamburg: Neuland

Heinz A (2014) Der Begriff der psychischen Krankheit. Berlin: Suhrkamp

Längle A (1992) Der Krankheitsbegriff in Existenzanalyse und Logotherapie. In: Pritz A, Petzold H (Hrsg) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann-Verlag, 355–370

Längle A (2000) (Hrsg.) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas

Längle A (2012) Vom gelassenen Wollen zum erzwungenen Lassen. Zur Praxis der realen Freiheit. In: Existenzanalyse 29, 2, 15–30

Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse – Grundlagen. Wien: Facultas.wuv

Längle A (2016) Existenzanalyse – Existentielle Zugänge der Psychotherapie. Wien: Facultas.wuv

Längle S, Görtz A (2015) Lebensqualität vor und nach stationärer Suchttherapie. Quantitative und qualitative Forschungsergebnisse im Vergleich. Existenzanalyse 32, 2, 51–63

Lenton S, Single E (1998) The definition of harm reduction. In: Drug and Alcohol Review Volume 17, Issue 2, 213–219

Miller WR (1983) Motivational Interviewing with Problem Drinkers. In: Behavioural Psychotherapy 11, 2, 147–172

Musalek M (2011) Musen, Sirenen, Orpheus und Co – Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung. Stuttgart: Thieme

Musalek M, Poltrum M (2011) Ars Medica. Zu einer neuen Ästhetik in der Medizin. Berlin: Parodos Verlag

Scheibenbogen O, Musalek M (2010) The Orpheus Programme – first results of an evaluation survey. Vortrag am 20th IFP World Congress of Psychotherapy and Annual Congress of the Swiss FMPP.

Spaemann R (1996) Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ‚etwas' und ‚jemand'. Stuttgart: Klett-Cotta

Anschrift des Verfassers:

Alfried Längle

Ed. Sueß-Gasse 10

A – 1150 Wien

alfried.laengle@existenzanalyse.org

SUCHT: IM MILDEN GLANZ DER TÄUSCHUNG AN DEN ABGRUND

Anton Nindl

Während wir uns im Rausch wie im Paradies fühlen, wird das Erleben in der Sucht zur Hölle. Literarische Schilderungen und Aussagen von KlientInnen beschreiben, wie alles so leicht begonnen hatte: Vom milden Glanz der Täuschung verführt, verfallen Süchtige sirenenhaften Irrlichtern folgend der Uneigentlichkeit des Daseins. In der Entfremdung von sich verblasst die Stimme des Gewissens und süchtig geworden treiben sie scheinbar hilflos siechend auf den Abgrund zu. An Hand von Beispielen aus Literatur und psychotherapeutischer Praxis wird das ohnmächtige Erleben und inauthentische Verhalten illustriert. Psychoanalytische Theoriebildungen und die existenzanalytische Perspektive ermöglichen ein therapeutisches Verstehen und weisen erste Wege aus dem Verfallensein.

SCHLÜSSELWÖRTER: Sucht – Literatur – Psychodynamik – Existenzanalyse

ADDICTION: IN THE MILD GLEAM OF ILLUSION TO THE ABYSS

While we feel like in paradise intoxicated, experiencing addiction becomes hell. Literary accounts and witnesses of clients describe how it all began so easily: Enticed by the mild gleam of illusion, addicts become slaves to the insubstantiality of existence whilst following the siren-like will-o`-the-wisps. In the estrangement to themselves the voice of conscience fades and having become addicted they drift, apparently helplessly wasting away, towards the abyss. The helpless experience and unauthentic behavior is illustrated on the basis of examples from literature and psychotherapeutic practice. Psychoanalytical theory constructions and the existential analytical perspective enable a therapeutic understanding and indicate first steps out of addiction.

KEYWORDS: addiction, literature, psychodynamics, Existential Analysis

In dem vielbeachteten Essay „Nüchtern: Über das Trinken und das Glück“ gibt der deutsche Journalist und Autor Daniel Schreiber einen berührenden Einblick in sein Erleben seiner Alkoholsucht. Ganz im Sinn des Beitragstitels zeigt sich der milde Glanz der Täuschung und Verführung, wenn er am Beginn schildert: *„Suchen Sie sich einen Ort aus,(…) an den Sie sich gern erinnern. Stellen Sie sich vor, wie Sie ein Walnussbrot aufschneiden, einen provenzalischen Ziegenkäse aus dem Einschlagpapier nehmen, ein paar Muskattrauben dazulegen und sich einen kalifornischen Pinot Noir ins Glas gießen. Wie Sie das Glas zum Mund führen, das weiche Aroma einatmen, einen Schluck nehmen und kurz darauf spüren, wie jenes warme Gefühl der Entspannung durch Ihren Körper fließt. Wie Sie Ihren Partner oder Ihre Partnerin anlächeln, wenn Sie das zweite Glas hinüberreichen. Wie die schiefen Zwischentöne im Zusammenleben der vergangenen Tage, die beiderseitig unausgesprochenen Unzufriedenheiten und bösen Vorahnungen wieder leiser werden. Wie Sie wissen, dass für die nächsten Stunden das Chaos da draußen und auch das in Ihnen weitgehend in den Hintergrund rücken wird. Wie Sie eine Zufriedenheit spüren, die sich ein bisschen wie Glück anfühlt.“*

Ein paar Seiten weiter beschreibt der Autor die teuflische Fratze seiner Sucht eindrücklich (Schreiber 2014, 22):

„Woran ich mich heute erinnere, wenn ich an die letzte Zeit meines Trinkens denke (…): Wie ich verzweifelt im Büro saß und wünschte, dass der Tag bald vorbeigehen würde. Wie ich mitten in der Nacht aufwachte – manchmal auch gerädert auf dem Sofa, weil ich beim Trinken eingeschlafen war – und wusste, dass es so gut wie aussichtslos war, mich wieder schlafen zu legen.

Wie ich mit katerbedingten Magenschmerzen im Flugzeug saß und hoffte, mich nicht übergeben zu müssen. Wie ich nach Absturznächten panisch mein Handy danach durchsuchte, wen ich angerufen und wem ich eine SMS geschrieben hatte, um zu überlegen, ob und bei wem ich mich entschuldigen musste oder wen ich anrufen konnte, um herauszufinden, was passiert war.(…) Wie ich komplett zugekokst nicht mehr einschlafen konnte und, während die Sonne aufging, panische Angst vor dem nächsten und übernächsten Tag hatte, weil da wieder Suizidgedanken aufkommen würden. Wie ich eines Morgens in meiner Wohnung aufwachte und feststellte, dass ich mich in der Nacht zuvor verletzt hatte und nicht mehr wusste wie. Wie ich mit höllischen Kopfschmerzen im langsam kalt werdenden Wasser in der Badewanne lag, zu nichts mehr in der Lage und im vollen Bewusstsein, dass ich den Großteil dieses Tages genau an diesem Ort verbringen würde, erfüllt von dem intensiven Wunsch, mich zu verstecken, zu verschwinden.“

WAS BEDEUTET SUCHT?

Der Autor Daniel Schreiber am Abgrund. In seiner Schilderung wird klar: Sucht als Endstrecke einer süchtigen Entwicklung ist Abwesenheit von Freiheit, ist Obsession. Das unabweisbare Verlangen nach einem bestimmten Gefühls-, Erlebnis oder Bewusstseinszustand (vgl. u.a. Gross 1992, 13) hat Schreiber zur Strecke gebracht. Etymologisch wird Sucht vom mittelhochdeutschem *siech* abgeleitet – es findet sich heute noch in *dahinsiechen* – verweist auf kranksein, denken Sie an Gelbsucht oder Schwindsucht (vgl. u.a. Laux 2013, 330).

Süchtig sein bedeutet aber nicht nur abhängig sein von etwas, sondern auch süchtig sein nach etwas. Diese Dynamik impliziert eine Suche. Gesteigert in der Gier verweist sie auf Sünde und Leidenschaft: Genusssucht, Fresssucht, Eifersucht, Habsucht und Trunksucht. Trunksucht war bis zum 19. Jh. primär ein moralisches Problem. Willenlose charakterschwache Individuen verfielen ihr.

Wonach sehnt sich der Süchtige? Der Wissenschaftsautor Stephan Klein formuliert pointiert: „Sucht ist ein Unglücksfall, der Menschen auf ihrer Suche nach Glück passiert“ und verweist damit auf die Sehnsucht. Auf die Sehnsucht nach dem wahren Leben, nach vitaler Lebendigkeit, nach grenzenloser Freiheit.

ANTIKE SPUREN DER SUCHT

Und auf dieser Suche nach Lebendigkeit und Glück wollen Menschen aller Kulturen zu allen Zeiten den Mühen, Problemen und Ängsten mit „Drogen“ entfliehen. Brauten die Sumerer im Mesopotamien bereits vor 9000 Jahren Bier, so war bereits vor 8000 Jahren in Ägypten durch die Verarbeitung von Weintrauben die Wirkung des Alkohols wohlbekannt. Es fand sich etwa ein Papyruskochbuch mit über 700 Rezepten für die Verwendung von Opium (vgl. u.a. Laux 2013, 331f.)

Die Literaturwissenschafterin Katja Kersten-Babeck analysiert in ihrer Dissertation den "Niederschlag des Alkoholproblems in der antiken griechischen Literatur" nüchtern, wenn sie schreibt: Der charakteristische Rahmen für das Weintrinken war das Symposium. Nach dem Mahl ohne Alkohol folgte das Trinkgelage. Im dionysischen Alkoholdunst der Sakraldroge vollzog sich der unmittelbare Kontakt des profanen Erdenmenschen mit der Götterwelt. Wein galt als Medium des Göttlichen. So soll Aischylos, wie Plutarch behauptet, seine Tragödien "in der Weinhitze" gedichtet haben, Anakreon weisen seine Grabepigramme als "weinberauschten Freund der Gelage" aus, und selbst der vernunftbetonte Sokrates wird als trinkfester Philosoph charakterisiert. Ein weiterer Philosoph, Epiktet (um 50 – um 138 n.Chr.) stellt angesichts des Verfalls der Trinksitten bereits im ersten nachchristlichen Jahrhundert fest: „Der Weinstock trägt drei Trauben: die erste bringt die Sinneslust, die zweite den Rausch, die dritte das Verbrechen.“ (siehe Laux 2013, 331)

Die Sinneslust ist himmlisch: die Süße der Trauben, der Geschmack des Weins, die erotische Ausstrahlung des Gegenübers, die Euphorie beim Spiel. Der Genuss steigert sich, aufgeheitert in lockerer Stimmung kommen wir uns näher. Ängste und Probleme verflüchtigen sich ins Vergessen, Glück und Zufriedenheit kehrt ein.

RAUSCH UND EKSTASE

Gesteigert im Rausch, in der Verzückung, in der Ekstase können dann paradiesische Zustände erlebt werden. Selbstvergessen gehen wir aus uns heraus und über uns hinaus in den Raum grenzenloser Möglichkeit. Diese dionysische Erfahrung der Selbstentgrenzung lässt uns ein Gefühl unendlicher Kraft und Macht im Rausch erleben. Endlichkeit wird zur Unendlichkeit (siehe auch Schmid 2013, 292ff.).

ZWISCHEN RAUSCH UND NÜCHTERNHEIT

Mein Klient, nennen wir ihn Andreas, seit acht Jahren substanzfrei, beschreibt es so:

„Für einen kurzen Moment das Paradies betreten, das Unbeschreibliche erleben, die eigenen Grenzen hinter sich lassen. Der kurze Kick. Der Alltag löst sich auf, Raum und Zeit verlieren sich. Einsamkeit und Angst sind wie ausgelöscht. Ich schwebe glückselig.“

Gleichzeitig muss der Rausch auch wieder ein Ende haben. Exzesse sind anstrengend und kosten Energie. Die Ernüchterung des Lebens, die lebbare Realität lässt apollinisch Formen und Grenzen wieder aufscheinen. Der Rausch ist zeitlich begrenzt, der rauschhafte Zustand verändert sich, ist vergänglich. Verweigert sich der Berauschte der apollinischen Aufklärungskraft, läuft er Gefahr, sich im dionysischen Meer zu verlieren und von den Göttern abgewandt siechend am Meeresboden sein Dasein zu fristen. Der sinnentleerte Rausch, auf seinen profanen Zweck entkleidet, verführt verletzte initialverstimmte Seelen durch sirenische Stimmen, die Heilung und Schmerzfreiheit versprechen, in deren Resonanz aber Verzweiflung und Tod hallen (vgl. auch Gruninger 2013, 320).

In bedrohlicher Schräglage müssen wir wählen: Fortdauer der rauschhaften Ekstase oder ein Ende in Nüchternheit. Der Versuch, den Rausch grenzenlos haben zu wollen führt in die Sucht, mit ihren fatalen Folgen: Leiblich an die berauschenden Stoffe oder den Kick von Verhaltenssüchten gewöhnt, wollen wir nur mehr die lustvollen Gefühle genießen oder die Unlust vermeiden und unser Denken dreht sich nur mehr darum, wie dieses Schweben über den Anforderungen der Realität gewährleistet werden kann.

WALTHER RHEINER: KOKAIN

Lassen wir Walther Rheiner, Literat und selbst süchtig in seinem Roman „Kokain“ zu Wort kommen. Sein Protagonist Tobias konnte sich nach hartem Ringen die notwendige Dosis besorgen:

„Nun war kein Sinnen mehr und keine Gedanken, keine Sorge und keine Frage, da er das ewige Gift in den Händen hielt, die sich wie zum Gebet um die kleine sechseckige Flasche falteten. Er selbst war jetzt das Leben, und sein Herz übertönte die Welt!

Im Café, auf der Toilette, gab er sich drei Injektionen hintereinander, verschloß Flasche und Injektionsspritze wieder sorgfältig und steckte alles in die Hosentasche. „Nun fühlte er sich frei und leicht, spielerisch, ein junger Gott! Strahlend betrat er das Café und lächelte den jungen Frauen zu, rümpfte die Nase über die eleganten Kavaliere. Ein Wink von ihm, und er würde, Ikarus, dem göttlichen Jüngling gleich, lächelnd an die Decke schweben, singend über den Baldachin des Vorgartens gleiten und auf zu den knisternden Sternen kreisen.“

Hier fühlt sich Leben im Rauschhaften noch himmlisch an. Die Hölle zeigt sich in der nächsten Textstelle:

Er drückte sich eilig die Häuser entlang, die Joachimsthaler Straße hinauf, zum Bahnhof: schon gehetztes Wild, verscheucht von jedem Fensterladen, der sein Licht auf ihn warf.

Was blieb ihm übrig in solcher Not, da Gott ihn höhnisch auf den nächtigen Wolken anschrie und Erzengel eherne Fäuste schüttelten, daß die Straßen klirrend widerhallten? Was blieb anderes als das gebenedeite Gift, das er in der

Tasche trug?

Die Tränen stiegen ihm bereits in die Kehle, als er in der Bahnhofshalle verschwand. Wieder kehrte er ein bei den Aborten, er, der stete Gast, er, die stinkende Kellerassel (…) alles schaute diesem Menschen nach, der, einem Betrunkenen ähnlich, zu den Aborten torkelte.

Er riegelte sich auf einem der Klosetts ein. Was war das für ein Leben? Ein Aasleben! O du verhaßt-geliebtes Gift, Kokain, Kokain … und er nahm zwei neue Injektionen vor, in beide Oberschenkel je eine. Das erleichterte einen Augenblick…

Dann betete er, murmelnd: Gib, lieber Herr von Gott, du selige Exzellenz, gib, daß ich bei der nächsten Injektion lautlos verrecke!

Da gibt es keinen Lustgewinn: Nur einen erschreckenden Aufschrei der Verzweiflung mit Getriebenheit, Gier, Angst und Paranoia, die in der Fraternisierung mit dem Tod mündet.

Hier ist es ein Außenseiter, der illegale Drogen benutzt. In der eingangs zitierten Textstelle von Daniel Schreiber ist es ein Journalist, der vermeintlich mitten im Leben steht. Es gab schon immer eine gewisse Anzahl von Menschen, die mit legalen und illegalen Drogen nicht umgehen konnten. Sie erlagen der Verführung, der die Realität weichspülenden psychotropen Effekte, sie wollten einfach nur vergessen. Sie verloren in den unzähligen Wiederholungen die Kontrolle über ihre Gewohnheiten und wurden schließlich süchtig.

SUCHT IN ÖSTERREICH

Dass die Anzahl der Betroffenen alarmierend und im wahrsten Sinn des Wortes ernüchternd ist, zeigt ein Factsheet des Anton-Proksch-Instituts in Wien. Die Zahlen gelten für Österreich[1], stellen sich für Deutschland und die Schweiz im Verhältnis nicht wesentlich anders dar.

In Österreich nehmen Suchterkrankungen generell zu.

- Rund 330.000 erwachsene Österreicher sind alkoholabhängig sind. Das Verhältnis Männer zu Frauen beträgt etwa 4:1.
- 870.000 sind in ernster Gefahr, in die Alkoholabhängigkeit abzugleiten. Im EU-Vergleich liegt Österreich hinsichtlich Alkoholerkrankungen im Spitzenfeld!
- Rund 1,3 – 1,6 Mio. sind nikotinabhängig.
- 110.000 – 130.000 ÖsterreicherInnen gelten als medikamentenabhängig.
- Von Spielsucht (z.B. Automatenspiel oder Glücksspiel im Casino) sind neuesten Schätzungen zufolge bereits rund 40.000 – 60.000 ÖsterreicherInnen betroffen.
- Die Sucht nach Onlinespielen ist ebenfalls im Vormarsch. Geschätzte 60.000 Betroffene in Österreich sind stark gefährdet oder bereits internetabhängig. Jugendliche zwischen 16 und 25 Jahren nehmen hier den ersten Platz ein.
- Rund 600.000 ÖsterreicherInnen neigen zu gesteigertem bis hin zu exzessivem Konsumverhalten, wobei ein Absinken des Durchschnittsalters zu beobachten ist.
- 20.000 – 30.000 ÖsterreicherInnen zählen zu SuchtgiftkonsumentInnen mit einer Abhängigkeit von illegalen Drogen (überwiegend Opiate).

DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL DER SUCHT

Für ein Verstehen einer Suchtentwicklung sind multifaktorielle, sogenannte bio-psycho-soziale Modelle (vgl. Feuerlein et al. 1998, Bilitza 2009) notwendig. Dabei beeinflussen sich konstitutionelle und genetische Faktoren, Triebfixierungen, frühe internalisierte Beziehungserfahrungen, erworbene Bewältigungsmechanismen des Ich, soziale Beziehungen sowie die physiologisch-biochemischen Auswirkungen der Drogen gegenseitig. Auf die Neurobiologie der Sucht kann in diesem Beitrag nicht näher eingegangen werden …[2]

Das *soziale Umfeld* reicht von der Familie und Freundeskreis bis zu gesellschaftlichen Bedingungen. Kulturelle und religiöse Normen hindern oder fördern Konsummuster. Die Zahlen des Alkoholkonsums für Österreich als Permissivkultur wären in Abstinenzkulturen, wie wir sie etwa in islamischen Staaten vorfinden undenkbar.

Die Zahlen für illegale Drogenkonsumenten sind wesentlich geringer. Die Diskussion um die Freigabe von weichen Drogen ist zweischneidig. Interessanterweise schlug vor kurzem ein deutscher Wirtschaftsweiser die Freigabe von Cannabis aus ökonomischen Gründen vor. Der Staat verdient wie bei Alkohol und Zigaretten, die Konsumenten werden entkriminalisiert. Eigentlich hat der Vorschlag ja eine nachvollziehbare Logik: Es sind wirtschaftliche Gründe, die die Wettlust bei spannenden Sportevents auch im öffentlichen Fernsehen offensiv nach dem Motto: „Das Leben ist ein Spiel“ entzünden. Dadurch werden unendliche ökonomische Möglichkeiten suggeriert: Sie werden reicher als reich!

Die Realität sieht anders aus: Spielsüchtige sind in Österreich mit durchschnittlich 50.000 Euro verschuldet. Jedes dritte Gewaltdelikt ereignet sich unter Alkoholeinfluss. Jeder 11. Verkehrstote ist Folge eines Alkoholunfalls.

Das *Suchtpotential* der einzelnen konsumierbaren Substanzen ist unterschiedlich. Einfach gesagt: Je höher die Suchtpotenz desto dominanter ist ihr Effekt für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Sucht. Zigarettenrauchen erzeugt übrigens die höchste Abhängigkeitsrate. Von Menschen, die gelegentlich rauchen werden ein Drittel abhängig. Personen, die ab und zu trinken, werden zu 15 % abhängig. Bei Heroin sind es 23 %, bei Kokain 17 % und bei Cannabis knapp 10 % (Anthony et al. 1994 zit. in Schreiber 2014, 71).

VON DER AUTONOMIE

Ein wesentlicher Wert in unserer Gesellschaft ist die Idee von der Autonomie des Menschen, autos nomos, der Mensch sei Gesetz seiner selbst und unabhängig von einem Herrscher. Autonomie wird so als „Freiheit der Machbarkeit“ verstanden. Der Mensch ist demnach ein Wesen, das

[1] Die Werte des factsheets werden nach aktuellen Befunden, laut einer mündlichen Mitteilung von Michael Musalek, mittlerweile sogar um etwa 5 % höher geschätzt.

[2] Thomas Mell von der Charite in Berlin hat im Rahmen des GLE-Kongresses „Sucht. Wege aus dem Verfallensein“ zur Neurobiologie der Sucht am Beispiel der Alkoholabhängigkeit referiert. Dieser Beitrag liegt als CD Mitschnitt vor und wurde von Auditorium Netzwerk publiziert.

seiner Welt primär unabhängig gegenüber steht und an ihr mehr oder weniger teilhat.

Gilt das auch für eine Gesellschaft in der so viel Süchtiges, soviel Überhandnehmendes ist?

In unserer freiheitlichen Gesellschaft werden legale Suchtmittel und psychotrope Techniken in die Verfügungsgewalt des Individuums gegeben. Nun erkrankt der Süchtige an den pathogenen Verhältnissen seiner süchtigen, soziokulturellen Umwelt. Die neuere Psychoanalyse spricht von der unbewussten Mentalisierung dieser Zusammenhänge (vgl. Bilitza 2009, 8).

Wenn nun das Individuum die ursprünglich angestrebte Freiheit und somit Selbstbestimmung im Handeln und im Umgang mit Lustvollem an einen inneren, unsichtbaren Souverän zurückgeben muss, der ihm im milden Glanz Fürsorglichkeit vortäuscht, es aber an den Abgrund führt und es zunehmend grausam beherrscht, so wird die eigentliche Tragik der Sucht sichtbar. „Das Subjekt wird als Objekt von der Substanz konsumiert" konstatiert Sloterdijk (1993, 156).

Damit sind wir bei der Grundfrage des Verständnisses der Sucht: Sind wir süchtig, weil wir süchtigmachende Substanzen konsumieren und Verhaltenssüchten frönen, oder braucht es ein prämorbides Subjekt, das strukturell gestört auf Substanzen und Verhaltensweisen zunehmend süchtig reagiert? Mir scheint ein fluides Sowohl-als-auch naheliegend.

DIE PSYCHODYNAMIK DER SUCHT ERGÄNZT UM DIE EXISTENZANALYTISCHE PERSPEKTIVE

Sucht kann als Spitze eines Eisbergs mit Konfliktpathologie, Entwicklungspathologie und Psychotraumatologie, wie es Bilitza (2009, 22f.) vorschlägt, gesehen werden.

Im triebpsychologischen Modell der klassischen Psychoanalyse der Sucht strebt der Süchtige nach Lustgewinn: Sein schwaches Ich und gering entwickeltes Über-Ich unterliegen dem Lustprinzip. Es geht darum Unlust zu verhindern und Lust zu maximieren wie beispielhaft in Hans Falladas „Der Trinker" (siehe auch Kruse et al 2000):

Und er wird mir meinen Wunsch erfüllen und mit dem Glas an mein Lager treten, und ich werde trinken, nach so vielen Jahren der Entbehrung endlich wieder trinken, Schluck für Schluck, in langen Abständen, voll das unendliche Glück auskostend. Und ich werde noch einmal jung werden, und ich werde die Welt blühen sehen mit allen Frühlingen und allen Rosen und den jungen Mädchen von eh und je.

Hans Fallada war getrieben vom Schreiben und vom Leben, doch das Leben entzog sich ihm. Fallada – ein Sehnsüchtiger – hin- und hergerissen zwischen dem Sehnen und der Sucht, abhängig vom Tagesquantum geschaffter Seitenzahlen, der Arbeit am Text, aber auch abhängig von Morphium, Alkohol und Tabak.

Der psychodynamische Zugang zum Verständnis der Suchterkrankung fokussiert heute nicht mehr die gesteigerte hedonistische Suche des Süchtigen nach Lustgewinn, sondern sieht sein Streben nach Unlustvermeidung mit Reizabschirmung und narzisstischer Selbststabilisierung.

In der Existenzanalyse sehen wir den Sachverhalt ähnlich. In der Phase der Verführung mit Entlastung, Gemeinschaftsgefühl, mit lustvollem Feiern geht es allerdings durchaus um die Vermehrung des Angenehmen. *„Wenn's mir gut geht, will ich trinken, wenn's mir schlecht geht, hilft's mir kurzfristig auch, wenn ich was trinke. Das was ansteht, ist dann nicht mehr so bedrohlich, ist eh wurscht",* sagt ein Klient.

Diese Sichtweise beschreibt den eher neurotischen Süchtigen, wie er uns in der Praxis begegnet. Dabei steigert die Stoffwirkung des Alkohols oder die Reizwirkung beim Spiel das „gute" Leben. Die Probleme verschwinden, das Über-Ich löst sich zunehmend auf, die Anforderungen der Realität verblassen. Dass sich ein Defizit an erfülltem Leben und ein Zuwachs an Problemen potenzieren, liegt nahe. Im Verlauf einer Suchtentwicklung gab es eine lange Kette von Entscheidungen für das Suchtmittel oder für das süchtige Verhalten, wodurch die Sucht gebahnt wurde. Ob starke verführerische Lusterlebnisse, Kicks, Gewohnheiten oder Ängste, Depressionen, Störungen des Selbst verursachend beteiligt waren, die Entscheidungen für das Suchtmittel oder zur Verhaltenssucht wurden vom Individuum getroffen, auch wenn sie sich im nachhinein als Fehlentscheidungen herausgestellt haben (vgl. auch Peschel 1988, 219ff.).

Eine wesentlich schwierigere Ausgangsposition sich als Person zu aktualisieren haben Menschen mit Ich-strukturellen Störungen, d.h. Störungen der Impulskontrolle, der Affektregulierung und der Realitätswahrnehmung.

Nach Khantzian (1998) setzen Süchtige Alkohol und andere süchtig machende Drogen als Versuch zur Selbstbehandlung ein, um ihr Leiden und ihr Leben zu regulieren. Entwicklungsdefizite und Traumatisierungen können zu erheblichen Ich-Funktionseinschränkungen führen. Für Khantzian ist die Selbstfürsorge von besonderer Bedeutung. Als Kind missachtet, zurückgewiesen, misshandelt und missbraucht worden zu sein, führt häufig dazu, dass Ängste und die schmerzhaften Gefühle ausgeblendet und die eigenen Gefühle nicht ernst genommen werden. Betroffene erleben sich als minderwertig und nicht liebenswert und gehen entsprechend vernachlässigend mit sich um. Süchtige kümmern sich kaum um reale und mögliche Gefährdungen ihres Wohlbefindens.

Aus einer existenzanalytischen Perspektive könnte man den pathologischen Selbstheilungsversuch der Ich-Organisation als Leistung des Willens sehen, der das für das Ich Machbare realisiert, obwohl es mit der Person nicht wirklich übereinstimmt. Möglicherweise werden wir, wenn der Wert „Abstinenz" oder Substanzfreiheit noch nicht lebbar ist, in einer achtsamen und bewussten Entscheidung für das Suchtmittel einen ersten Schritt aus dem Dilemma wagen. Grundsätzlich wird die Existenzanalyse bei schwer Süchtigen ihrem Strukturmodell folgen und die Defizite in den Grundbedingungen der Existenz beleuchten, um die suchtbedingte Einschränkung des freien Vollzugs der ureigenen Lebensmöglichkeiten frei legen zu können. Mit Hilfe der Personalen Existenzanalyse (Längle 2000) werden Blockierungen der personalen Kompetenzen gelockert, um der Entthronung der Person in der Sucht entgegenzuwirken (siehe dazu auch den Beitrag von Längle in diesem Kongressbericht).

Die Selbstdestruktivität des Süchtigen – es wird ja auch von Sucht als protrahiertem Suizid gesprochen – erklärt sich nach Kernberg (1988) im pathologischen grandiosen Selbst, in dem sadistische Über-Ich-Vorläufer dominieren: tröstende Instanzen konnten nicht ausreichend integriert ausgebildet werden. Möglichen Verletzungen der Grandiosität wird des-

halb durch den Einsatz des Suchtmittels zuvorgekommen. Immer sind die anderen schuld, der Arbeitsplatzverlust, die Trennung des Partners, all das lässt nur eine Möglichkeit zu: nämlich die zu trinken.

Therapeutisch ist vorerst der Fokus auf die Selbstschädigung zu legen und darauf zu achten, dass die direkte Selbsttötung als irreparabler Zustand verhütet wird.

Die Suchterkrankung als Traumafolgestörung wird in den Theorien zur Sucht auch von Bilitza (2009) in den Blick zu genommen. Sucht kann dann als chemisch erzeugte emotionale Anästhesie und Dissoziation im Dienste der psychotraumatischen Abwehr verstanden werden. Die süchtige Phantasie und süchtige Beziehung dient gegen Retraumatisierung und Reviktimisierung (Möllering 2009)[3]. Zum Thema Trauma und Sucht sei an dieser Stelle auf dem Beitrag von Voigt in diesem Kongressbericht verwiesen.

DIE EXISTENZIELLE DYNAMIK DER SUCHT

Sucht geht einher mit einem Kontrollverlust. Der Kontrollverlust besteht darin, dass Betroffene durch das sogenannte Craving, das Suchtmittel oder die Verhaltenssucht einsetzen, obwohl sie sie im Grunde nicht wollen. Der Kontrollverlust bedeutet, dass der Wille etwas begehrt, das mit der Person im Grunde nicht übereinstimmt (Längle 1997). Es kommt zum eingangs erwähnten Verlust der Freiheit mit apersonalem Verhalten und zu einem reduzierten Weltbezug, der nur mehr nach dem Konsum des Suchtmittels oder der Ausübung der Verhaltenssucht giert. Der Teufelskreislauf der Sucht klinkt ein:

Die quälende innere Leere verlangt nach dem vermehrten Gebrauch des Suchtmittels oder nach der Ausübung der Verhaltenssucht, es kommt zu einer obsessiven Einengung des gesamten Interesses auf diese psychotrope Technik (Schlimme 2008). Dabei tritt das dranghafte Bedürfnis oder Verhalten immer öfter und mit immer weniger Befriedigung auf. Das Objekt des Genusses hat seinen Zauber verloren und wird auf seine Wirkung reduziert, was früher oder später zu Freudlosigkeit und Genussunfähigkeit und schließlich deprimiert in die Aussichtslosigkeit und eine abgrundtiefe Verzweiflung führt.

Der Blick in den Abgrund, das Wahrnehmen des Grundes im Abgrund kann eine erste Bewegung aus dem Verfallensein bedeuten. Es auszuhalten, sich so verstiegen zu haben, die Trauer, Schuld und Scham zuzulassen und sich hörend dem Ruf des Gewissens zuzuwenden: Hören, was uns das Gewissen still zu vernehmen gibt. Wer hinhört, wer das Sprechen der Person aus unbewusster Tiefe versteht und sich entschließt ihr zu folgen, der ist frei zu sein, was er ist und weiß nun staunend: Ich werde mein Leben meistern (siehe auch Spitzer 2013).

Lassen wir zum Abschluss meinen Klienten Andreas sprechen:

Schuldgefühle, Scham und Trauer scheinen endlos. Die Vorstellung an ein drogenfreies Leben scheint surreal. Die Sucht scheint übermächtig zu sein, immer wieder Rückfälle, Verzweiflung und Ohnmacht als ständige Begleiter.

Und doch irgendwann: Es gibt es einen Weg aus dem Teufelskreislauf der Sucht. Der Sehnsucht nach Leben folgen, sich einlassen auf die Einsamkeit und Trauer. Dem Verlangen widerstehen, all diese Gefühle mit Hilfe von Drogen für einen Moment wegzuschieben. Lernen, die Einsamkeit und Isoliertheit zu ertragen, zu durchwandern und zu sich zu finden. Sich von der Ichzentriertheit zu lösen, dem Außen, dem Anderen zuzuwenden und in Beziehung zu treten. Einen Sinn im eigenen Leben zu finden, für den es sich lohnt den immer wieder kehrenden Versuchungen der Drogen stand zu halten.

Andreas ist seit acht Jahren substanzfrei, hat sein Studium abgeschlossen und arbeitet erfolgreich im psycho-sozialen Feld: Er meistert sein Leben.

Literatur:

Bilitza K (Hg) (2009) Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Fallada H (2011) Der Trinker. Berlin: atb

Feuerlein W, Küfner H, Soyka M, Dittmann V, Haller R (1998) Alkoholismus – Missbrauch und Abhängigkeit. Entstehung – Folgen – Therapie. Stuttgart: Thieme

Gross W (1992) Was sucht der Süchtige in der Sucht? Geesthacht: Neuland

Gruninger N (2013) Tempel im Gehör. Über die Heilkraft des Hörens. In: Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 2/4, 314–321

Kernberg O (1988) Innere Welt und äußere Realität: Anwendungen der Objektbeziehungstheorie. München-Wien: Verlag Internat. Psychoanal.

Khantzian EJ (1998) Treating Addictions as a Human Process. Northvale a. New Jersey: Jason Aronson

Kruse G, Körkel J, Schmalz U (2000) Alkoholabhängigkeit erkennen und behandeln. Bonn: Psychiatrie-Verlag

Längle A (Hg) (1997) Süchtig sein: Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: facultas

Längle A (Hg) (2000) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: facultas

Laux G (2013) Abhängigkeit und Sucht. In: Möller HJ, Laux G, Deister A (2013) Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 330–377

Möllering A (2009) Zur Ätiologie der Sucht als Traumafolgeerkrankung. In Bilitza (Hg) Psychodynamik der Sucht. Psychoanalytische Beiträge zur Theorie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 151–168

Peschel HW (1988) Existenzanalyse des Alkoholismus und einige Hinweise für die therapeutische Praxis. In: Längle A (Hg) Entscheidung zum Sein. Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis. München: Piper, 214–229

Rheiner W (1918/1982) Kokain und andere Prosa. Berlin: Agora

Schlimme JE (2008) Versuch eines phänomenologischen Verständnisses der Sucht. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 31/1, 5–12

Schmid W (2013) Mit sich selbst befreundet sein. Von der Lebenskunst im Umgang mit sich selbst. Frankfurt am Main: suhrkamp taschenbuch

Schreiber D (2014) Nüchtern. Über das Trinken und das Glück. Berlin: Hanser

Sloterdijk P (1993) Weltfremdheit. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Spitzer Ch (2013) Der Zauberlehrling des Seins. Suchtverständnis und Suchtbehandlung vor dem Hintergrund der psychotherapeutischen Daseinsanalyse. In: Rausch. Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 2/4, 289–297

Anschrift des Verfassers:

Dr. Anton Nindl

Linzer Gasse 4

A – 5020 Salzburg

anton.nindl@existenzanalyse.org

[3] In der existenzanalytischen Weiterbildung zur Psychotraumatologie von Tutsch, Reddemann und Bukovski wird das Struktur- und Prozessmodel der Existenzanalyse mit ichpsychologischen und imaginativen Aspekten verwoben und bietet einen wertvollen Zugang zur Behandlung traumatisierter Betroffener.

VERZWEIFLUNG IM SELBST

Zu den tieferen existentialen Ursachen der Sucht[1]

Emmanuel J. Bauer

Noch bevor genetische Faktoren und neuronale Muster schlagend oder biochemisch messbare Degenerationserscheinungen manifest und als unmittelbare Ursachen der Sucht diagnostiziert werden können, ist der süchtige Mensch existential von der Verzweiflung am Selbst (Kierkegaard) und von der Verfallenheit an das Man (Heidegger) in ihren verschiedenen Konkretionen gezeichnet. Die darin sichtbar werdende „Geistlosigkeit" (Kierkegaard), die letztlich Selbst-losigkeit und Selbst-Sucht in einem ist, sowie das Scheitern an der Aufgabe, zur Eigentlichkeit des eigenen Daseins vorzudringen, sind unter fundamentalontologischem und existenzanalytischem Gesichtspunkt der wohl nur mittelbare, aber doch eigentliche und tiefste Grund für das Entstehen eines Suchtverhaltens des Menschen. Diese tiefe existentialphilosophische Struktur lässt verstehen, dass und warum Suchtverhalten in gewissem Maß und meist in latenter und kontrollierbarer Form fast bei jedem Menschen auftritt. Während die rein medizinisch, empirisch-psychologische, therapeutische Perspektive vornehmlich auf „Reparatur" abzielt, hat das existenzphilosophische Verstehen der Sucht-Gründe den großen Wert, der Neigung zur Sucht präventiv zu begegnen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Verfallenheit, (tiefe) Langeweile (Heidegger), Verzweiflung (Kierkegaard)

DESPAIR OF SELF
On the deeper existential cause of addiction[1]

Before genetic factors and neuronal patterns become effective or biochemically measurable signs of degeneration manifest themselves and can be diagnosed as the immediate cause for addiction, the addict is existentially marked by the despair of self (Kierkegaard's „Verzweiflung am Selbst") and a fallenness onto one (Heidegger's „Verfallenheit an das Man") in its various concretions. Seen from a fundamental ontological and existential analytical perspective, the lack of spirit (Kierkegaard's Geistlosigkeit) becoming apparent therein, which is ultimately self-lessness and self-ishness (self addictedness) rolled into one, as well as the failure in the task to attain authenticity (Eigentlichkeit) for one's being-in-existence, are merely the indirect but surely the actual and deepest reason for the development of human addictive behavior. This deep existential philosophical structure enables us to understand that and why addictive behavior to a certain extent occurs with nearly all human beings in a usually latent but controllable form. While the purely medical, empiric-psychological, therapeutic perspective principally targets reparation, the existential philosophical understanding of addiction-causes has great value due to its capability to preventively face addiction tendencies.

KEYWORDS: fallenness, (deep) boredom (Heidegger), despair (Kierkegaard)

Gero Miesenböck, der berühmte österreichische Neurophysiologe an der Universität Oxford, arbeitet an der Entwicklung der Optogenetik, einer neuen Technologie, in der die Effekte der Optik auf genetische Prozesse angewendet werden. Er äußerte vor kurzem in einem ORF-Interview die Überzeugung, dass es in wenigen Jahren möglich sein wird, Sucht oder Angststörungen im Gehirn wie Licht aus- und einzuschalten und Erkrankungen wie Parkinson oder Epilepsie mit Hilfe der gezielten Wirkung von Lichtimpulsen auf die Neuronen zu heilen.[2]

Für Menschen in heilenden Berufen, etwa Psychotherapeuten, müssen derartige Prognosen in gewissem Sinn schockierend, im anderen Sinn vielleicht auch demotivierend sein. Haben sie den scheinbar so einfachen, wirklich effizienten Schlüssel zur Heilung übersehen? Vor allem aber sehen sie sich mit der Frage konfrontiert, ob es angesichts solcher Versprechungen überhaupt noch sinnvoll ist, dass sich auf einem internationalen Kongress so viele Menschen so viele Gedanken darüber machen, was Sucht ist und wie man sie therapieren kann. Erst recht wird sich die Philosophie die Frage gefallen lassen müssen, welchen essentiellen und effektiven Beitrag sie, unter diesen Voraussetzungen in dieser Problematik, glaubt leisten zu können. Kurz gesagt: Wäre es nicht viel vernünftiger, einfach nach dem richtigen Lichtschalter zu suchen?

1. EXISTENZPHILOSOPHISCHE ANNÄHERUNG

1.1. Gegen hirnphysiologischen Reduktionismus und Exklusivismus

Der Sucht auch existenzphilosophisch auf den Grund zu gehen scheint mir schon allein aus wissenschaftstheoretischen Überlegungen wichtig zu sein. Denn de facto erhoben in den letzten Jahrzehnten zunehmend die rein empirischen Naturwissenschaften das Monopol auf die ad-

[1] Die vorliegenden Ausführungen dokumentieren einen Vortrag am Internationalen Kongress über „Sucht" vom 1. Mai 2015 an der Universität Salzburg. Der Text behält ganz bewusst den lebendigeren Vortragsstil bei und beschränkt sich daher nur auf die notwendigsten Fußnoten.
The following discussion documents a lecture at the international congress on addiction on the 1st of May 2015 at the University of Salzburg. The text deliberately maintains its vivid presentation style and is therefore limited to the necessary footnotes.

[2] Vgl. dazu die ORF-Sendung „science.talk" vom 25.02.2015 sowie Miesenböck 2009 und Lima & Miesenböck 2005.

äquate Erklärung des Suchtphänomens. Eine existenzphilosophische Erhellung des Problems bedeutet eo ipso einen Beitrag zur notwendigen Infragestellung dieses Alleinstellungsanspruchs. Dieses Anliegen verfolgte übrigens schon Karl Jaspers am Beginn des 20. Jahrhunderts. Er beklagte in der ersten Ausgabe seiner *Allgemeinen Psychopathologie (1913),* dass sich sowohl die Theoriebildung als auch die Methodologie der Psychopathologie zu sehr in die Abhängigkeit eines naturwissenschaftlichen, namentlich hirnphysiologischen Reduktionismus begeben haben (vgl. Jaspers 1959, 382).

Nun wird **heute** niemand bestreiten, dass die Erkenntnisse der Neurophysiologie für das Verständnis und die Therapie von psychischen Krankheiten größte Bedeutung haben. Das Problem liegt im exklusivistischen Anspruch der Neurowissenschaften, d. h. in der Überzeugung, die neurophysiologischen Befunde seien die schlechthin adäquate und *hinreichende* Beschreibung psychischer Phänomene, so als ob psychische Zustände und Vorgänge bloße Epiphänomene neuronaler Prozesse wären.

Inzwischen sind sich die meisten Forscher der Wechselwirkung von Psyche und Soma bewusst und verstehen, um mit Thomas Fuchs zu sprechen, das Gehirn nicht bloß als biochemisches Substrat, sondern mit Blick auf die Neuroplastizität „als ein geschichtlich und sozial konstituiertes, bedeutungstragendes Organ […], das biologische Prozesse und (inter-)subjektive Erfahrungen fortwährend ineinander übersetzt" (Fuchs 2013, 23).

Unter diesen Voraussetzungen wird klar, dass psychische Krankheiten nicht bloß neurologische Prozesse im Gehirn sind, sondern den Menschen in seiner leib-seelischen Ganzheit und seinem personalen In-der-Welt-Sein betreffen. Sie verlangen daher auch einen transdisziplinären Zugang, in dem auch die Philosophie ihren Platz haben sollte.

1.2. Fundamentalontologischer Ort der Sucht

Zum anderen sind es ontisch-existentielle Erfahrungen, die eine philosophisch-anthropologische Grundlegung menschlicher Sucht nicht nur als berechtigt, sondern auch als notwendig erscheinen lassen. Ausgangspunkt dieser Überlegung ist die Tatsache, dass letztlich jeder Mensch in einem gewissen Maß „süchtig" ist, quasi den Keim der Sucht in sich trägt. Wir alle kennen Redensarten, die das verdeutlichen: Etwa wenn jemand sagt „Nach Schokolade bin ich richtiggehend süchtig" oder „Bei einem Krimi kann ich nicht mehr aufhören zu lesen" oder „Ohne noch in Facebook nachzuschauen, ob es für mich neue Nachrichten gibt, kann ich nicht einschlafen".

Wenn nun Sucht de facto in nuce *ontisch-existentiell* im Leben eines jeden Menschen vorkommt, dann muss Sucht auch etwas mit der *ontologisch-existentialen* Struktur des Menschen als Menschen zu tun haben. Diese fundamentalontologische Verankerung der Sucht im Wesen des Menschseins freizulegen, also Sucht als quasi transzendentales Existential aufzuweisen, ist unverzichtbar und sollte nicht nur Hobby oder praktizierte Sucht von Philosophen sein. Denn es handelt sich dabei zwar nur um die mittelbaren, letztlich aber doch eigentlichen und tiefsten Gründe für das Entstehen menschlichen Suchtverhaltens. Diese zu kennen, hilft uns *einerseits* verstehen, dass und warum Suchtverhalten in gewissem Maß und meist in latenter und kontrollierter Form bei (fast) jedem Menschen auftritt, und zeigt *andererseits* Wege auf, der Neigung zur Sucht präventiv zu begegnen. Während nämlich die rein medizinisch, empirisch-psychologische, therapeutische Perspektive vornehmlich auf „Reparatur", auf die Befreiung des Menschen von den zerstörerischen Suchtfolgen, abzielt, ist das existenzphilosophische Verstehen der Sucht-Gründe unerlässlich dafür, einen präventiven Umgang mit der Sucht zu finden.

2. DER EXISTENTIAL-ONTOLOGISCHE SITZ IM LEBEN DES SUCHTVERHALTENS

Auf die Frage, in welcher Weise Suchtverhalten als Möglichkeit und Wirklichkeit in der Wesensstruktur des Menschen verankert ist, geben meines Erachtens vor allem drei philosophische Ansätze Aufschluss, nämlich Heideggers Existential der Sorge, seine Philosophie der Langeweile sowie Kierkegaards Gedanke der Verzweiflung im bzw. am Selbst.

2.1. Flucht aus dem Würgegriff der Sorge (Heidegger)

Martin Heidegger versuchte in seinem Hauptwerk *Sein und Zeit (SZ) (1927)* die im Wesen des Menschen liegenden Strukturen freizulegen, die verstehen lassen, warum sich im menschlichen Leben letztlich alles um das Selbst-Sein dreht (Heidegger 1979). Aus der eigenen Mitte heraus selbstständig, authentisch und selbstverantwortlich sein Leben zu gestalten, wie man Selbstsein umschreiben könnte, stellt ja auch heute trotz aller postmodernen Infragestellung des Subjekts die zentrale existentielle Herausforderung der menschlichen Existenz dar.

Des Menschen Art zu sein ist nach Heidegger wesentlich dadurch bestimmt, dass es ihm in seinem Sein immer um sein eigenes Sein geht, dass er also in einem je schon fragenden, suchenden, deutenden, verstehenden und antwortenden Verhältnis zu sich steht. Mit jedem Gedanken, jedem Wort und jeder Handlung kann er mehr oder minder explizit eine Entscheidung darüber treffen, welche Gestalt und innere Qualität das eigene Sein haben soll.

Die Bedingung dafür ist, dass menschliches Dasein seinem Wesen nach „mögliches Sein" (vgl. Jaspers 1963, 115 f und 2012, 54 f) bzw. entwerfendes „Sein zu Möglichkeiten" (vgl. Heidegger SZ, § 53, 262–264 sowie ders. 1978, 316 und 322f) ist. Dabei geht es nicht um irgendwelche Optionen, sondern jeweils um die „eigenste Möglichkeit" (SZ, § 9, 42). Damit ist gemeint, dass das Dasein die Möglichkeit hat, „es selbst oder nicht es selbst zu sein" (SZ, § 4, 12), anders gesagt, sich selbst zu wählen oder sich selbst zu verlieren bzw. sich selbst bloß scheinbar zu gewinnen. Das ist das Kriterium für Eigentlichkeit oder Uneigentlichkeit des Daseins.

Spannend ist nun die Frage, in welchem Verhältnis diese beiden Seinsmodi stehen. Die Antwort Heideggers überrascht: Wohl ist das Dasein frei für das eigenste Selbstseinkönnen, aber „zunächst und zumeist ist das Dasein an seine 'Welt' verloren" (SZ, § 44, 221) und verfallend beim Innerweltlichen. Das heißt, „Verfallenheit an die 'Welt'" ist der

normale, ursprüngliche Modus des In-der-Welt-Seins des Menschen. Wir sind von Grund auf existentielle Dumpfbacken! Und das in einem wertneutralen, rein ontologisch verstandenen Sinn. Denn das faktische In-der-Welt-Sein ist als *konkretes* immer schon in der zu besorgenden Welt aufgegangen. In diesem Sinne sagt Heidegger: Das Dasein ist „an ihm selbst *versucherisch"* (SZ, § 38, 177) und *„wesenhaft verfallend"* (SZ, § 44, 222).

Was meint dieses **Verfallensein** nun aber genau und was ist das existentiell Gefährliche an ihm? – Menschsein als faktisch existierendes In-der-Welt-sein ist durch drei ontologische Momente geprägt, durch die Faktizität (des Vergangenen), das Verfallensein (an das Gegenwärtige) und die Existentialität (auf Zukunft hin) (vgl. SZ, § 41, 191).

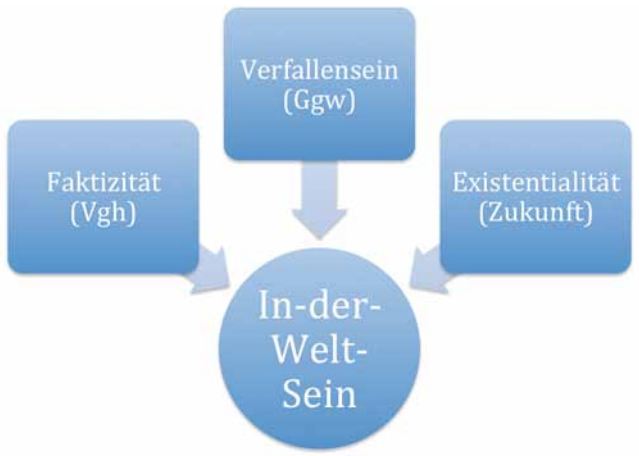


Abb. 1: Die ontologische Struktur des In-der-Welt-Seins (M. Heidegger)

Diese drei existentialen Modi sind aber nicht als Alternativen zu begreifen, sondern bilden ein ursprüngliches Ganzes. Dabei kommt alles darauf an, dass diese Momente in der richtigen Ausgewogenheit zueinander stehen. Nimmt nämlich zum Beispiel das Verfallensein überhand, verliert das Leben den Boden unter den Füßen und den Ausblick auf den größeren Horizont.

Inhaltlich meint „Verfallensein" (vgl. SZ, § 38, 175–180) die Uneigentlichkeit und indifferente Durchschnittlichkeit des alltäglichen Daseins. In diesem Fall lässt sich der Mensch von der Anonymität des Man sowie der Bodenlosigkeit (Gerede), Oberflächlichkeit (Neugier) und Standpunktlosigkeit (Zweideutigkeit) leiten. Alles scheint klar zu sein, man orientiert sich am allgemein Üblichen der Anderen, lässt aber die Chance ungenützt, die je eigene Welt zu entdecken und zu erschließen. Man bleibt dem ursprünglichen prä-existentiellen Umgang mit der Welt verhaftet und entfremdet sich immer mehr von sich selbst.

Das Brisante daran ist die Tatsache, dass das Dasein zeitlebens zu dieser „Uneigentlichkeit des Man" (SZ, § 38, 179) tendiert und das eigene Verfallensein meist gar nicht bemerkt. Daher kann auch der Weg aus dem Verfallensein nicht über eine Abspaltung vom Man führen, sondern über *„eine existenzielle Modifikation des Man"* (SZ, § 27, 130). Diese besteht darin, die faktische Ausgangssituation des Scheins und der Unwahrheit zu durchschauen und entschlossen die Möglichkeiten des eigenen Selbstseins zu ergreifen. Diese Entschlossenheit bewirkt den Übergang von der Uneigentlichkeit in die Eigentlichkeit des Daseins und generiert existentielle Selbstständigkeit im Sinne einer „beständigen Standfestigkeit" (SZ, § 64, 322). In ihr sieht Heidegger auch das eigentliche Pendant zum Verfallensein und damit die Grundaufgabe menschlicher Existenz.

Insofern Entschlossenheit der zentrale Ausdruck dafür ist, dass es dem Dasein um sein Sein geht, wird deutlich, dass das eigentliche Gegenstück zum Verfallensein die existentiell gelebte **Sorge** ist. Denn in der Sorge geht es um das Besorgen des Alltäglichen und um die Fürsorge um Andere, vor allem aber um die Selbstsorge, um das Freisein für die ureigenen existentiellen Möglichkeiten (vgl. SZ, § 64f, 316–331).

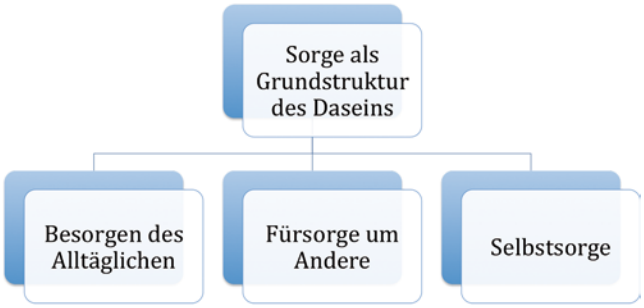


Abb. 2: Sorge als Strukturganzheit des Daseins (M. Heidegger)

In diesem Sinn sagt Heidegger, dass „die Sorge im Gewissensruf das Dasein zu seinem eigensten Seinkönnen" (SZ, § 64, 317) aufruft. Sorge darf daher auch nicht mit „Besorgnis" oder „Bekümmernis" verwechselt werden (vgl. SZ, § 41, 191–200, hier bes. 197). Sie hat vielmehr mit Selbstverwirklichung zu tun. Sie ist als Existential, so könnte man sagen, das *Sein des Werdens, was man sein kann.*

Ontisch-existentiell trägt die Sorge trotzdem auch den Charakter des Sich-Sorgens an sich. Sorge ist also auch mit **Angst** verbunden. Das ist nach Heidegger grundsätzlich auch nicht negativ, im Gegenteil sogar sehr förderlich (vgl. Rentsch 2003, 65f). Die Angst macht bewusst, was Dasein in Wahrheit ist, nämlich entweder ein Verfallensein und -bleiben oder die „Freiheit des Sich-selbst-wählens und -ergreifens" (SZ, § 40, 188). Die Angst rüttelt also den Menschen auf, wirft ihn radikal auf sich selbst zurück und konfrontiert ihn mit der Unausweichlichkeit, für sich sorgen zu müssen. Dasein muss sich permanent entwerfen, ist „ständig 'mehr', als es tatsächlich ist" (SZ, § 31, 145). Dieses ständige Mehrsein-Müssen aber, dieses ständige „Werden, was du bist", wird oft als Dysstress und Überforderung erlebt.

An diesem Punkt kommt nach Giulia Sissa, Philosophieprofessorin an der University of California in Los Angeles, die Sucht ins Spiel (vgl. Sissa 1999). Sie versteht Sucht als Sorgenbrecherin, d.h. als den Versuch, der Last der ständigen Sorge und dem mit ihr einhergehenden Gefühl der Unsicherheit zu entkommen. Der Süchtige will die stille Verzweiflung und die auf ihrem Grund schlummernde Angst vertreiben und den ungestillten Hunger nach Sinn ohne (großen) existentiellen Aufwand sättigen.

Doch mit Blick auf die ontologische Struktur der Sorge wird schnell klar: Solche Versuche sind zum Scheitern

verurteilt. Denn die Sorge-Verpflichtung ist ein unauslöschliches Existential und Sucht bewirkt höchstens ein Betäuben des Sorgeimpulses, eröffnet aber keine erfüllende Zukunftsperspektive. Obendrein schlägt die vordergründige Befreiung von Sorge sukzessive in eine totale Fixierung der Sorge auf die Suchtinhalte um. Anders gesagt, aus vermeintlicher Sorgenfreiheit wird Versklavung durch die Sorge.

Sissa übersieht in ihrem Ansatz eine wesentliche Dimension der Sorgestruktur und damit den anderen Andockpunkt der Sucht: Das Verfallensein bedeutet nach Heidegger eine „Nivellierung der Daseinsmöglichkeiten auf das alltäglich zunächst Verfügbare" (SZ, § 41, 194). Anders gesagt: Verfallensein macht „möglichkeitsblind" (SZ, § 41, 195). Das unmittelbar Gesicherte verliert meist bald an Attraktivität und im Ausblick auf Möglichkeiten mutiert das Wollen zum bloßen Wünschen. Das heißt, das Sich-selbst-Entwerfen degeneriert zu einem „Den-Möglichkeiten-Nachhängen". Die ursprüngliche Dynamik der Sorge als „Aussein-auf-etwas" pervertiert zu einem „Abhängigsein-von-etwas". Man könnte sagen, das Dasein ist dem Verfallensein passiv verfallen und hat die existentielle Selbstbestimmung aufgegeben. Die Möglichkeitsblindheit kann sich aber auch in Gestalt übertriebener Aktivität einstellen, nämlich dann, wenn der Wille, das Eigene zu entfalten, zum ungestümen Drang nach Leben wird. Denn er tendiert dazu, andere Möglichkeiten zu verdrängen.[3]

Tendenziell scheint die Passivität der Selbstaufgabe mehr das Einfallstor für Substanzabhängigkeiten zu sein, während die verzweifelte Aktivität das Einfallstor für Verhaltensabhängigkeiten wie Arbeitssucht oder Beziehungssucht sein dürfte.

2.2. Leergelassenheit und Hingehaltenheit durch Langeweile (Heidegger)

Neben dem Verfallensein und der ängstlichen Sorge findet sich bei Heidegger noch ein anderer existentialer Anknüpfungspunkt für Suchtverhalten, der allerdings wenig beachtet wird, auch weil er kaum bekannt ist, nämlich die tiefe Langeweile. Dieses Phänomen entfaltet Heidegger in seiner Freiburger Vorlesung *Die Grundbegriffe der Metaphysik* (GrMet) aus dem Jahre 1929/30 ausführlich (Heidegger 1983).

In einer Welt, so Heideggers damalige Zeitdiagnose, in der uns trotz aller Reize des ständig Neuen „aus allen Dingen eine Gleichgültigkeit angähnt" (GrMet, § 18, 115) steht der Mensch in der Gefahr, sich selbst langweilig zu werden. *„Ist es am Ende so mit uns, daß eine tiefe Langeweile in den Abgründen des Daseins wie ein schweigender Nebel hin- und herzieht?"* (GrMet, § 18, 115)

Was versteht Heidegger unter der **tiefen Langeweile?** – Grundsätzlich fällt auf, dass auch das Phänomen der Langeweile, ähnlich wie das Verfallensein, eine eigenartige Ambivalenz aufweist, insofern sie sowohl Impuls für das wahre Selbstsein als auch Ausgangspunkt einer nichtigen Leere sein kann.

Wo Langeweile auftritt, ist sie ein Zwitterwesen, einerseits objektzugehörig, andererseits subjektbezogen (vgl. GrMet, § 21, 123–132). Denn sie ist eine Stimmung, die potentiell im Menschen angelegt ist, aber von äußeren Dingen ausgelöst wird. Sie begegnet dem Menschen in zwei oberflächlichen Formen, nämlich dem „Gelangweiltwerden-von" und dem „Sich-langweilen-bei", sowie in der existentiellen Form der „tiefen Langeweile". Und sie weist jeweils zwei Wesens- oder Strukturmomente auf, nämlich die „Hingehaltenheit" (von der Zeit) und die „Leergelassenheit" (von Dingen oder Menschen).

Abb. 3: Die Formen und Strukturmomente der Langeweile (M. Heidegger)

Die erste Form der Langeweile tritt auf, wenn wir in einer bestimmten Situation vom vorhandenen Seienden nicht das geboten bekommen, was wir erwarten. In der zweiten Form verweilen wir zwar bei an sich erfüllenden Dingen, langweilen uns aber dennoch, weil das, was wir tun, offensichtlich nicht dem entspricht, „was wir, ohne es deutlich zu wissen, für unser eigenes Selbst eigentlich suchen" (GrMet, § 25, 180). Wir überlassen uns dem gerade Sich-Bietenden und lassen gleichzeitig unser eigentliches Selbst zurück.

Sind die ersten beiden Formen an bestimmte Situationen gebunden, ist die „tiefe Langeweile" eine situationsunabhängige existentiale Verfassung des Daseins, die in dem Satz *„es ist einem langweilig"* zum Ausdruck kommt (vgl. GrMet, § 19, 117–119 und § 30, 202–206). Ihre Tiefe und Radikalität zeigt sich darin, dass der Mensch in diesem Augenblick zu einem indifferenten, apersonalen Niemand wird und auch keinen Versuch unternimmt, die Langeweile durch Zeitvertreib zu verjagen (vgl. GrMet, § 30, 203f). Wie mit einem Schlag wird das Seiende im Ganzen, wir selbst und alle Dinge um uns herum, in Gleichgültigkeit getaucht. Der Mensch fühlt sich vor das Seiende im Ganzen gestellt, dabei aber total leer und im Stich gelassen (vgl. GrMet, § 31, 207f).

Die Leergelassenheit der tiefen Langeweile besteht also in einer allumfassenden Gleichgültigkeit und im Ausgeliefertsein an das Seiende im Ganzen, das sich aber versagt. Die Leere im Ganzen entsteht also paradoxerweise durch das Ausbleiben der großen Fragen des Lebens. Letztlich fehlt dem Dasein das Geheimnis und „damit bleibt der innere Schrecken aus, den jedes Geheimnis bei sich trägt und der dem Dasein seine innere Größe gibt" (GrMet, § 38, 244). Das Leben erscheint total schal und banal.

[3] Zu den beiden Dimensionen der Möglichkeitsblindheit als Folge des Verfallenseins vgl. SZ, § 41, 191–196.

Die tiefe Langeweile als solche hat aber noch nicht den Charakter der Verzweiflung oder des Tragischen. Denn die Leere kommt aus dem Sichversagen des Seienden im Ganzen. Im Versagen liegt jedoch immer ein Verweis auf das Versagte. Das heißt, die Langeweile ist letztlich ein Verweis auf die brachliegenden Möglichkeiten des Daseins (vgl. GrMet, § 31, 212). Allerdings verweist sie nicht auf konkrete Möglichkeiten, sondern offenbart nur ganz unbestimmt die Zeit als die ursprüngliche Ermöglichung der Freiheit. *Carpe diem!* lautet die Botschaft. In diesem Sinne bringt die tiefe Langeweile das Selbst in aller Nacktheit zu sich selbst, macht die Selbstverlorenheit bewusst und fordert es auf, sich neu zu finden – nicht durch eitle Selbstbespiegelung oder Aktionismus nach außen, sondern durch radikale Zuwendung an das eigene Dasein, damit wir uns so finden, „daß wir uns dabei selbst *zurückgegeben* werden, und zwar *uns* zurückgegeben, so daß wir uns selbst *aufgegeben* werden, aufgegeben, das zu werden, was wir sind" (GrMet, § 18, 116).

Die tiefe Langeweile gibt letztlich den Anstoß, selbst zu sein bzw. selbst zu werden. Das *„Sichentschließen* des Daseins […] zu sich selbst" (GrMet, § 32, 224) nennt Heidegger den Augenblick im Sinne des erfüllten Kairos. Wird er nicht genützt, kann die tiefe Langeweile auch zur Verzweiflung werden (vgl. GrMet, § 31, 211). Denn wenn sich die – die tiefe Langeweile kennzeichnende – Gleichgültigkeit und Leere verfestigen, können sie, wie Viktor von Gebsattel schon lehrte, zum Einfallstor für alle nur möglichen Süchte des Menschen werden (vgl. v Gebsattel 1954, hier bes. 226–228).

2.3. Verzweiflung im/am Selbst (Kierkegaard)

Während bei Heidegger die Verzweiflung nur anklingt, setzt Sören Kierkegaard in seiner Schrift *Die Krankheit zum Tode (KzT) (1849)* direkt bei ihr an.[4] Im Vergleich zum Quälenden der mit der Sorge einhergehenden Angst und zur Leergelassenheit in der tiefen Langeweile bei Heidegger ist in Kierkegaards Verzweiflung bzw. Scheitern des Selbstwerdens wesentlich mehr personale Aktivität zu spüren. Ähnlich wie bei Heidegger die Sorge bzw. die Langeweile erhält bei Kierkegaard die Verzweiflung den Stellenwert eines Existentials, einer Verfassung, die mit dem Menschsein als solchem verbunden ist. Und auch sie weist einen zutiefst ambivalenten Charakter auf. Sie ist einerseits der Indikator für ein gestörtes Selbst-Verhältnis und die mangelnde Bereitschaft zur Annahme und Verwirklichung seines Selbst, andererseits ein eindringlicher Appell, sich endlich zu einem authentischen Selbstsein aufzuraffen.

Das ist nur möglich, weil Verzweiflung hier im Gegensatz zum herkömmlichen Verständnis nicht den geistig-emotionalen Ausnahmezustand der Aussichtslosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit meint, sondern ein latentes existentielles Grundbefinden des Menschen als Menschen. Verzweifelt sein zu können, ist sogar ein Privileg des Menschen. Warum? Weil er **Person** ist.

Der Mensch ist **Geist** und der Geist ist das **Selbst** und das Selbst ist ein **Verhältnis,** das sich zu sich selbst und in irgendeiner Weise auch zu jener Macht verhält, die es gesetzt

Abb. 4: Die Verhältnis-Struktur des menschlichen Selbst (S. Kierkegaard)

hat (vgl. KzT, I.A, 9). Mit anderen Worten, Mensch-Sein hat die Qualität des Existierens als Geist-Sein, Geist-Sein verwirklicht sich im Selbst-Sein und Selbst-Sein impliziert konstitutiv ein Sich-Verhalten des Selbst zu sich selbst und zu seiner Ursprungsgröße.

Ein Verhältnis ist der Mensch, weil er eingespannt ist zwischen antithetischen Wirklichkeitsdimensionen, wie zum Beispiel zwischen Endlichkeit und Unendlichkeit oder zwischen Notwendigkeit und Freiheit (siehe Abbildung am Ende des Absatzes). Ein Selbst ist er, weil er die Fähigkeit hat, sich zu diesen Konstituenten seines Daseins zu verhalten und selbst deren Verhältnis zu bestimmen. Hierin gründen seine Freiheit, Selbstbestimmung und Verantwortung. Menschliche Freiheit besagt aber keine absolute Autonomie. Denn das Selbst ist nicht der ontisch-ontologische Grund seiner selbst, vielmehr erfährt es sich als kontingentes, nicht-absolutes, als – wie Kierkegaard sagt – abgeleitetes Selbst (vgl. KzT, I.A., 9f). Das Selbst ist wohl jeweils der eigenen Verantwortung übergeben, d. h. das Selbst muss von jedem

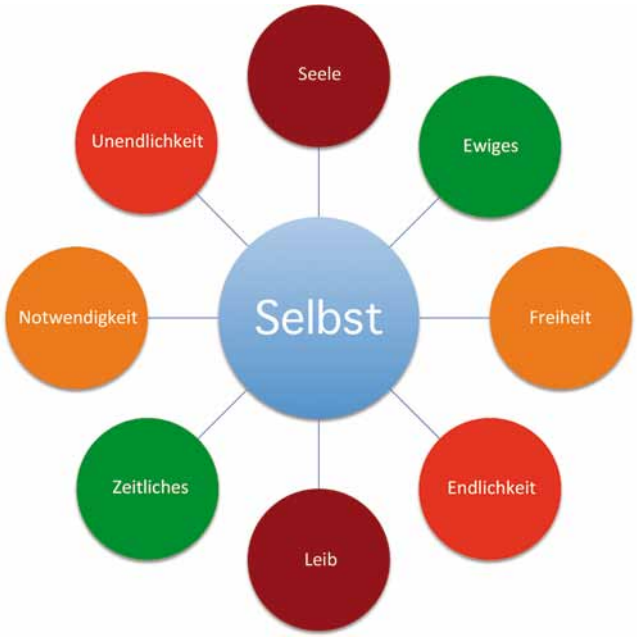


Abb. 5: Das Selbst sich verhaltend zu antithetischen Wirklichkeitsdimensionen (S. Kierkegaard)

[4] Zum folgenden Abschnitt vgl. Bauer 2014.

selbst gewollt und hervorgebracht werden, die Rahmenbedingungen aber, in denen das geschehen kann und soll, sind größtenteils vorgegeben.

Das birgt existentiellen Sprengstoff in sich. Denn infolge der Tatsache, dass der Mensch sich nicht selbst gesetzt hat, sondern sich als gesetzter oder geworfener im Dasein vorfindet, erlangt er sein Gleichgewicht nur, wenn er die vorgegebenen Konstitutionsbedingungen des Selbst-Seins annimmt und ihnen gemäß ein Selbst sein will. Das Missverhältnis zwischen den Spannungspolen der Existenz oder im Verhalten zu sich selbst, den eigenen Daseinsbedingungen oder zum setzenden Seinsgrund ist das, was Kierkegaard Verzweiflung nennt. „Nicht man selbst zu sein, aber ist eben Verzweiflung." (KzT, I.C, 40)

Diese Art der **Verzweiflung** ist ein personales Geschehen, das im Geist-Sein des Menschen gründet und daher eine lebenslange Begleiterscheinung menschlicher Existenz darstellt. Die aus dem Alltag bekannte *Verzweiflung über etwas,* oft etwas sehr Banales, ist bloß ein äußeres Symptom der eigentlichen, tiefer liegenden Verzweiflung, nämlich der *Verzweiflung über sich selbst.* Der jede Verzweiflung begründende innere Zwiespalt wird unterschiedlich bewusst erlebt. Dabei gilt: Je mehr Bewusstheit, desto mehr Verzweiflung (vgl. KzT, I.C, 40).

Die verbreitetste Form ist nach Kierkegaard die nichtbewusste Verzweiflung, die darin besteht, dass sich der Mensch seiner geistig-personalen Möglichkeiten gar nicht bewusst ist. Sukzessive mehr Bewusstheit findet sich dort, wo der Mensch verzweifelt nicht er selbst oder überhaupt kein Selbst oder ein anderes, fremdes Selbst oder zuletzt in höchster Verbissenheit und eigensinnigem Trotz ein selbst erschaffenes, abstraktes, ideales Selbst sein will (vgl. KzT, I.C, 40–76).

Letztlich läuft aber jede Art der Verzweiflung auf den Versuch hinaus, das ihm überantwortete Selbst loszuwerden. Denn aufgrund des dialektischen Charakters der inneren Verzweiflung will der Mensch auch dort, wo er verzweifelt er selbst sein will, letztlich jenes Selbst loswerden, das er in Wahrheit ist und sein sollte. Zu diesem Zweck versucht er sich von der ihn setzenden Macht loszureißen und will ein Selbst sein, das er nicht ist. „So aber will er ja doch sich selbst loswerden, das Selbst loswerden, das er ist, um das Selbst zu sein, das er selbst erdacht hat." (KzT, I.A, 17)

Obwohl Kierkegaards Ansatz viele Fragen aufwirft und offen lässt, scheint mir die hier dargestellte Dynamik eines aktiv zu übernehmenden authentischen, verantwortungsvollen Selbstseins aktueller denn je zu sein. Der Druck, sich selbst gegen andere zu behaupten und sich als außergewöhnliches Exemplar der Spezies Mensch zu inszenieren, ist in der heutigen Welt enorm. Zusätzlich verschärft die schwindende Plausibilität des Vertrauens, von einer höheren Macht des Guten gesetzt und getragen zu sein, das Gefühl, dazu verdammt zu sein, allein sich selbst begründen und je neu erfinden zu müssen. Das Ergebnis ist oft eine aggressive, letztlich verzweifelte Form der Selbstverwirklichung, in der diese zur Egozentrik verkommt. Statt in Bescheidenheit und auf der Basis ehrlicher Selbstannahme sein Selbst zu entfalten, verfällt der Mensch in Selbst-Sucht, in der er zwar sehr ich-aktiv, aber letztlich doch selbst-los agiert.[5] Selbst-Sein qua „Freisein *zu sich"* kann aber, wie Michael Theunissen aufzeigt, paradoxerweise nur gelingen, wenn der Mensch frei ist *von sich* (vgl. Theunissen, 1991, 339–355).

Vor allem legt Kierkegaard mit seinem Begriff der Verzweiflung die Spur zur tiefsten existentialen Wurzel menschlicher Sucht. Denn innerer Zwiespalt, Nicht-Selbstsein-Können oder -Wollen, Identitätsprobleme, mangelnde Authentizität und Verunsicherung hinsichtlich der letzten Fragen des Daseins – all das verhindert ein erfülltes personales Selbstsein. Wo aber ein Mensch seine Existenz nicht als Raum und Chance sehen kann, er selbst zu sein und er selbst zu werden, da ist die Sucht nicht weit.

3. KURZES RESÜMEE

Wenn wir die drei Phänomene, die innerhalb der existentialen Struktur des menschlichen Wesens mögliche Einbruchstellen für menschliches Suchtverhalten sind, Revue passieren lassen, zeigt sich *zum einen,* dass alle drei von unterschiedlichen Ausgangspunkten her auf das Problem des nicht ergriffenen Selbstseins hin konvergieren. Das wurde deutlich am Phänomen des Verfallenseins, wo der Mensch im unmittelbar innerweltlich Vorhandenen aufgeht und letztlich seiner Verpflichtung zur Selbst-Sorge nicht nachkommt. Ebenso in der Erfahrung der tiefen Langeweile, wo der Mensch sich dem Gewissensruf, das eigene Dasein auf die eigensten Möglichkeiten hin zu verwirklichen, entzieht und in der Leere zurückbleibt. Und noch expliziter in der Verzweiflung, wo dem Menschen der Mut und der Wille fehlen, sich selbst zu wählen und selbst zu sein durch permanentes Selbstwerden.

Zum anderen wurde deutlich, dass das Dasein vom Wesen her zum Verfallensein neigt, also dazu tendiert, sich an Banales zu verlieren und sich von Dingen, Menschen oder Aktivitäten abhängig zu machen, die schnelle Befriedigung und Ablenkung versprechen.

Erfüllte Existenz muss ständig in Freiheit aktiv zu eigen gemacht werden. Wer aufgibt, beginnt zu verfallen bzw. zu „süchteln". Wo immer das Selbstsein auf der Strecke bleibt, wird der Mensch anfällig für die diversen Formen der Sucht. Verschärft wird diese Gefahr natürlich dann, wenn die betroffene Person unter einer psychischen Grunderkrankung wie etwa einer Angststörung, einer Depression oder einer Identitätsstörung leidet.

P.S.: Erst nach der Ausarbeitung meiner Überlegungen fiel mir auf, dass in diesen drei Existentialien deutliche Analogien zur existenzanalytischen Anthropologie bestehen.

[5] Vgl. Bubers Rede von der „eifrigen 'Individualität'", in die der ichzentrierte Mensch verfällt, der sich in seinem Umgang mit der Wirklichkeit nicht personal, sondern als allein auf die Wirkung auf Andere bedachtes Eigenwesen verhält. Vgl. Buber 2012, 66f.

Literatur:

Bauer E (2014) Vom Sinn der Verzweiflung. Zum Abschluss des Kierkegaard-Gedenkjahres. In: Salzburger Jahrbuch für Philosophie 59, 107–129

Buber M (2012) Ich und Du. In: Buber M: Das dialogische Prinzip, Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus, 12. Aufl., 5–136

Fuchs T (2013) Hirnmythologien? Jaspers' Reduktionismus-Kritik heute. In: Fuchs T, Micali S, Wandruszka B (Hg.), Karl Jaspers – Phänomenologie und Psychopathologie (Schriftenreihe der DGAP, Bd. 1), Freiburg/München: Alber, 13–24

v Gebsattel, V (1954) Zur Psychopathologie der Sucht. In: v Gebsattel V, Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Ausgewählte Aufsätze. Berlin [u.a.]: Springer, 220–233

Heidegger M (1978) Brief über den „Humanismus". In: Heidegger M: Wegmarken. Zweite, erweiterte und durchgesehene Auflage. Frankfurt am Main: Klostermann

Heidegger M (1979) Sein und Zeit. Fünfzehnte, an Hand der Gesamtausgabe durchgesehene Auflage mit den Randbemerkungen aus dem Handexemplar des Autors im Anhang. Niemeyer: Tübingen [Ob der Häufigkeit werden Zitate aus Heideggers *Sein und Zeit* direkt im Text in Klammern mit dem Kürzel „SZ" angegeben.]

Heidegger M (1983) [1929/1930] Die Grundbegriffe der Metaphysik: Welt, Endlichkeit, Einsamkeit (Freiburger Vorlesung, Wintersemester 1929/30). Hrsg. von Friedrich-Wilhelm von Herrmann (Gesamtausgabe, Bd. 29/30; Abt. 2, Vorlesungen 1923–1944). Frankfurt am Main: Klostermann, 3. Aufl. [Zitate aus dieser Schrift werden im Text mit dem Sigel „GrMet" in Klammern angeführt.]

Jaspers K (1959) Allgemeine Psychopathologie. Siebte unveränderte Auflage. Mit 3 Abbildungen. Berlin [u. a.]: Springer

Jaspers K (1963) Der philosophische Glaube angesichts der Offenbarung. München: Piper

Jaspers K (2012) Der philosophische Glaube (TB 30017). München-Zürich: Piper

Kierkegaard S (1995) Die Krankheit zum Tode. Übersetzt, mit Einleitung und Kommentar herausgegeben von Hans Rochol (Philosophische Bibliothek, Bd. 470). Hamburg: Meiner [Zitate aus diesem Werk werden im Text mit dem Sigel „KzT" angegeben.]

Lima S, Miesenböck G (2005) Remote Control of Behavior through Genetically Targeted Photostimulation of Neurons. In: Cell 121, H. 1 141–152

Miesenböck G (2009) Lighting up the brain. In: Scientific American 299, H. 4, 52–59

Rentsch Th (2003) „Sein und Zeit", Fundamentalontologie als Hermeneutik der Endlichkeit. In: Thomä D (Hg.) Heidegger-Handbuch. Leben – Werk – Wirkung. Unter Mitarbeit von Katrin Meyer und Hans Bernhard Schmid. Stuttgart: Metzler

Sissa G (1999) Die Lust und das böse Verlangen. Eine Philosophie der Droge. Aus dem Französischen von Christine Schmutz. Stuttgart: Klett-Cotta

Theunissen M (1991) Die negative Theologie der Zeit (stw 938). Frankfurt am Main: Suhrkamp 1991

Anschrift des Verfassers:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Emmanuel J. Bauer

Stv. Leiter des Fachbereichs Philosophie/KTH der Universität Salzburg

Franziskanergasse 1/IV

A – 5020 Salzburg

emmanuel.bauer@sbg.ac.at

ICH SCHAFFE NICHTS AUSSER ARBEIT

Das Bild der Arbeitssucht anhand typischer Symptome

Jana Bozuk

Diese Fallvignette zeichnet ein Bild der Entwicklung von motiviertem und engagiertem Arbeiten hin zur Arbeit, die in Suchtverhalten endet. Inwieweit sich ein solches Suchtverhalten, das die alltägliche Tätigkeit des Arbeitens befällt, auf die Physis, die Emotionalität und die Sozialität des Patienten auswirkt, versucht dieser Artikel darzustellen. Abschließend vergleicht dieser Beitrag kurz das Verhalten des Fallpatienten mit zentralen Kriterien für das Vorliegen einer Sucht.

SCHLÜSSELWÖRTER: Arbeitssucht, Sucht, Fallvignette

I ACHIEVE NOTHING BUT WORK
The image of workaholism according to typical symptoms

This case vignette depicts an image of the development from motivated and committed work to work ending in addictive behavior. Intention of this article is to explain to what extent such addictive behavior, infesting everyday working activities, affects physique, emotionality and sociality of the patient. Subsequently, the behavior of the patient is compared with central criteria indicating addiction.

KEYWORDS: workaholic, workaholism, addiction, case vignette

»Ich war fünfzehn Jahre um die Welt gereist, hatte gearbeitet, geredet, geschrieben, akquiriert, repräsentiert, bis der Arzt kam. Im Wortsinne. Ich habe keine Grenzen gesetzt, mir selbst nicht und auch nicht meiner Umwelt, die zuweilen viel verlangt, mich ausgesaugt hat wie ein Blutegel seinen Wirt. Und das meiste von dem, was ich gemacht habe, hat mir tatsächlich Freude gemacht. Ich reise gerne, ich schreibe gerne, ich arbeite gerne mit Studentinnen und Studenten, ich schiebe mit Vergnügen und Leidenschaft neue Dinge an und entwickle Ideen.

Aber ich habe in alldem nicht „die aristotelische Mitte finden können zwischen dem ‚Zuviel' und dem ‚Zuwenig'" (Meckel 2010, 39).

Diese Worte stammen von Miriam Meckel aus ihrem Buch: Brief an mein Leben. Es könnten aber auch die Worte meines Patienten Stefan K. sein, dessen Fall ich hier kurz schildern möchte.

VON DER ERFÜLLUNG ZUR ÜBERFÜLLUNG

Stefan ist gerade 47 Jahre alt, als er zu mir in die Therapie kommt. Groß, tadellos gekleidet, in einem Anzug mit blauem Hemd. Auf den ersten Blick adrett und penibel angezogen. Nur mein Gefühl sagt mir, dass da etwas nicht stimmt – vielleicht der feuchte Händedruck, die etwas schief sitzende Krawatte? Das perfekte Bild hält nur die ersten paar Minuten an – und dann beginnt Stefan mit zitterender Stimme und unter großer Anspannung zu erzählen, dass er in der Firma ein großes Problem hat: Er hat einen Mitarbeiter gekündigt und der droht jetzt zu klagen. Und Stefan hat Angst – Angst, dass er einen Fehler gemacht hat, Angst, dass man ihn deswegen kündigen wird. Durch diesen Vorfall fühlt er sich sehr verunsichert und schließlich bedroht. Wenn er zum Vorgesetzten gerufen wird, erwartet er das Schlimmste; wenn seine Mitarbeiterin zu ihm kommt und die Tür hinter sich zumacht, erwartet er schlechte Nachricht (dabei will sie nur über das Geschenk für eine andere Kollegin reden). In der Nacht kann er nicht mehr schlafen, er spürt starke Unruhe, die nicht aufhört und nur mit größtem Willensaufwand kann er sich auf seine Arbeit konzentrieren. Die Angst und der durch diese Angst ausgelöste Leidensdruck sind schließlich für ihn der Grund, eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen.

In den anschließenden Therapiesitzungen erschließt sich mir nach und nach Stefans Geschichte: Er arbeitet seit sieben Jahren als Führungskraft – eine Ebene unter dem Vorstand – in einer Firma in Österreich, die einem großen amerikanischen Pharmaziekonzern angehört. Er ist Leiter einer Abteilung mit sieben Mitarbeitern. Seine Abteilung beschäftigt sich mit sehr wichtigen Sonderaufgaben und er berichtet direkt dem Vorstand. In den ersten Jahren seiner Anstellung in dieser Firma hat sich Stefan hoch motiviert durch den Arbeitsalltag bewegt. Die Aufgaben haben ihm sichtlich Spaß bereitet und die Wichtigkeit seiner Position hat bei ihm ein enormes Verantwortungsgefühl ausgelöst. Für ihn besaß und besitzt „die Sache" – d.h. die Arbeit, die Aufgaben – absolute Priorität. Er schätzt es so ein, dass seine Berichte, die an den Vorstand ergehen, fachlich auf höchstem Niveau sowie klar und präzise durchüberlegt sind. Die Nähe zum Vorstand, und damit die Anerkennung innerhalb der Firma und das damit verbundene Prestige, waren für ihn eine Quelle der Kraft und er fühlte sich unbesiegbar – wie auch gebraucht, gefragt und unabkömmlich. Sein Blackberry ist immer eingeschaltet. Für seine Firma ist er zu jeder Tageszeit und an jedem Tag der Woche erreichbar, egal wo sich Stefan gerade befindet: im Auto, am Flughafen, im Hotel, zu Hause, von früh bis spät in die Nacht. Es ist, als ob er sich in einem Zustand der Symbiose mit seinem Blackberry befindet, es ist eines seiner Organe geworden. Er schildert Gefühle der Beklemmung und starker innerer Nervosität, wenn das Gerät nicht zur Verfügung steht bzw. er es nicht »in der Hand hat« – im wörtlichen wie sprichwörtlichen Sinne. Aber dadurch, dass die Kommunikation keinen Anfang und kein Ende mehr hatte und hat, bekommt sein Organismus kein grünes Licht

mehr als Signal, um einfach und buchstäblich abzuschalten, zu entspannen. So verlor er die Fähigkeit zum Abstand-Nehmen und damit das Gefühl der Ruhe. Stefan reist auch viel: London, New York, Los Angeles, Chicago, Singapur. Die Reisen sind kurz, sie haben keinen Vergnügungswert. Beim Fliegen wartet er, bis das Flugzeug in der Luft ist und freut sich über die »geschenkte« Zeit im Flieger, während der er »eh nichts anderes machen kann, als in Ruhe am Laptop zu arbeiten«. Wenn sein Vorstand mitfliegt, wird dieser meistens von Stefan bezüglich des bevorstehenden Treffens gebrieft; während des Rückflugs werden die Ergebnisse des Arbeitstreffens besprochen. Von den besuchten Städten kennt er im Grunde nur die Hotels.

Seine Arbeitszeit hat keine Grenzen. Er ist sozusagen permanent online. Aufgrund der Zeitverschiebung zwischen dem europäischen und amerikanischen Kontinent finden die häufigen Call-Konferenzen mit der amerikanischen Firmenleitung immer am Abend statt. Seine Psychotherapie-Stunde ist immer die letzte meines Tages, da er immer bis spätabends im Büro ist. Bedürfnisse nach Pause und Ruhe werden so vernachlässigt, dass schon der Gedanke daran „er sollte eine Pause machen" in ihm nur Unruhe auslöst. Eine Art des Rückzugs und der Pause kennt er aber doch und die liebt er auch: das Arbeiten mit seinem Laptop in der Anonymität des Kaffeehauses.

VOM WOLLEN ZUM MÜSSEN

»Ich habe keine Zeit« ist der häufigste Satz von Stefan und gleichzeitig auch die Quelle seines Leidens. Nie kann sich alles ausgehen, nie wird die Arbeit erledigt. Immer bleibt etwas am Schreibtisch liegen – unbeantwortete Emails, noch nicht geschriebene Stellungnahmen und Gutachten. So muss er immer häufiger Einladungen von Freunden abweisen und die Feiertage und die Wochenenden sind dann Gelegenheiten, etwas von der anstehenden Arbeit in Ruhe abarbeiten zu können. Wann er zuletzt mit einem Freund ein Bier trinken war, daran kann er sich nicht mehr erinnern.

Stefan geht täglich sehr spät schlafen. Wenn seine Familie schlafen gegangen ist, schaut er bis spät in die Nacht fern und genießt diese Zeit. »Das ist Zeit für mich – niemand will etwas von mir«, so Stefan. Im Laufe der Zeit ist die absurde Situation entstanden, dass selbst mit einem Freund zu telefonieren oder sich Urlaub zu nehmen, Stress erzeugen. Schließlich ist er sich meistens eh nicht sicher, ob es ihm überhaupt möglich sein wird, in den geplanten Urlaub fahren zu können – bereits mehrere Male ist es vorgekommen, dass er seinen Urlaub stornierte, weil es die Gegebenheiten in der Firma gerade verlangten. Vor sich und seiner Familie entschuldigt er das damit, dass z.B. die Stornogebühren ja eh die Firma übernimmt. Stefan ist verheiratet und hat zwei Kinder. Eine Tochter mit acht Jahren und einen Sohn mit fünf Jahren. Er sagt, er liebt sie, jedoch gehen sie ihm unendlich auf die Nerven. Manchmal bemüht er sich, mit den Kindern Zeit zu verbringen, doch sie sind in ihrer fordernden Art für ihn nicht zum Aushalten. »Ich kann es nicht – am Boden im Kinderzimmer sitzen, mit den blöden Steinen spielen«, erzählt er eigentlich recht unglücklich, »aber es macht mich schier unendlich nervös«. Seine Frau, die nicht berufstätig ist, möchte von ihm, dass er etwas verändert: mehr Zeit mit der Familie verbringt und sie an die erste Stelle im Leben stellt. Er versteht sie. »Eigentlich sollte ich.« Trotzdem sagt er mir in der Therapie, dass seine Frau in diese Hinsicht sehr viel von ihm verlangt und dass sie ihn nicht versteht. Er befindet sich halt in einer Arbeitssituation, die an ihn hohe Anforderungen stellt. Schließlich beklagt er sich, dass sie nicht anerkennt, was für eine anstrengende Arbeit er hat. Das Wochenende ist für ihn doch endlich die Zeit, wo er in Ruhe arbeiten kann. Ab und zu geht er auf die Proteste bzw. auf die Forderungen seiner Familie ein und kommt z.B. früher nach Hause. Schließlich sind so gewonnene Stunden aber keineswegs entspannt – sowohl die Frau und die Kinder als auch er selbst wissen mit der gemeinsamen Zeit nichts anzufangen. Diese Zerrissenheit wird auch bei der Planung des Familienurlaubes sichtbar: Er vereinbart mit seiner Frau, dass er nur 2x am Tag seine Emails überprüfen und beantworten wird – und er versucht es wirklich, aber während diesem Versuch kann er sich schon gar nicht mehr entspannen bzw. den Urlaub genießen. Eine andere Variante wäre eine ganze Woche mit Frau und Kindern zu verbringen, womit er sich verdient, die anschließende Woche viel allein sein zu dürfen. In dieser Zeit liest er dann Fachliteratur und hat endlich Zeit an Fachtexten zu schreiben – das liebt er. Urlaube haben für ihn sowieso immer einen Bildungswert, notfalls liest er Fachliteratur am Strand, wenn er der Familie zuliebe mit ihnen auf Badeurlaub fährt.

Zu den kulturellen Terminen, die seine Frau organisiert hat, kommt er immer direkt von der Arbeit – manchmal erst in der ersten Pause. Über die Aufführung informiert er sich dann im Internet. Seine Eltern ruft er regelmäßig einmal in der Woche an, aus einem Gefühl der Pflicht heraus, ohne sich wirklich auf das Gespräch einzulassen. Er ist von deren Vorwürfen genervt. Die verschiedenen Jubiläumsfeste innerhalb seiner Ursprungsfamilie organisieren seine Geschwister – er ist der, der zahlt. Er führt viele Listen, um den Überblick nicht zu verlieren – wobei das Abhaken einzelner Punkte ihm Befriedigung verschafft. Einer dieser Punkte ist sein Besuch im Fitnessstudio, den er als disziplinierte Arbeit am eigenen Körper betrachtet, ohne dabei „Freizeit-Gefühle" zu haben. Sein Bezug zur Welt hat letztlich den Dialog verloren und er kann sich nur noch durch das Abarbeiten von Dingen auf die Welt beziehen – es fällt ihm schwer, etwas anderes zu tun. Mit der Zeit ist er so auch überall zu einem Gast geworden – in der Familie, in der Verwandtschaft, bei den wenigen Treffen mit Freunden – ein zurückgezogener, abwesender, müder Gast.

DIE DIAGNOSTISCHE FRAGE

Sucht ist bekanntlich ja immer auch mit Leiden verbunden – und auch für Stefan wurde sein Leid immer spürbarer. Die Leichtigkeit und Engagiertheit, mit der er einst bei der Arbeit war, ist verschwunden, und er muss immer mehr Kraft aufwenden, um das zu leisten, was zu leisten ist. Die Kombination des hohen Selbst- und Fremdanspruches mit einer ständigen Reizüberflutung katapultierte Stefan schließlich in einen psychischen und physischen K.O.-Zustand. Er lebt mit dem Gefühl der chronischen Überarbeitung – aber er ändert nichts. Sein Magen und seine Verdau-

ung rebellieren, aber der Untersuchungstermin wird wieder einmal zugunsten der Arbeit gnadenlos verschoben. Und zur Besprechung der Befunde, die dennoch anfallen, schickt er seine Frau für sich zum Arzt. Seine Gereiztheit nimmt massiv zu. In den Besprechungen ist er schnell gelangweilt und ruhelos. Und oft denkt er sich: »Warum muss ich mir diesen Quatsch anhören? Man stiehlt mir meine Zeit!« Stattdessen spürt er eine Gier, sich wieder an die Arbeit zu setzen. Er ist immer stärker beherrscht vom inneren Druck der Nervosität, die in ihrem Ausmaß kein Ende kennt. Seine innere Welt wird zunehmend von Angst und Unsicherheit getragen. Er berichtet mir über ein Gespräch mit seinem Vorgesetzten, der ihm sagt, dass seine Mitarbeiter sich über sein aggressives, ungeduldiges und ungerechtes Verhalten beschweren. Er verteidigt sich mit seiner Leistung, die doch stimmt. Innerlich zittert er aber vor Angst: Zieht man mir die Anerkennung ab? Braucht man mich nicht mehr? Steh' ich auf der Abschussliste? Nimmt man mir meine Arbeit weg?

Es ist Zeit, sich zu fragen: Worunter leidet Stefan? Bzw. woran ist er erkrankt? Die Antwort scheint offensichtlich zu sein: Arbeitssucht – und diese habe ich bei Stefan auch als Ursache seines Zustandes diagnostiziert, auch wenn diese Diagnose in der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (noch) nicht existiert. Das Phänomen der Arbeitssucht erfreut sich großer medialer Beliebtheit, jedoch ist es wissenschaftlich noch unzureichend untersucht. Es ist nahezu kaum denkbar, Arbeit mit Süchtigkeit in Verbindung zu bringen und fleißiges Schaffen als krankhaft zu bezeichnen. Aber das Problem ist wahrscheinlich auch nicht die Arbeit selbst. Denn Arbeit ist natürlich nichts Schlechtes – sie kann dem Leben Sinn geben, und wer arbeitet bzw. viel arbeitet, genießt ein gutes Ansehen. Das engagierte, ehrgeizige „Ackern" am Erfolg wird ja von vielen Unternehmen und von unserer Gesellschaft meistens positiv bis äußert positiv bewertet. Und dass Arbeit Spaß macht, ist mehr als wünschenswert. Deshalb ist es gar nicht leicht, die Grenze zu ziehen, von der aus man erkennen kann, wann es Zuviel des Guten wird. Bei vielleicht keiner anderen Form der Süchtigkeit sind die Übergänge zwischen Engagement, Fleiß, Begeisterung, Gewöhnung und Sucht so verschwommen, wie bei der Arbeitssucht. An dieser Stelle sei nur an das japanische Phänomen des Karoshi verwiesen: ein eigener Begriff für „Tod durch Arbeitserschöpfung", was in Japan vermehrt passiert.

Zurück zu meinem Patienten: Stefan hat die Grenze zur Sucht eindeutig überschritten. Um das darzustellen, möchte ich abschließend fünf WHO-Kriterien (Haller 2007, 36; vgl. ebd., 24, 143–149; vgl. Zäuner 2007, 47–54), die bei der Suchtdiagnostik ausschlaggebend sind, bei Stefan im Einzelnen durchgehen:

Kriterium 1: Der übermächtige Wunsch, ja der Zwang, die berauschende Substanz zu konsumieren.

Diese „Substanz" ist bei Stefan die Arbeit, mit allem was damit verbunden ist, also incl. der Anerkennung, dem Erfolg, seinem Gehalt, dem Prestige, usw.: Seine Arbeitstage kennen keine Grenzen, er befindet sich im Standbymodus, ist immer abrufbar. Durch die digitale Vernetzung gibt es für ihn keinerlei Zeiten mehr, zu denen Arbeiten nicht möglich wäre, wodurch er zusätzlich die Kontrolle über die Grenze zwischen Privat- und Berufsleben verliert. Das permanente Gefühl der Unruhe, er könnte doch versäumen etwas abzuarbeiten, produziert Stress und dieser kann nur durch Weiter-Arbeiten kurzfristig reduziert werden.

Kriterium 2: Die (massiv) verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und des Ausmaßes des Suchtkonsums.

Wie schon an einigen Beispielen ersichtlich zeichnet sich der Mangel der Kontrollfähigkeit bei Stefan deutlich ab. Es gelingt ihm kaum mehr, das Ausmaß seiner Arbeit irgendwie einzugrenzen. Der Versuch es doch zu tun, also Kontrolle auszuüben, erhöht nur den Suchtdruck, also den Wunsch wieder zu arbeiten.

Kriterium 3: Eine Entwicklung von Entzugssymptomen durch die Reduktion oder Beendigung der Substanzeinnahme.

Stefan wird in Abwesenheit von Arbeit stark unruhig und kann sich überhaupt nicht entspannen. Diese Unruhe verschwindet, wenn auch kurzfristig, erst wieder beim Arbeiten, also beim neuerlichen Zuführen der „Substanz".

Kriterium 4: Der Abhängigkeitsprozess führt zu einer Einengung der Lebensführung mit einer fortschreitenden Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Interessen zu Gunsten der Suchttätigkeit.

Wie schon berichtet hat Stefan große Schwierigkeiten in seinem sozialen und familiären Leben. Er führt unzählige Diskussionen mit seiner Frau über den Umstand, dass er kaum Zeit für die Familie hat. Er empfindet die Familie als anstrengend und ihre Kämpfe um seine Aufmerksamkeit erlebt er als Unverständnis für seine Situation. Sein Verhalten stößt auf Unverständnis in seinem sozialen Umfeld, was zu einer Vereinsamung führt, die durch weitere Arbeit kompensiert wird. Hobbies und Interessen werden sukzessive aufgegeben.

Kriterium 5: Die Unfähigkeit, dieses Verhalten zu beenden.

Trotz der Müdigkeit und dem Ausgelaugt-Sein, trotz der Magenschmerzen, trotz seiner Schlafstörungen, trotz der Rückenschmerzen, trotz der Krise in der Partnerschaft, trotz der sozialen Vereinsamung, trotz der fehlenden Freude und Zufriedenheit, trotz seiner wachsenden Ängste und Unsicherheiten und schließlich trotz der Leere und Sinnlosigkeit, die sich immer stärker in ihm ausgebildet haben, war Stefan nicht fähig, sein Verhalten zu beenden. All diese negativen und schädlichen Auswirkungen auf Stefans Leben waren für ihn kein Grund, etwas zu verändern bzw. eine Therapie aufzusuchen. Für ihn gab es immer Erklärungen, warum er so leben muss. Sein Weg in die Therapie begann mit seinem Zusammenbruch – der erst erfolgte, als ihm in seiner Vorstellungswelt die Kündigung und damit der mögliche Verlust seines Suchtmittels drohten.

Aus Sicht der Existenzanalyse definiert sich das Leiden an der Sucht vor allem durch zwei Hauptsymptome: durch den Verlust der Freiheit bei einem Überhandnehmen des Getriebenseins und durch die Entwicklung eines apersonalen Verhaltens. Wie spätestens an den oben beschriebenen

Suchtkriterien ersichtlich wurde, ziehen sich diese beiden Symptome durch Stefans Erleben und Handeln. In der Therapie habe ich Stefan gebeten, ein Motto für sein gegenwärtiges Leben zu finden. Was er gefunden hat, hat ihn in der ausgesprochenen Klarheit selber überrascht: »Arbeit ist mein ganzes Leben«. Das ist auch der Schlüssel zum Verständnis des Phänomens der Arbeitssucht. Der springende Punkt liegt im Erleben der Arbeit als einzigem Bereich von Leben für die Person und zwar, wenn sich die Person beginnt (und so ist es auch bei meinem Patienten Stefan), völlig über die Arbeit zu definieren, den Sinn des Lebens allein über das Engagement im Job ableitet und schließlich die Arbeit zur höchsten Priorität und zum einzigen Ausgleichselement im Leben wird. Das Leiden besteht letztlich in dieser *zwanghaften Ausschließlichkeit,* die ihm nicht ermöglicht, andere Werte, die er sich sehr wohl vorstellen könnte, zu leben. Mit einem Satz, der gleichzeitig auch das Ende meines Artikels darstellt: Die Arbeit wird zum alles bestimmenden Element des Lebens – man schafft nichts mehr, außer zu arbeiten.

Literatur:

Haller R (2007) (Un)Glück der Sucht – Wie Sie Ihre Abhängigkeit besiegen. Salzburg: Ecowin

Meckel M (2010) Brief an mein Leben: Erfahrungen mit einem Burnout. Hamburg: Rowohlt

Zäuner G (2007) Drogenreport Österreich. Wien: Egoth

Anschrift der Verfasserin:

Dr. Jana Božuk

Währingerstraße 156/7

A – 1180 Wien

bozuk@gmx.at

NEU SEIT JÄNNER 2015

ONLINE-ABONNEMENT

BESTELLUNG VON JAHRES-ABOS AB 2015*

Subskription für Online-Version Euro 25,–

Subskription für gedruckte Version Euro 30,–

Subskription für kombiniertes Abo Online- & Druck-Version Euro 40,–

BESTELLUNG VON EINZELHEFTEN

Einzelpreis: Frühjahrsausgabe Euro 15,– / Online-Version: 12,50 Euro

Herbstausgabe (Doppelheft Kongressbericht) Euro 20,– / Online Version 17,50 Euro

Alle Preise inkl. Versand Europa

Die Umrechnung der Preise in Schweizer Franken erfolgt tagesaktuell

*** Mitglieder der GLE erhalten die gedruckte Zeitschrift kostenlos.**

Die Zeitschrift erscheint halbjährlich, im Juli u. Dezember (je Heft ca. 70–140 Seiten)

Bestellung: GLE-International, Eduard Sueß Gasse 10, 1150 Wien

subscription@existenzanalyse.net

www.existenzanalyse.net

„ABER HUNGERN WILL ICH NICHT!“

Übergewicht im Kontext der Psychotherapie

Zdenka Camachova Davet

Manche psychotherapeutische Patienten und Patientinnen wehren unangenehme Gefühle ab. Unter anderem kann auch die Nahrungsaufnahme zu diesem Zweck verwendet werden. Anhand eines Fallbeispiels wird das Thema der Esssucht und des daraus folgenden Übergewichts illustriert. Eine mögliche existenzanalytische Herangehensweise in der psychotherapeutischen Behandlung übergewichtiger Patientinnen und Patienten wird dargestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Esssucht, Übergewicht, psychotherapeutische Behandlung, Fallbeispiel

"BUT I DO NOT WANT TO HUNGER!"
Obesity in the context of psychotherapy

Some patients ward off unpleasant feelings. Food intake is one of the means for this purpose amongst other things. On the basis of a case example, the issue of binge eating and subsequent overweight is illustrated. A possible existential analytical approach in the psychotherapy of overweight patients is outlined.

KEYWORDS: eating disorder, obesity, psychotherapy treatment, case report

In diesem Beitrag berichte ich von meinen Erfahrungen aus der psychotherapeutischen Arbeit mit übergewichtigen Patientinnen und Patienten. Meine Praxis ist nicht spezialisiert auf die Behandlung von Essstörungen oder gar Ernährungsberatung. Übergewichtige Menschen suchen mich primär wegen einer anderen Problematik auf, etwa wegen Angst- und Depressionssymptomatik, Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen usw. Im Folgenden stelle ich ein Fallbeispiel vor und lege einige Punkte in der Behandlung von übergewichtigen Menschen im Rahmen einer existenzanalytischen Psychotherapie dar.

BETTINA – ESSEN ZUR ABSICHERUNG

Bettina ist 24 Jahre alt und leidet bereits seit zehn Jahren unter Agoraphobie mit Panikstörung. In der Folge entwickelte sie vor einigen Monaten eine mittelgradige depressive Episode. Vor drei Jahren erlitt Bettina eine Sinusvenenthrombose, also ein Blutgerinnsel in einer Vene im Gehirn. Sie hat bereits mehrere ambulante und stationäre psychotherapeutische Behandlungen hinter sich.

Zum **Erstgespräch** erscheint eine hübsch geschminkte, gut gestylte attraktive junge Frau. Sie ist massiv übergewichtig: der Body Mass Index (BMI) beträgt 37,7. Der Body Mass Index ist ein grober Richtwert, welcher Information über die Körpermasse in Relation zur Körpergröße liefert. Gemäß der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt beim Body Mass Index zwischen 18.5 und 25 Normalgewicht vor. Adipositas, sprich behandlungsbedürftiges Übergewicht, liegt bei einem Body Mass Index von über 30 vor. Morbide Adipositas, sprich schweres Übergewicht, liegt bei einem Wert von über 35 vor (WHO 2000).

Bettina berichtet, dass sie bereits seit zehn Jahren Ängste hat. Ihre Ängste seien in letzter Zeit wieder schlimmer geworden, sie fühle sich ganz verzweifelt. Vor einigen Wochen habe sie eine neue Stelle angefangen und gleich wieder verloren. Sie fühle sich überfordert und abhängig von ihrer Mutter und ihrem Freund. Sie brauche beide dringend, da sie aus Angst so vieles nicht alleine machen könne. Sie traue sich nicht, Auto zu fahren, geschweige denn Tram oder Bus. Auf der anderen Seite, erzählt Bettina, sie mache sich Sorgen, dass sie ihre Lieben mit ihrer Angst und Bedürftigkeit belaste und verlassen werde. Sie könne sich kaum über irgendetwas freuen, oft fühle sie sich ganz erschöpft. „Das Leben ist ein Scheißdreck“, sagt Bettina. Ihr Leben sei voller Leiden. Seit sie 13 Jahre alt sei, geschehe jedes Jahr irgendetwas Schlimmes. Sie habe wichtige Menschen verloren, unter anderem ihre Großeltern und einen Schulfreund. Vor drei Jahren erlitt sie zudem die Thrombose. Das sei ganz furchtbar gewesen, sie sei fast gestorben, habe drei Tage auf der Intensivstation verbracht. Sie habe Monate gebraucht, bis sie sich vollständig erholt habe. Besonders verzweifelt sei Bettina wegen ihres Übergewichts. „Ich nehme stetig zu“, sagt sie und weint.

Im Laufe der psychotherapeutischen Gespräche haben wir einige **Gründe für ihr Übergewicht** gefunden. So isst Bettina etwa, wenn sie Angst hat. Wenn sie sich nicht wohl fühlt und Angst vor einer Panikattacke hat, oder sich eine anbahnt, dann isst sie. Bettina meint, dass sie sonst in Ohnmacht fallen könnte. Das Essen beruhigt sie und vermittelt ihr Sicherheit. Wenn sie alleine ist, isst sie zur Absicherung, damit ihr nichts passiert. Ein weiterer Grund für das Übergewicht ist der Bewegungsmangel. Bettina hat schon vor der Thrombose-Erkrankung wegen ihrer Ängste wenig Sport getrieben. Bereits da habe sie nach und nach etwa zehn Kilogramm Übergewicht zugelegt. Nachdem sie die Sinusvenenthrombose erlitten hatte, durfte sie nicht einmal mehr lachen oder niesen. Die Ärzte verboten ihr für einige Monate anstrengende Tätigkeiten und Sport. Doch auch dann, als sie gedurft hätte, hat sie Angst gehabt, sich anzustrengen. Mit der Zeit und weiterer Gewichtszunahme wurde jede Bewegung immer beschwerlicher und anstrengender. Innerhalb der letzten drei Jahre seit der Thrombose nahm sie weitere 30 Kilogramm zu.

Bettina isst ferner zu viel, da ihr das Essen so gut tut. „Das einzige, was mir wirklich Spaß macht, ist das Essen“, meint sie. Sonst hat sie so viel Leid und Pech im Leben: die bereits erwähnten Verluste, nebst der Thrombose auch andere Krankheiten und gesundheitliche Beschwerden. Oft ist Bettina mit ihrem Leben und auch mit sich selbst unzu-

frieden. Während sie kalorienreiche Nahrung zu sich nimmt, geht es ihr vorübergehend gut. Nicht zuletzt isst Bettina auch aus Trotz. „Ich will mir von niemandem vorschreiben lassen, was ich essen soll!“ „Ich will nicht, dass mir Mutter sagt, was gut für mich ist!“ Gesunde Nahrung, wie Salat und Gemüse, habe sie nicht gerne. So kann sie ihren Widerstand der Familie, der ganzen Welt zeigen, indem sie ungeachtet der Folgen eine große Portion Spaghetti verschlingt.

Das übermäßige Essen hat aber auch negative **Folgen** für Bettina. Schon bald nach dem Essen bekommt sie ein schlechtes Gewissen. Sie ist einmal mehr unzufrieden mit sich, fühlt sich als Versagerin. Sie ist richtig wütend auf sich: dass sie wegen der Ängste nicht aktiver sein kann; dass sie es trotz guter Vorsätze nicht schafft, weniger zu essen; dass sie nicht gesünder kocht und keinen Sport treibt. Bettina macht sich heftige Vorwürfe und mag ihren Körper überhaupt nicht. Sie meidet Spiegel, damit sie nicht sehen muss, wie dick sie ist. Den Kauf neuer Kleidungstücke schiebt sie lange vor sich hin, damit sie sich ihre aktuelle Kleidergröße nicht ins Bewusstsein holen muss. Bettina schämt sich, dass sie so dick ist. Sie macht sich Sorgen darüber, was andere Menschen über sie denken, insbesondere wenn sie in der Öffentlichkeit isst. Auch der Teufelskreis der Angst wird durch das Übergewicht noch schlimmer. Bereits als sie die Thrombose erlitten hatte, rieten die Ärzte ihr abzunehmen, da Übergewicht ein Risikofaktor für eine weitere Thrombose ist, wobei sie damals 30 Kilogramm weniger wog. Dadurch ist Bettinas Angst vor einer erneuten Thrombose nun sehr groß.

Im Verlauf der psychotherapeutischen **Behandlung** wurden verschiedene Themen bearbeitet. Im Kontext des Übergewichts waren die folgenden besonders wichtig. Während der Auseinandersetzung mit ihrer Angst lernte Bettina, zwischen den Symptomen einer Panikattacke und den damaligen Symptomen der Sinusthrombose zu unterscheiden. Zudem musste sie sich mit der Tatsache konfrontieren, dass ihr das Essen bei beidem nicht hilft. Sie lernte, Atemübungen zu machen statt zu essen und konnte in der Folge anders, sogar etwas besser, entspannen. Da sie weniger Angst vor einer erneuten Panikattacke hatte, wurde sie selbständiger und in der Folge immer aktiver. Bettina wagte es, ihr Spiegelbild auszuhalten und die Trauer darüber zuzulassen, dass sie übergewichtig ist. Erstaunt stellte sie fest, dass ihr Einiges an ihrem Körper durchaus auch gefällt. Dank der wachsenden Selbstakzeptanz und vielleicht auch dank der Tatsache, dass sich ihr Gewicht seit dem Beginn der Psychotherapie stabilisiert hat, wurde Bettina ruhiger und zufriedener mit sich und entwickelte realistischere Ziele bezüglich der gewünschten Gewichtsabnahme.

Im späteren Verlauf der Behandlung, als sie sich mit ihrer Emotionalität vertrauter gemacht hatte und in ihrer Persönlichkeit etwas gefestigter und reifer wurde, konnte sie sich langsam mit den bisherigen Verlusten (Todesfälle etc.) konfrontieren. Das war anfangs sehr schwierig für sie, da sie sich vor den heftigen Gefühlen fürchtete. Dennoch hat sie es gewagt und es hat sich gelohnt: Bettina hatte mit der Zeit weniger Angst vor Verlusten, welche noch kommen könnten. Sie konnte sich freier den Freuden des Lebens zuwenden, wurde offener für Genuss. Sie fand eine neue Arbeitsstelle, gewann wertvolle soziale Kontakte und bekam Bestätigung für ihr Engagement und für ihre Arbeit. In der Freizeit entdeckte sie Freude am Malen und an der Natur. Bettina fühlte sich erfüllt und musste sich weniger mit Nahrung füllen.

Ferner haben wir an ihrer Motivation gearbeitet, sich gesünder zu ernähren und sich mehr zu bewegen. Bettina lernte offen hinzuschauen, was sie mag und was nicht. So stellte sie beispielsweise erstaunt fest, dass sie eigentlich Salat mag, nur die marktüblichen Salatsaucen nicht. „Ich esse, was ich will!“, sagte sie ähnlich wie zu Beginn der Therapie. Neu aber nicht aus Trotz, sondern weil sie sich so personal entschieden hat. Seit sie sich mit Gemüse und Fisch satt ass, fühlte sie sich weniger müde. Dadurch wurde ihr körperliche Betätigung weniger lästig. Sie bewegte sich mehr im Alltag, war vermehrt zu Fuß unterwegs und merkte, dass ihr kleine Sporteinheiten gut taten.

Bettina hat in der Therapie ihren Hunger neu kennengelernt. Zu Beginn der Therapie dachte sie, dass Hunger etwas Bedrohliches sei. „Ich möchte nicht hungern“, sagte sie, „ich halte keine Diät aus“. Sie lernte Gefühle und Körperempfindungen genauer wahrzunehmen. Das war für sie nicht einfach, denn es war notwendig, genau hinzuschauen und zu verweilen, damit sich das Gefühl entfalten konnte. Sie lernte den gesunden Hunger als etwas Natürliches wahrzunehmen und von anderen Gefühlen, wie Angst, Unsicherheit oder Traurigkeit zu unterscheiden. Dadurch entdeckte sie, dass ihr das Essen mit einem kleinen Hunger noch besser schmeckte und sie es richtig auskosten konnte. Damit wuchs ihre Bereitschaft, auch mal auf etwas zu verzichten. Es gelang ihr nicht immer, dann aufzuhören, wenn es am Schönsten war – aber es gelang immer wieder mal und Bettina fühlte sich dabei ganz stark. Von diesem Gefühl war Bettina begeistert.

Bettina hat die Therapie nach knapp zwei Jahren beendet. Es war klar, dass einige wichtige Themen noch zu wenig zur Sprache gekommen waren, wie zum Beispiel die Beziehungen zu ihren Eltern oder ihre Partnerschaften. Bettina fand aber, dass sie viel mehr Freiheit habe und vieles selbständig machen könne. Mit ihrem Gewicht war sie insofern zufrieden, dass sie zwar wenig aber kontinuierlich abnahm. In den letzten Monaten vor der Beendigung der Therapie nahm sie gut fünf Kilogramm ab. Sie wünschte sich, sich selbst zu zeigen, dass sie auch ohne Therapie in ihrem Leben zurechtkommt. Eine weitere therapeutische Phase zum späteren Zeitpunkt schloss sie jedoch keineswegs aus.

BEHANDLUNG

Anhand des obengenannten Fallbeispiels fasse ich einige Punkte in der Behandlung von übergewichtigen Menschen zusammen. Übergewicht hat selten nur eine einzige Ursache. Es spielen u.a. sozio-kulturelle, genetische und medizinische Faktoren mit und es ist wichtig, diese in der Behandlung von übergewichtigen Menschen mit zu berücksichtigen. Gerade auch weil in der Gesellschaft viele Vorurteile gegenüber Betroffenen herrschen. Oft werden diese von Patienten selbst übernommen und das übermäßige Essen mit „einem schwachen Willen“ oder „Faulheit“ abgetan. Eine gründliche medizinische Abklärung beim Spezialisten für Übergewicht auf der einen Seite, die Bewusstmachung des eigenen Essverhaltens und der Macht des allfälligen Suchtverhaltens darin sind wichtige, wenn auch zeit- und kraftaufwendige Schritte in der Behandlung.

Die Grenze zwischen ungünstigen Gewohnheiten und Suchtverhalten ist nicht immer einfach zu ziehen. Dabei ist

auch das Übergewicht selbst nicht unbedingt maßgebend, da sich bei manchen Patientinnen und Patienten Phasen des übermäßigen Essens mit Phasen des gezügelten Essens abwechseln. An dieser Stelle ist eine gründliche und aufmerksam und beharrlich erhobene **Anamnese** der Essgewohnheiten und Gewichtsentwicklung in der Vergangenheit angebracht. Oft entstehen ungünstige Überzeugungen – was und wann gegessen werden darf oder muss – bereits in der frühen Kindheit. Die Betroffenen nehmen wenig Rücksicht auf eigene Hunger- und Sättigungsempfindungen. In der Praxis habe ich es bereits oft erlebt, dass insbesondere Hungergefühle als bedrohlich und schädigend erlebt werden und mit anderen Gefühlen (Stress, Anspannung, Wut) verwechselt werden. Auf der anderen Seite können unangenehme Gefühle mit Hilfe des Essens abgewehrt oder zumindest vorübergehend umgewandelt werden. Im Fall von Bettina waren es am häufigsten die Angst und die Unsicherheit, welche mit Essen besänftigt und reduziert wurden. Wie Bettina verfügen Menschen mit Übergewicht in der Regel über eine wenig differenzierte Körper- und Emotionswahrnehmung. Unter Umständen ist diese hochgradig gestört, so wie es bei anderen Essstörungen bekannt ist.

Wenn sich zeigt, dass die Gründe für das übermäßige Essen Suchtcharakter haben, liegt meist eine komplexe und mehr oder weniger heftige Psychodynamik dem übermäßigen Essen oder der Essstörung zugrunde. Den verschiedenen persönlichen Themen liegt – wie bei anderen Suchterkrankungen (Längle 1997, 23) – oft der Wunsch zu Grunde, mehr Leben zu wollen und Unangenehmes zu vermeiden. Nahrungsaufnahme eignet sich, wie Grunert (1993) bezugnehmend auf psychologische und medizinische Forschung sehr umfassend zeigt, gut dazu, unangenehme Gefühle zu überspielen und angenehme hervorzurufen. Dies äußert auch Bettina ganz deutlich: Sie erlebt ihr Leben als beschwerlich und ungut und das Essen ist ihre „einzige Freude im Leben". Die Erkenntnis zu gewinnen und zu **akzeptieren,** wie bedeutsam das übermäßige Essen für sie ist, erlebe ich in der Behandlung von übergewichtigen Menschen als eine Schlüsselsituation im Behandlungsverlauf. Sie ist deshalb wichtig, weil auf der einen Seite das „Fehlende" im eigenen Leben schmerzlich bewusst wird, auf der anderen Seite der Zwang der Esssucht angenommen werden kann. Dies sind notwenige Schritte auf dem Weg dazu, einen personalen Umgang mit der Erkrankung zu erlangen (vgl. Längle, Probst 1997, 82ff)). Der Gedanke, dass da sehr wohl auch ein gewisser (körperlicher) Zwang am Werk sein könnte, der sie zum übermäßigen Essen anhielt, entlastete auch Bettina. Die Akzeptanz der Suchtmacht und die realistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten in der aktuellen Situation sind gemäß Längle (ibid.) sehr wichtige Faktoren in der Behandlung von Suchtverhalten.

Menschen mit Übergewicht, Frauen wie Bettina insbesondere, sind sehr kritisch bis ablehnend ihrem Körper und sich selbst gegenüber. Viele möchten mit der Selbstannahme warten, bis sie abgenommen haben. Manche haben sogar Angst, dass Selbstannahme das Abnehmen behindern könnte. **Selbstannahme** ist jedoch eine Bedingung für eine gute Beziehung zu sich und eine notwendige Grundlage für eine andere Form von Selbstfürsorge, welche es erst möglich macht, sich dem Drang nach kalorienreicher, süßer oder übermäßiger Nahrung entgegen zu stellen. Auf dem Weg von der Wunschhaltung zu einer gelungenen Selbstannahme lernt der betroffene Mensch, offen auf sich und auf seine tatsächlichen Möglichkeiten und Grenzen hinzuschauen. Die Patientin oder der Patient übt mit Unterstützung der Therapie, Gefühle und Empfindungen wahrzunehmen, auszuhalten und diese zu verstehen. Im Fall der Esssucht ist zudem ein besonderes Augenmerk auf die Empfindungen von Hunger und Appetit und die Sättigungssignale zu legen. Andere Bedürfnisse oder Mangelgefühle, welche sich hinter einer Essgier verstecken, sind zu entdecken und einzuordnen. Dies ist ein anspruchsvoller und langwieriger Prozess, welcher einige Beharrlichkeit aufseiten des Therapeuten oder der Therapeutin verlangt. So bedarf die Behandlung des Übergewichts – ähnlich wie anderer Suchterkrankungen – einer pragmatischen, konfrontierenden und nicht zu empathischen Haltung des Therapeuten (Längle 1997, 24).

Im Laufe der Behandlung einen bewussten Umgang mit dem Thema essen zu pflegen, auf der Basis einer personalen Stellungnahme zur Entschiedenheit zu finden, macht es im gelungenen Fall möglich, auch mal etwas lassen zu können und bewusst zu verzichten. Das Erlangen von personalen Kompetenzen wird im Laufe der existenzanalytischen Behandlung natürlich nicht nur beim Thema Essen sondern in allen anderen Lebensbereichen und Themen gelernt und gefestigt. Ich habe es einige Male erlebt, vor allem bei männlichen übergewichtigen Patienten, wo das Essverhalten oft nicht so genau thematisiert wird wie bei Frauen, dass sie gegen Ende einer Therapie spontan von einer Gewichtsabnahme und einer besseren Zufriedenheit mit Ihrem Essverhalten berichteten, obwohl das Thema in der Therapie kaum oder wenig behandelt wurde. Selbstverständlich liegt in solchen Fällen keine schwere Esssuchtproblematik vor.

Abnehmen soll kein Leiden und schon gar kein Hungern sein. Die Betroffenen sollen von den Versuchen wegkommen, restriktiv das Essen einzuschränken und schlechtes Gewissen und Selbstvorwürfe zu haben, wenn diese Versuche scheitern. Sie sollen zu einem personalen Umgang mit sich, mit ihrer eigenen Lebenssituation und dem Thema Essen finden, damit eine gesunde Balance zwischen Genuss und Verzicht möglich wird.

Literatur:

Längle A, Probst C (1997) Was sucht der Süchtige? Beweggründe und Ursachen aus existenzanalytischer Sicht. In: Längle A, Probst C (Hg) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: Facultas Universitätsverlag 71–90

Längle A (1997) Das Ja zum Leben finden. In: s.o. Wien: Facultas 13–32

Grunert S C (1993) Essen und Emotionen. Die Selbstregulierung von Emotionen durch das Essverhalten. Psychologie-Verl.-Union: Weinheim

World Health Organisation (2000) Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. Geneva: World Health Organisation

Anschrift der Verfasserin:

Dr. phil. Zdenka Camachova Davet

Hauptstraße 33

CH – 4142 Münchenstein

zdenka.camachova@ebmnet.ch

IM SPIEL VERLOREN

Monika Vogelgesang

Die übermäßige, berufs- und ausbildungsfremde Nutzung von PC und Internet mit gravierenden Nachteilen für die eigene Person ist ein kulturabhängig sehr junges gesellschaftliches und psychopathologisches Phänomen, für das der Volksmund den Ausdruck "Computersucht" geprägt hat, das in den gängigen Diagnoseklassifikationen jedoch noch nicht definiert ist. In der AHG Klinik Münchwies (in Deutschland) wurde ein Schwerpunkt für PatientInnen mit pathologischen PC-/Internetgebrauch etabliert. Die hier gewonnenen klinischen Erfahrungen wurden in wissenschaftlichen Projekten begleitet. Hierauf basierend wurden im Wesentlichen phänomenologisch ausgerichtete Diagnosekriterien definiert und therapeutische Vorgehensweisen entwickelt. Besondere Beachtung findet hierbei die pathognomonische Dichotomie des Ich-Erlebens hinsichtlich der realen versus der virtuellen Welt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Computer- und Internetsucht, Störung durch den Gebrauch von Internetspielen, pathologischer PC-/Internetgebrauch, Diagnosekriterien, Behandlung, Phänomenologie

LOST AT PLAY

The excessive nonprofessional and non-educational use of computer and internet leading to serious disadvantages for the person affected, commonly known as "computer addiction", is a new cultural and psychopathological phenomenon. Hence, up to now, there are no diagnostic criteria for the pathological use of computer and internet (or the "internet addiction") in ICD 10 and DSM 5. The AHG Klinik Münchwies in Germany established a special clinical branch concerning the pathological use of computer and internet. Based on clinical experience and research in this field, phenomenological criteria of diagnosis were defined and therapeutic strategies developed. The pathognomonical dichotomy of the self, concerning reality versus the virtual world, is of special significance in this context.

KEYWORDS: PC/internet addiction, disorder due to use of internet games, pathological use of PC/internet, diagnostic criteria, treatment, phenomenology

EINLEITUNG

Mitte der 1970er Jahre entstanden die ersten Computerrollenspiele mit einer aus der heutigen Perspektive recht schematischen, eindimensional wirkenden Grafik.

Im Laufe der folgenden vier Jahrzehnte entwickelte sich dieser Bereich in exponentieller Wachstumsgeschwindigkeit zu einem beachtlichen Wirtschaftssektor und zu einer Freizeitbeschäftigung für Millionen Menschen. Die grafischen Darstellungen entführen einerseits in fantastische Welten, sind andererseits jedoch für das bloße Auge kaum von realen Gegebenheiten unterscheidbar. Besonderer Beliebtheit erfreuen sich die Mehrpersonen-Online-Rollenspiele (Massively Multiplayer Online Role Playing Games, kurz MMORPG). Dabei gibt es Mehr-Personen-Online-Rollenspiele, die sowohl im Internet als auch offline zu spielen sind.

Der Klassiker „World of Warcraft" ist ein ausschließlich über das Internet benutzbares Rollenspiel, das von vielen Spielern gleichzeitig spielbar ist. Zur Kommunikation wird ein eigener Jargon mit vielen Abkürzungen benutzt. In den fantastischen virtuellen Welten bewegen sich Avatare, die Spielfiguren, mit denen sich die Player identifizieren und die sie dirigieren. Beliebte Kernfiguren sind der „Tank", der den Angriff der Gegner auf sich konzentriert, der „Healer", der andere Spieler heilt sowie der „Damage Dealer", der viel Schaden bewirken, sich selbst aber nur schlecht verteidigen kann. Durch zeitlich ausgedehntes Spielen „erarbeitet" sich der Spieler Eigenschaften seines Avatars, die nicht nur ihm selbst, sondern auch der Gruppe, mit der er zusammenspielt, von Nutzen sind. Ein mit vielen wertvollen Eigenschaften versehener Avatar bringt dem zugehörigen Player Anerkennung und Bewunderung in seiner Gruppe.

Eine andere Kategorie von Computerspielen sind die sogenannten „Shooterspiele". Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass jeder Spieler/jedes Team gegen andere Spieler/Teams oder computergesteuerte Gegner um Lebenspunkte kämpft. Die Spielfigur ist menschenähnlich. Der Bildaufbau suggeriert dem Spieler, selbst die Waffe zu führen (First Person Shooter) oder direkt hinter der Spielfigur zu stehen (Third Person Shooter). Die Waffe ragt dabei in die grafische Abbildung.

Viele Eltern nehmen mit Besorgnis zur Kenntnis, dass ihre Kinder in einem zeitlichen Umfang, der weit größer als der Aufwand für Schule und Ausbildung ist, vor dem Computerbildschirm sitzen und mit einem völlig abwesenden Gesichtsausdruck die Tasten betätigen. Schulisches Versagen, sozialer Rückzug, Haltungsschäden, Essstörungen und ein sich Herausnehmen aus der Familie und dem bisherigen Freundeskreis werden immer wieder beschrieben. Vor diesem Hintergrund wird die sogenannte „Computersucht" auch als die neue Seuche unserer Zeit bezeichnet. Aber es gibt auch Gegenstimmen, die darauf hinweisen, dass vor jedem technologischen Entwicklungsschritt allzu pessimistische Stimmen zu hören gewesen sind. So habe man z.B. davor gewarnt, Eisenbahn zu fahren, da man befürchtet habe, eine Beschleunigung über 30 km pro Stunde werde der Organismus nicht aushalten. Die Befürworter der Computerspiele sehen darin eine Möglichkeit, fit für die Zukunft zu machen, wohingegen die Gegner die sich im Vergleich zu den Mädchen stetig verschlechternden Schulleistungen der Jungs darauf zurückführen, dass diese ihre Zeit mit Computerspielen statt mit Hausaufgaben zubringen. Während die Computerspielgegner den Eltern raten, darauf zu achten, die Bildschirmzeit zu reduzieren oder schlimmstenfalls den Stecker völlig zu ziehen, machen sich die Befürworter dafür

stark, die Schulen mit PCs aufzurüsten und plädieren dafür, die Schreibschrift abzuschaffen, da diese zukünftig nicht mehr gebraucht werde.

Fakt ist, dass es im Bereich der Computer/Internet-Nutzung krankhafte Entwicklungen (Schuhler et al. 2011) gibt und dass die Zahl der hiervon Betroffenen stetig steigt. 1998 wurden erste Behandlungen von pathologischen PC-/Internetgebrauchern in der psychosomatischen Klinik Münchwies durchgeführt. Seit 2008 gibt es hier für dieses Krankheitsbild durchgängig ein spezifisches Gruppenangebot, auf das weiter unten noch ausführlich eingegangen wird. 2014 wurden 124 PatientInnen mit pathologischem PC-/Internetgebrauch in der AHG Münchwies behandelt.

BEGRIFFSKLÄRUNG

Pathologischer PC-/Internetgebrauch ist eine kulturabhängige Störung, die vor der Entwicklung der hierbei eingesetzten Technologie unbekannt war. Dementsprechend findet sich keine spezifische Nennung der Störung in der ICD 10 (WHO 1993). In dem 2013 erschienen DSM 5 (APA, 2013) finden sich ebenfalls noch keine Diagnosekriterien. Allerdings wird der Ausdruck „Störung durch Spielen von Internetspielen" als klinisches Erscheinungsbild mit weiterem Forschungsbedarf aufgeführt.

Die ICD 10 (WHO 1993) bezieht den Begriff des Abhängigkeitssyndroms, das hiermit der Sucht gleichzusetzen ist, auf den exzessiven Konsum psychotroper Substanzen und wendet ihn nicht auf Störungen mit exzessivem Verhalten ohne Konsum psychotroper Substanzen an. Dem gegenüber hat der Volksmund den Begriff der „Computersucht" schon längst geprägt, ohne dass hier das Suchtparadigma wissenschaftlich untermauert wäre.

Klinisch lässt sich konstatieren, dass es sich bei dem pathologischen PC-/Internetgebrauch um eine Störung mit Schnittmengen zu den Abhängigkeitserkrankungen handelt, wie dies auch z.B. bei pathologischem Glücksspiel und den Essstörungen der Fall ist.

Schuhler und Vogelgesang (2012) haben aufgrund der inzwischen langjährigen und eingehenden Münchwieser Erfahrungen mit dem Klientel der pathologischen PC-/Internetgebraucher die folgende klinische Definition entwickelt: Mehr als 30 Stunden pro Woche schul- bzw. berufsfremde PC-/Internetaktivität und in mindestens zwei der folgenden Bereiche ein dichotomes, auseinanderklaffendes Erleben zwischen virtuellem Bereich und realer Welt während einer Phase:

- Interesse-Aktivität
- Flexibilität/Geschicklichkeit
- Problemlösekompetenz
- Erfolgs- und Kontrollattribution
- Durchsetzungsvermögen
- Soziale Kompetenzen
- Durchhaltevermögen
- Aggressionshemmung
- Freudvolles, positives Erleben

Während der pathologische PC-/Internetgebraucher sich in der realen Welt gescheitert, beschränkt, überfordert, ratlos, schlapp, isoliert, verzagt, am Ende, niedergeschlagen, schlecht, arm, hässlich, krank oder schwach fühlt, erlebt er sich in der virtuellen Welt erfolgreich, gelassen, mühelos, gesund, genial, kompetent, dynamisch, zuversichtlich, perfekt, stark, schön, gut drauf, reich oder beliebt.

URSACHEN UND FOLGEN

Jörg Petry (2010) betrachtet das pathologische PC-/Internetspielen als Folge der Regression auf die Stufe des kindlichen Spiels im Alter von etwa vier bis fünf Jahren. In diesem Entwicklungsabschnitt wurde das Spiel als Selbstzweck durchgeführt, die Wechsel des Realitätsbezuges waren schnell und problemlos möglich, die Gegenstände erhielten symbolisch transformiert eine andere Bedeutung. Auf der Stufe des kindlichen Spiels dient dieses der kompensatorischen, illusionären Wunscherfüllung. So kann ein Spazierstock schnell zu einem Gewehr werden, welches das Kind anlegt und damit seine Feinde erschießt.

Eine Regression auf diese kindliche Stufe kann verschiedenste Ursachen haben. So wurden bei den Münchwieser pathologischen PC-/Internetgebrauchern in größerem Umfang Bindungsdefizite mit einer defizitären Repräsentanz von Bindungspersonen gefunden. Nicht selten war ein unreifes Mentalisierungsniveau mit Einschränkungen der Affektregulation und Selbststeuerung. Bei sozio-kultureller Instabilität konnte eine diffuse Selbstidentität mit Desorientierung, Desinteresse und Fehlen innerer Verpflichtungen gefunden werden. Durchgängig fielen dysfunktionale Schemata mit einer eher pessimistischen Welt- und Selbstsicht bezüglich des Realkontextes auf.

Die klinische Stichprobe (Schuhler et al. 2013) der pathologischen PC-/Internetgebraucher zeigte eine hohe Anzahl an psychischen Begleiterkrankungen, z.B. 38 % Persönlichkeitsstörungen in der klinischen Stichprobe versus 7,5 % in der Allgemeinbevölkerung. Die pathologischen Bedürfnisse der Persönlichkeitsstörung z.B. nach Macht (narzisstische Persönlichkeitsstörung) oder Bewunderung (histrionische Persönlichkeitsstörung) werden in der virtuellen Welt passager befriedigt. Die durch die auffallenden Persönlichkeitszüge hervorgerufenen sozialen Probleme im Realitätskontext finden während der PC-/Internet-Aktivität ihre passagere Kompensation. In der Realität kommt es so immer weniger zu korrigierenden sozialen Lernerfahrungen und die Persönlichkeitspathologie verfestigt sich mit den bekannten negativen Folgen, die die Bedürftigkeit, sich in die PC-/Internetaktivität zu flüchten, weiter erhöhen.

Auch depressive Störungen lagen mit 51 % bei der klinischen Stichprobe deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung, wo sie mit etwa 13 % auftreten. Dem sozialen Rückzug, dem Aktivitätsdefizit und den Versagensgefühlen der depressiven Person stehen in der PC-/Internetwelt schnelle und unverbindliche soziale Kontakte mit müheloser Aktivität und erfolgreiche Auftritte als Held oder Heiler entgegen. Dies führt zu einer Stimmungsaufhellung für die Dauer der PC-/Internetaktivität, nach deren Beendigung sich die negative Stimmung in der als konträr entgegengesetzt erlebten Realität noch weiter verstärkt.

Auch Substanzabhängigkeiten aller Art (36 % in der kli-

nischen Stichprobe, versus 4% in der Allgemeinbevölkerung) mit den bekannten negativen Folgen in der Realität erhöhen das Verlangen der Betroffenen sich in die Scheinwelt des Computerspiels zu flüchten. 19% der klinischen Stichprobe litt unter Angststörungen.

ASPEKTE DER ICH- UND WELTVERLORENHEIT

Ein wesentlicher Aspekt, der den pathologischen PC-/Internetgebrauch kennzeichnet, ist das Immersionserleben, also das völlige und hochkonzentrierte Eintauchen in die virtuelle Welt und damit einhergehend eine mangelnde Wahrnehmung und Repräsentation der äußeren Realität inklusive dem reduzierten Erleben des eigenen Körpers, dem verringerten Empfinden, als eigenständige Persönlichkeit in Beziehung zur realen Welt mit realen Bindungen und Lebensanforderungen zu stehen. Dem steht die übermäßige Repräsentation einer Fantasiewelt gegenüber, bei der Wünsche uneingeschränkt erfüllt werden können, Macht hemmungslos ausgelebt und die eigene Person wunschgemäß und ohne jede Einschränkung modelliert werden kann.

Da mit der Welterkenntnis die Selbsterkenntnis und das Selbsterleben einhergehen, resultiert aus dem pathologischen PC-Internetgebrauch eine Selbst- und Weltverlorenheit.

Zur Körperverlorenheit wird im Folgenden Horst Baumeister zitiert: „Begegnungen im Netz, und darin liegt die Gefahr, sind dem echten Leben gegenüber konkurrenzlos, weil sie den Körper auslöschen, weil die Begegnungen außerhalb der Zwänge körperlicher Interaktionen präsentiert werden. Es gibt keinen beschleunigten Herzschlag, kein Erröten der Wangen, kein Schütteln der Hände, keine schwitzenden Handflächen, keine Tränen, kein Stottern und es gibt auch keinen Blick, kein Gesehenwerden."

Diese Körperverlorenheit geht auch mit körperlichen Schäden einher: Haltungsschäden, Rückenprobleme, Adipositas durch Fehlernährung und Bewegungsmangel, Schmerzen im Bereich der Handgelenke durch Überbeanspruchung, deutliche Verminderung von Kraft, Koordination und Ausdauer durch Bewegungsmangel.

Die in dem Zitat von Horst Baumeister auch mit erwähnten anonymisierten, typologisierten, instrumentellen „Begegnungen" mit anderen Spielfiguren und Spielern gehen mit einer Vereinsamung in der Realität und einem massivem Verlust zwischenmenschlicher Bindungen einher.

„Im Spiel ist selbst der Tod nicht für ewig." Dieses Zitat eines Patienten verdeutlicht, dass negative Konsequenzen im Spiel niemals unumkehrbar sind. Weder der Tod der eigenen Spielfigur noch der Tod anderer ist für ewig. Das Gleiche gilt für Verletzungen etc.. Verschont von der teils unerbittlichen Konsequenz der Realität, verlieren die Realitätsmaßstäbe und Werte sowie die damit in Verbindung stehenden echten Gefühle in der virtuellen Welt ihre Gültigkeit. Wird dieser Wertverlust aus dem Bereich der PC-/Internetspiele auch auf die Realität übertragen, so kommt es zu einem Verlust von Pflichtgefühl und Interessen bezogen auf die Realität. Bei pathologischen PC-/Internetgebrauchern findet man in großem Umfang Haushaltsversagen bis zur Verwahrlosung der Wohnung, Schulversagen, berufliches Underachievement, den Verlust des Arbeitsplatzes, keine alternativen Freizeitinteressen, kein Sport, keine Ressourcen in der realen Welt und eine körperliche Vernachlässigung bis zur Verwahrlosung der eigenen Person.

Während der allergrößte Teil der PC-/Internetgebraucher anscheinend noch gut zwischen Realität und Virtualität unterschieden kann, gibt es doch eine kleinere Gruppe, bei der es offensichtlich zu einer Konfusion dieser beiden Welten gekommen ist. Es dürfte kein Zufall sein, dass man in sichergestelltem Computermaterial von Amokläufern immer wieder eine exzessive Aktivität mit Shooterspielen findet.

WEGE AUS DEM PATHOLOGISCHEN PC-/ INTERNETGEBRAUCH

In aller Regel kommen die pathologischen PC-/Internetgebraucher nicht vollkommen aus eigenem Willen in die Therapie. Bei ihnen liegt kaum Einsicht in die Pathologie und Schädlichkeit ihres exzessiven PC-/Internetgebrauchs vor. Sie möchten sich nicht mit Problemen der Realität auseinandersetzen. Alles, was sie wollen ist, sich wieder uneingeschränkt dem Spielen hingeben zu können. Junge Menschen, die noch finanziell abhängig von ihren Bezugspersonen sind, können durch diese Gegebenheit von den Eltern mit sanftem Druck zur Therapie bewegt werden. Zu Beginn der Behandlung steht der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung zu dem in der Realität vereinsamten pathologischen PC-/Internetgebraucher im Vordergrund. Damit Hand in Hand geht der Aufbau von Krankheitseinsicht und Veränderungsmotivation.

Das Spezialprogramm der AHG Klinik Münchwies (Schuhler et al. 2011) hat folgendes Konzept: Zwölf Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch haben ihre benachbarten Zimmer auf einem Flur des Gebäudes. Täglich treffen sie sich am Morgen zur gemeinsamen Gruppentherapie. Weiterhin führen sie zusammen sportliche und ergotherapeutische Aktivitäten durch. Hinzu kommen regelmäßige einzeltherapeutische Sitzungen sowie weitere gruppentherapeutische Aktivitäten, die sich nach den vorliegenden Gegebenheiten, z.B. auch Begleiterkrankungen, ausrichten.

Schon sehr früh in der Behandlung wird den Patienten erklärt, dass ein differenzierter Umgang mit PC-und Internet für die Zukunft unabdingbar ist. Dabei wird die sogenannte Ampelregelung (Schuhler & Vogelgesang 2011) vorgestellt: Aktivitäten, die so gefährlich sind, dass ein völliger Verzicht auf den Gebrauch nötig ist (z.B. PC-/Internetspiele bei pathologischen PC-/Internetgebrauchern) werden auf rot gesetzt, das heißt, sie sind zukünftig tabu. Auch Aktivitäten, die ein hohes Risikopotential haben, dass man auf diese zukünftig umsteigen könnte, wie z.B. problematisches Chatten oder nicht sachbezogenes Surfen, sollten von sofort an nicht mehr durchgeführt werden.

Die Farbe Gelb erhalten PC-/Internetaktivitäten, die ein Gefahrenpotential haben könnten, z.B. Online-Aktivitäten Zuhause, PC-/Internetgebrauch mehr als eine Stunde. Diese Aktivitäten werden als riskant, aber nicht als Tabu eingestuft und bekommen deshalb die Farbe Gelb.

Grün, das heißt erlaubt, ist die Internetnutzung zur kurzen und sachlichen Durchführung von E-Mailkorrespon-

denz, Onlinebanking und zur kurzen, klar definierten Informationssuche. Auch der berufliche Einsatz von PC und Internet ist in der Regel mit der Farbe grün, das heißt erlaubt, zu versehen.

In der Anfangsphase der Therapie verpflichtet sich der pathologische PC-/Internetgebraucher, eine sogenannte Verzichtserklärung zu unterschreiben, bei der mit einer zeitlichen Angabe versehen die Absichtserklärung unterschrieben wird, zukünftig auf schul-, ausbildungs- und berufsfremde PC-/Internetaktivitäten zu verzichten. Ist die PC-/Internetaktivität mit einer Anmeldung verbunden gewesen, dann erfolgt die Abmeldung bis zu einem klar anzugebenden Zeitpunkt nach Beginn der Behandlung. Kopien der Abmeldung werden dem Therapeuten ausgehändigt. Hinsichtlich der PC-Spiele verpflichtet sich der Patient, den Account weder zu verschenken noch zu verkaufen und insbesondere nicht bei Online-Auktionshäusern zu versteigern. Alle erforderlichen Unterlagen zur Abmeldung werden zusammengestellt, dies sind die E-Mail-Adresse, die Geheimfrage, der CD-Key sowie ein gültiger Personalausweis.

Der Verzicht auf die geliebte PC-/Internetaktivität, die Löschung des Accounts und damit des Avatars geht mit einem intensiven Erleben des Verlustes einher. Diese Trauer muss in der Therapie ernst genommen und begleitet werden. Die emotionale Aktivierung in realen Bezügen soll einen Ausgleich für dieses Verlusterleben schaffen und den Patienten wieder zur Realität in Beziehung setzen. Weitere Therapiethemen sind eine adäquate Selbstwertregulierung und eine Handlungsmotivierung im Kontext der Realität. In der AHG Klinik Münchwies lernen die Patienten in realen Kontakten ihre soziale Interaktionskompetenz zu verbessern, der affektive Realitätsbezug wird Schritt für Schritt immer mehr gestärkt und die Therapiefortschritte werden in der Alltagswelt gesichert. So z.B. ist es notwendig, eine adäquate Nachsorge zu organisieren und, falls dies in der Umgebung des Patienten nach der Entlassung möglich ist, festzulegen, dass er spezifische Selbsthilfegruppen besucht.

Der Therapieplan eines Patienten mit pathologischem PC-/Internetgebrauch in der AHG Klinik Münchwies beinhaltet etwa 20 bis 25 Stunden Therapie pro Woche. Insgesamt ist eine Zeitdauer von 8 bis 10 Wochen zu veranschlagen. Neben den bereits benannten Aspekten hat die Wiedereingliederung in die Ausbildung bzw. das Berufsleben einen hohen Stellenwert, um den Patienten in der Realität wieder zu verankern, um ihn finanziell zu sichern, um ihm verstärkende Erlebnisse zu verschaffen und auch um sein Selbstwertgefühl zu erhöhen.

Erste katamnestische Nachuntersuchungen und Nachbefragungen ein Jahr nach Entlassung aus der Therapie haben ergeben, dass etwa zwei Drittel der pathologischen PC-/Internetgebraucher, die an dem spezifischen Programm der AHG Klinik Münchwies teilgenommen haben, es schaffen, ihre individuelle Ampelvereinbarung beizubehalten und ein zufriedenstellendes, gelingendes Leben in der realen Welt zu führen.

Literatur:

APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Washington DC: American Psychiatric Association Press

Baumeister H (2009) Haben wir die Dinge oder haben die Dinge uns? In: M Vogelgesang (Hrsg.) Versunken und verloren in virtuellen Welten – Einblicke in die Pathologie des Internetgebrauchs. Tagungsband des Münchwieser Symposions 2008, Münchwieser Heft (33) 7–21

Petry J (2010) Dysfunktionaler und pathologischer PC- und Internetgebrauch. Göttingen: Hogrefe

Schuhler P, Feindel H, Flatau M, Vogelgesang M (2011) Pathologischer PC/Internet-Gebrauch (Gaming, Chatting, Surfing). Münchwieser Hefte, Reihe Konzepte, Heft Nr. 16. St. Ingbert: WVD

Schuhler P; Vogelgesang M (2012) Pathologischer PC- und Internet-Gebrauch. Eine Therapieanleitung. Göttingen: Hogrefe

Schuhler P, Vogelgesang M (2011) Abschalten statt Abdriften. Weinheim: Beltz Verlag

Schuhler P, Sobottka B, Vogelgesang M, Fischer T, Flatau M, Schwarz S, Brommundt A, Beyer L (2013) Pathologischer PC-/Internet-Gebrauch bei Patient/Innen der stationären psychosomatischen und Suchtrehabilitation. Lengerich: Pabst

WHO (1993) Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Bern: Huber

Anschrift der Verfasserin:

Dr. med. Monika Vogelgesang
AHG Klinik Münchwies
Turmstraße 50 – 68
D – 66540 Neunkirchen
Mvogelgesang@ahg.de

SUCHT – SCHUTZ UND TRUTZBURG

Wibke Voigt

In den letzten Jahren haben zahlreiche Studien den klaren epidemiologischen Zusammenhang zwischen Traumatisierung, Traumafolgestörungen und Sucht belegt. Es ist sinnvoll, beide Erkrankungen gleichzeitig zu behandeln und dafür abgestimmte Behandlungskonzepte zu entwickeln. Entscheidend sind dabei auch eine klare, empathische, traumasensible, therapeutische Haltung und eine mit der KlientIn abgestimmte Zielorientierung in der Therapie. Therapie ist Hilfe zur Selbsthilfe und somit ist es auch ein Ziel, dass die KlientIn Expertin beider Störungen wird.

SCHLÜSSELWÖRTER: Sucht, Trauma, Epidemiologie, gleichzeitige Behandlung von Sucht und Trauma, therapeutische Haltung

ADDICTION – SHELTER AND FORTRESS

In the past years a multitude of studies have clearly proven the epidemiological connection between traumatization, post traumatic disorders and addiction. It makes sense to treat both illnesses simultaneously and to develop coordinated treatment concepts for this. Crucial in this process is a clear empathetic, trauma sensitive, therapeutic approach as well as goal oriented coordination with the client in therapy. Helping patients to help themselves is an aim, therefore making it also a goal for the patient to become an expert on both disorders.

KEYWORDS: addiction, trauma, epidemiology, simultaneous treatment of addiction and trauma, therapeutic approach

Der Titel klingt wahrscheinlich irritierend, wird aber sehr logisch, wenn man mit traumatisierten, suchtmittelabhängigen Frauen therapeutisch arbeitet. Zitate aus einer kleinen Studie von der Fachklinik St. Vitus verdeutlichen dies.

Die erste Frage lautete: „Wofür oder wogegen nehme ich das Suchtmittel?“

Antworten (Auswahl): „Zum Abschalten, zur Beruhigung, um runterzufahren. Um einschlafen zu können, um die Angst vor der Nacht zu vermindern. Ich trinke gegen Albträume und gegen Flashbacks. Um das Liebesleben mit meinem Ehemann zu ertragen. Um die unerträglichen Bilder vom Missbrauch durch meinen Vater zu überdecken. Alkohol trinke ich gegen Zurückweisung und Lieblosigkeit. Gegen Sinnlosigkeit und gegen Suizidgedanken. Und am Ende habe ich einfach nur noch getrunken, weil ich abhängig bin.“

Die Gründe sind nachvollziehbar, oft sogar nachfühlbar. Aber wie sinnvoll ist es tatsächlich, das Suchtmittel als Schutz und Trutzburg zu nehmen?

Denn die Folgen des chronischen Alkoholmissbrauchs sind lebensbedrohlich:

Die statistische Lebenserwartung ist um 23 Jahre vermindert aufgrund folgender (internistischer) Erkrankungen: Leberzirrhose, Pankreatitis, Kardiomyopathie, Ösophagusvarizenblutungen, Unfälle etc. Es gibt irreversible Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems (z.B. Polyneuropathie, Morbus Wernicke-Korsakow). Die Suizidrate bei alkoholabhängigen Menschen beträgt 5–10 %. Anders ausgedrückt: das Lebenszeit-Suizidrisiko für (depressive) Alkoholabhängige ist erschreckend hoch, und zwar 60–120fach höher im Vergleich zur gesunden Bevölkerung. 25 % aller gelungenen Suizide werden von dieser Gruppe verübt. Die Kriterien einer Major Depression erfüllen 68 % von 50 alkoholabhängigen Menschen, die sich suizidierten (Murphy & Wetzel 1990). Und die meisten alkoholabhängigen Menschen suizidieren sich im nüchternen Zustand!

Ca. 74.000 Menschen sterben jährlich in der BRD an Folgen des Alkoholismus (John & Hanke 2002). 10.000 Neugeborene leiden pro Jahr an den gesundheitlichen Folgen des Alkoholkonsums ihrer Mütter während der Schwangerschaft (Statistisches Bundesamt 2015) und schließlich: die Krankheits- und Folgekosten betragen mehr als 26,7 Milliarden € jährlich (Adams & Effertz 2011).

Es ist schwierig, sich dem Thema „Sucht“ unvoreingenommen zu nähern. Entweder gibt es Erfahrungen aus dem eigenen Familien- oder Bekanntenkreis und/oder die lange Geschichte der Abwehr und Abwertung von Suchtproblemen und Suchtkranken klingt im Ohr. „Alkoholismus ist eine körperliche Krankheit aufgrund einer Perversion des Geistes und einer Korruption der Moral.“ (American Temperence Society; Temperenzverbände, ca. 1850) Auch 60 Jahre später ist ein neutraler Zugang ohne Vorurteile nicht möglich:„Die Trunksucht befällt den nach dieser Richtung neuropathisch schwer Belasteten mit einer schicksalsähnlichen Treffsicherheit und mit rasanter Wucht; nur in seltenen Fällen entgeht der so Veranlagte der Gefahr, ein Trinker zu werden.“ (Lacquer 1913) Seit Anfang des 20. Jahrhunderts kümmerten sich v.a. Pfarrer um die Suchtkranken, für die es keine Behandlungsmöglichkeiten gab. Sie gaben ihnen Unterkunft und Beschäftigung. In der Wahrnehmung der Bevölkerung waren die davon betroffenen Menschen, entweder selbst schuld oder die Erkrankung unverständlich: „Alkoholismus ist eine Form des verlangsamten Selbstmordes.“ (Menninger 1938) Die Entwicklung eines Krankheitskonzeptes dauerte bis ins 20. Jahrhundert. Erst 1968 wurde Sucht als Krankheit im ICD (International Classification of Diagnosis) anerkannt. Damit gab es auch erst ab 1968 die Möglichkeit, diese Erkrankung zu behandeln und über die Krankenkassen und die Rentenversicherungen abzurechnen.

Bis zur Entdeckung und Erforschung des Suchtgedächtnisses dauerte es noch viele Jahre.

SUCHT UND GEWALT

Schon Baer (1906) und Huss (1852) erkannten, dass Alkoholkonsum und Gewaltverhalten eng zusammenhängen. Moss & Tartar (1993), Kemmner et al. (2004) und Leonard (2001) konnten nachweisen, dass Alkoholintoxikation ein

wichtiger Risikofaktor (von mehreren) für antisoziales Verhalten und häusliche Gewalt ist. Mehr als die Hälfte aller schwerer Straftaten (Todschlag, Körperverletzung, Vergewaltigung) geschehen unter Alkoholeinfluss. Dabei zeigt sich, dass das Risiko für Gewaltverhalten umso größer ist, je höher die Intoxikation ist (Klein 2000). Das höchste Risiko für Gewaltverhalten liegt bei einer Blutalkoholkonzentration zwischen 1,5 und 2,5 Promille (Klein 2005): unter 1,5 Promille ist das Frontalhirn, das für soziale Normen und Konfliktlösung zuständig ist, noch nicht ausgeschaltet, über 2,5 Promille ist die Koordinationsfähigkeit (beim Zuschlagen) beeinträchtigt bis aufgehoben. In einer deutschen kriminologischen Studie (Pillmann et al. 2000) wiesen 65 % aller Gewalttäter eine akute Alkoholintoxikation auf, 26 % waren alkoholabhängig. Leider geht die chronische Alkoholintoxikation besonders oft mit Gewaltdelikten einher und von allen psychoaktiven Drogen ist Alkohol am häufigsten mit Gewalt assoziiert (Klein 1995, 2005).

EPIDEMIOLOGISCHER ZUSAMMENHANG ZWISCHEN TRAUMATISIERUNG UND SUCHT

Inwieweit hängen nun Sucht und Trauma zusammen?

„Es steht mittlerweile außer Frage, dass Missbrauch bzw. Abhängigkeit von psychotropen Substanzen zu den wichtigsten Folgestörungen nach Traumatisierungen gehören.“ Luise Reddemann, eine der wichtigsten Traumatherapeutinnen unserer Zeit, begann mit diesem Satz 2005 das Thema „Sucht und Trauma“ – ein Thema, was bis dahin wenig Beachtung erfahren hatte. Sie fährt fort: „Die Lebensgeschichten von Menschen mit Suchterkrankungen sind häufig durch Traumatisierungen im Kindesalter wie sexuellen Missbrauch, körperliche und emotionale Misshandlung geprägt, und Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen sind auch in späteren Lebensabschnitten weitaus häufiger als die Allgemeinbevölkerung traumatischen Erfahrungen ausgesetzt.“ (Reddemann 2005, 2)

Mittlerweile wurde diese Aussage durch weitere zahlreiche Studien belegt.

Die letzte EU-weite epidemiologische Befragung von der European Union Agency for Fundamental Rights über interpersonelle Gewalt gegen Frauen (2014, N=42.000; Gewalterlebnisse ab dem 15. Lebensjahr) ergab, dass 11 % aller Frauen sexuelle Gewalt erlitten haben, 31 % körperliche Gewalt. Das bedeutet, dass (innerfamiliäre) Gewalt viel üblicher und „normaler“ ist – auch in Europa –, als viele glauben mögen. Und Gewalt hat Folgen – immer. So verwundert es nicht, dass familiäre Dysfunktion (v.a. Gewalt und Vernachlässigung) stärkster Prädiktor für psychische Störungen ist, und zwar für zahlreiche psychiatrische Diagnosen, wie Depression, Angststörungen, Suchterkrankungen, PTBS (World Mental Health Survey, WHO 2010). Deutlich wird, dass etwa ein Drittel (29,8 %) aller psychischen Erkrankungen mit familiärer Gewalt und Vernachlässigung in Verbindung steht und dass die Stärke der Zusammenhänge mit der Anzahl der Belastungen steigt (Kessler et al. 2010) – dieser Zusammenhang ist für TraumatherapeutInnen schon lange offensichtlich.

Luise Reddemann folgerte schon 2005, dass Traumatisierungen und Sucht häufig zusammen auftreten und somit sinnvollerweise gleichzeitig behandelt werden sollten: „Es ist an der Zeit, dass sowohl Psychotraumatologen lernen, auf Suchterkrankungen bei ihrer Klientel zu achten und Suchttherapeuten umgekehrt mehr nach Traumafolgestörungen bei ihren PatientInnen forschen und daraus angemessene Behandlungskonzepte ableiten.“ (Reddemann 2005, 3)

Entsprechend einer großen epidemiologischen Studie (Duncan 1996) mit 4.000 Frauen führte körperliche Misshandlung vor dem 18. Lebensjahr bei 18 Prozent zum Medikamentenmissbrauch. Diese wiesen ein signifikant jüngeres Alter beim Erstkonsum auf und waren signifikant häufiger wegen Substanzkonsum in Behandlung als die Kontrollgruppe. Die Studie von Miller et al. (1997) ergab, dass 44 % der alkoholabhängigen Frauen sexuell missbraucht worden waren gegenüber 27 % der psychiatrisch behandelten Frauen versus 9 % Frauen in der Normalbevölkerung.

In den zahlreichen Studien wird deutlich, dass suchtmittelabhängige Frauen mehr sexuelle Gewalt erlitten haben, suchtmittelabhängige Männer mehr körperliche Gewalt; und letztendlich der weit überwiegende Anteil emotionale Vernachlässigung erfahren hat. Im Review von Simpson und Miller (2002, Auswertung von 53 Studien) zeigt sich, dass 50 % der alkoholabhängigen Frauen und 30 % der alkoholabhängigen Männer mindestens eine Form früher (körperlicher oder sexueller) Gewalt erlitten hatten, dagegen 80 % der drogenabhängigen Frauen und 50 % der drogenabhängigen Männer. In der (Zwangs-)Prostitution liegen die Zahlen noch deutlich höher, sowohl für erlittene Gewalt, als auch für Suchtmittelabhängigkeit (Zumbeck 2006). Gleichzeitig haben in angloamerikanischen Studien bis zu 50 % der Suchtpatienten eine posttraumatische Belastungsstörung.

In den AWMF-Leitlinien für die posttraumatische Belastungsstörung (Flatten et al. 2011) gehört die Substanzabhängigkeit zu den Störungen, bei denen traumatische Belastungen maßgebend mitbedingend sind, so wie bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung F 60.2, den Essstörungen F 50, den affektive Störungen F 32, 33, 34 und bei den somatoformen Störungen F 45. Laut AWMF-Leitlinien sind weitere Traumafolgestörungen die dissoziativen Störungsbilder F 44, die somatoforme Schmerzstörung F 45.4 und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) F 60.3.

Dies entspricht ziemlich exakt der Diagnosenverteilung und -häufigkeit in der Fachklinik St. Vitus: Von 361 Patientinnen waren 2014:

91,4 % (330) alkoholabhängig, 13,0 % (47) tranquilizerabhängig, 12,7 % (46) cannabisabhängig, 10,5 % (38) polytoxikoman, 7,2 % (25) kokain-/amphetaminabhängig, 6,6 % (24) opioidabhängig, 54 % (195) nikotinabhängig.

50,7 % (183) der Patientinnen hatten eine (komplexe) posttraumatische Belastungsstörung, 6,7 % (24) hatten eine dissoziative Störung, davon 1,9 % (7) eine dissoziative Identitätsstörung. 54,3 % (196) litten zusätzlich unter einer depressiven Störung, 22,7 % (82) unter einer Persönlichkeitsstörung, 19,7 % (71) unter einer Essstörung, 15,8 % (57) unter einer Angststörung und 2,2 % (8) unter einer somatoformen Schmerzstörung.

Zurück zur kleinen Studie in der Fachklinik St. Vitus. Die zweite Frage lautete: „Warum will ich kein Suchtmittel mehr nehmen?“

Antworten (Auswahl): „Ich möchte keinen Kontrollverlust mehr haben und keine Wahrnehmungsverschiebungen. Weil Alkohol dem Körper schadet, ohne habe ich mehr vom Tag. Damit ich endlich auch wieder Termine am Vormittag wahrnehmen kann. Weil Alkohol den ganzen Körper und das Gehirn zerstört. Die Dauerschädigungen stehen in keinem Verhältnis zur Wirkung. Weil ich Angst habe zu sterben. Es kostet soviel verlorene Lebenszeit. Ich möchte gesunde Verhaltensformen erlernen und entwickeln. Ich möchte wieder Kontakt zu mir selbst haben und ein selbstbestimmtes Leben führen. Alkohol ist widerlich und stinkt. Ich habe Angst meinen Freund zu verlieren; ich bin das Versteckspiel und das Lügen leid."

Das lernen und erfahren alle, die in der Suchttherapie professionell tätig sind irgendwann: die Sucht ist leider auch die Krankheit der Heimlichkeit und der Lüge.

Deshalb wünsche ich allen Patientinnen in der Aufnahmewoche, dass sie es schaffen, mit sich und damit mit allen anderen offen und ehrlich zu sein, um eine Chance zu haben, wirklich abstinent zu werden. Eine Patientin antwortete auf diesen Wunsch mit einem Seufzer aus tiefster Seele: „Ja, das war so furchtbar anstrengend! Irgendwann sind mir einfach die Lügen ausgegangen."

THERAPIE IST HILFE ZUR SELBSTHILFE

Unsere Aufgabe als TherapeutInnen ist es, unsere PatientInnen zu befähigen, sich selbst zu helfen. Sowohl die Suchterkrankung als auch die PTBS sind eng verknüpft mit Kontrollverlust, (Todes)angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit. Bei der PTBS sind Kontrollverlust, (Todes)angst, Ohnmacht und Hilflosigkeit der verursachende Kern in der dadurch traumatischen Situation und wiederholen sich beim Flashback, in der Dissoziation oder im Albtraum. Viele traumatisierte Menschen führt das zum Suchtmittel – als Schutz und Trutzburg – und häufig letztendlich in die Sucht. Die Sucht wiederum macht irgendwann auch hilflos und führt zu massivem Kontrollverlust.

So kommen die KlientInnen zu uns – quasi zwei Erkrankungen ausgeliefert – und genau dort setzt die Therapie an. Die PatientInnen wollen und sollen aus der Hilflosigkeit raus, möchten wieder Kontrolle bekommen. Eine Möglichkeit, wieder mehr Kontrolle zu bekommen, ist Informationsvermittlung und Psychoedukation z.B. über die Neurobiologie des Traumagedächtnisses, über die Neurobiologie des Suchtgedächtnisses, über Krankheitsverläufe, über Unterstützungsangebote etc. Das reicht natürlich nicht aus. Die Vermittlung von Bewältigungsstrategien für beide Erkrankungen ist der nächste Schritt. Dabei ist eine klare therapeutische Haltung hilfreich: „Ich/wir traue(n) Dir zu, dass Du es schaffst." Noch besser wirkt: „Ich bin überzeugt davon, dass Du es schaffst." Das ist aber nur möglich, wenn die TherapeutIn (und das therapeutische Team) tatsächlich davon überzeugt sind. Zudem muss es irgendwo hingehen; eine gemeinsame Zielorientierung ist für alle wichtig – für die KlientIn, das Team und die TherapeutIn.

Beides – die klare therapeutisch Haltung und die Zielorientierung – ist dringend notwendig, da es sich sowohl bei der Suchterkrankung, als auch bei der (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung um gefährliche bis lebensbedrohliche Erkrankungen handelt wie es der Vortrag ja verdeutlicht. Die zwei Erkrankungen kann man sich auch vorstellen als Löwe und Tiger, links und rechts von der PatientIn: Beide sind gefährlich … und beide sind sehr kraftvoll. Die PatientIn hat bis zum Beginn der Behandlung mit beiden gelebt und überlebt. Also muss auch die PatientIn viel Überlebensenergie haben. Das Motto lautet: nicht auffressen lassen – sondern die Energie nutzen! Dafür braucht es Wissen und Fähigkeiten, Mut und Vertrauen und Trost – auf beiden Seiten. Und auch Durchhaltevermögen; denn keine Therapie und keine TherapeutIn kann so schnell und effektiv wirken wie ein Suchtmittel. Das ist besonders deutlich bei den Opiaten: sie besetzen die Rezeptoren des Bindungssystems. Eine Tablette oder ein Druck – und schon fühlt es sich an wie in Mutters Armen! Dafür muss die KlientIn erst einmal etwas anderes Sinnvolles und Sinngebendes finden – und das braucht Zeit. Therapie ist also ein langer und anstrengender Weg, der sich aber unbedingt lohnt.

Es gibt noch ein weiteres Bild, was sowohl KlientInnen als auch dem Therapeutenteam helfen kann: Beide Erkrankungen sitzen bei Therapiebeginn im Nacken z. B. wie zwei Affen und beherrschen die KlientIn. Ziel der Therapie ist es, dass beide (Äffchen) am Ende der Therapie auf Fahrrädern nebenher fahren – sie sind nicht weg, aber nun hat die KlientIn die Kontrolle und bestimmt den Abstand und das Tempo.

ABSCHIEDSBRIEF AN DAS SUCHTMITTEL

An meinen einst geliebten Ex-Freund Paracetamol comp.!

Es wird endlich Zeit, dass ich mich bei dir melde, um dir ganz klar mitzuteilen, wie ich zu dir stehe.

Vor einigen Jahren habe ich dich näher kennenglernt, obwohl wir bereits Bekannte waren. Mir ging es meines Erachtens gut, wenn wir uns trafen. Du gabst mir Antrieb, Kraft, Mut und Freude. Traurige Gedanken durch dich waren im Nu verschwunden und Ängste empfand ich durch dich nicht mehr. Du brachtest mir Ablenkung und auch Abwechslung in mein Leben. Zu jener Zeit war ich froh, dich zu haben.

Leider wollten wir beide zuviel von diesem guten Gefühl. Du spanntest mich immer mehr ein. Ich war nur noch mit dir beschäftigt und du mit mir. Außerdem brachtest du deine Freunde, die Benzodiazepine und ganz zum Schluss sogar den Alkohol mit und machtest mich mit denen bekannt. Ich war damals deinen Freunden ja nicht abgeneigt.

Es war eine kurze, aber heftige Freundschaft. Ihr habt mich immer mehr vereinnahmt. Wir haben uns gegenseitig ausgenutzt. Ich meinte, ich könnte ohne euch nicht leben. Ich habe mich solange nicht gemeldet, weil ich Abstand von dir und deinen Freunden brauchte. Denn, wenn ihr nicht in meiner Nähe wart, ging es mir sehr schlecht. Ich war schwer depressiv, hatte keinen Lebensmut und litt unter Traurigkeit und Ängsten. Dadurch habe ich meine geliebte Familie nicht mehr „gesehen" und wahrgenommen. Auch meine menschlichen Freunde habe ich durch euch vernachlässigt. Ich war nämlich nur noch mit euch beschäftigt. Ich war und bin süchtig nach euch. Ihr wolltet immer mehr von mir und ich leider auch von euch. Aus diesen wichtigen Gründen habe ich erkannt, dass ihr nicht gut für mich seid. Ihr nehmt mir

die Luft zum Atmen. Ihr nehmt mir meine Ehrlichkeit und Aufrichtigkeit. Durch euch habe ich mich und meine Mitmenschen belogen, betrogen und leider auch verletzt. Darum sehe ich euch ab jetzt nicht mehr als Freunde, sondern als manipulierende Wesen, die mich zerstört hätten.

Ich will keinen Kontakt mehr zu Euch, denn ich bin wütend auf euch. Durch euch habe ich Vertrauen seitens meiner Familie und Freunde verloren. Geht dahin, wo der Pfeffer wächst, aber lasst mich bis zum letzten Atemzug in Ruhe!

Ich habe hier in Visbek eingesehen, was ihr mit mir angestellt habt. Sehr lange brauchte ich dafür. Es war nämlich, dass ich nicht gezittert oder geschwitzt habe, wenn ihr keine Möglichkeit hattet zu mir zu kommen, oder ich zu euch wollte. Das machte zu jener Zeit es schwer, dieses einzusehen. Aber die psychische Abhängigkeit, welche wir uns beschert haben, ist für mich schlimmer und hinterträchtiger als diese körperlichen Anzeichen.

Jetzt weiß ich, wer meine richtigen Freunde sind: Neben den menschlichen heißen sie:

- meine eigenen Grenzen erkennen und einzuhalten;
- meine persönlichen Anteile zu sehen, d. h. mein wahres ich;
- meine eigene Meinung zu vertreten und kundzugeben;
- loszulassen von meinem verstorbenen Vater;
- meinen geliebten Ehemann so anzunehmen und zu akzeptieren wie er ist;
- mit schlechten Gefühlen umzugehen;
- und zu guter Letzt: mein persönlicher Notfallkoffer!
  Auf nimmer Wiedersehen!

RESÜMEE

Die Therapie mit komplex traumatisierten und suchtmittelabhängigen Menschen ist sehr anspruchsvoll und oft auch anstrengend. Gleichzeitig ist sie immer spannend, nie langweilig. Das gilt auch für die Therapiebeziehung: sehr anspruchsvoll, anstrengend, spannend. An vielen Stellen ähnelt sie dem Tangotanzen: es funktioniert nur, wenn beide den Rhythmus fühlen und ihn in aufeinander abgestimmte Bewegungen umsetzen – auf gleicher Augenhöhe. Beim Tango gibt es den Macho und die Macha! Eine(r) führt, der/die andere ist mit der Führung einverstanden. Einerseits die fachkompetente, sensible, empathische TherapeutIn, andererseits die zunehmend selbstbestimmte Klientin, die zur Expertin ihrer beiden Störungen wird.

Literatur:

Adams M, Effertz T (2011) Die volkswirtschaftlichen Kosten des Alkohol- und Nikotinkonsums. In: Singer MV, Batra A. Mann K (Hrsg.) Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Stuttgart: Thieme. 57–61

Baer A (1906) Ueber die Trunksucht, ihre Folgen und ihre Bekämpfung. In: v Leyden E, Klemperer F (Hrsg.) Die Deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts in akademischen Vorlesungen. VI. Band, 2. Abtheilung: Geisteskrankheiten. Berlin: Urban & Schwarzenberg, 225–296

Duncan R, Saunders B, Kilpatrick D, Hanson R, Resnick H (1996) Childhood Physical Assault as a Risk Factor for Posttraumatic Stress Disorder, Depression and Substance Use. Findings from a National Survey. American Journal of Orthopsychiatry 66(3): 437–448

European Union Agency for Fundamental Rights (2014) Violence against women: an EU-wide survey. Wien: Main results report

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Wöller W (2011) AWMF Posttraumatische Belastungsstörung, Leitlinie und Quellentexte S3

Huss M (1852) Alcoholismus chronicus. Stockholm: CE Fritze

John U, Hanke M (2002) Alcohol-attributable mortality in a high per capita consumption country – Germany. In: Alcohol and Alcoholism, 37(6), 581–585

Kemmner C, Klein M & Zemlin U (2004) Gewalterfahrungen bei Patientinnen und Patienten einer Fachklinik für Alkohol-abhängige: Ergebnisse einer Prävalenzerhebung und Konsequenzen für das Behandlungsprogramm. Suchttherapie 5, 124–131

Kessler R, McLaughlin K, Green J, Gruber M, Aguilar-Gaxiola S, Alhamzawi A, Alonso J, Angermeyer M, Benjet C, Bremet E, Chatterji S, de Girolamo G (2010): Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Survey. Br J Psychiatry. 2010 Nov, 197(5): 378–385

Klein M (1995) Gewaltverhalten unter Alkoholeinfluss: Bestandsaufnahme, Zusammenhänge, Perspektiven. In: Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), Jahrbuch Sucht ’96. Geesthacht: Neuland, 53–68

Klein M (2000) Antisoziales Verhalten, Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Alkoholismus. Suchttherapie 1, 21–26

Klein M (2005) Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien: Stand der Forschung, Situations- und Merkmalsanalyse, Konsequenzen, Regensburg: Roderer

Lacquer B (1913) Einfluss der sozialen Frage auf den Alkoholismus. In: Mosse, Max; Tugendreich, Gustav (Hrsg): Krankheit und soziale Lage. München: J.F. Lehmanns Verlag, 473–495

Leonard K E (2001) Domestic violence and alcohol: what is known and what do we need to know to encourage environmental interventions? Journal of Substance Use 6, 235–247

Marsh J (1866) Temperance Recollections: Labors, Defeats,Triumphs – an Autobiography. New York: Scribner, 373 pp 12 mo.

Menninger K (1938) Man against himself. New York: Harcourt, Brace & Company

Miller B A, Maguin E & Downs W R (1997) Alcohol, drugs, and violence in children’s lives. In: Galanter M (Ed.) Recent developments in alcoholism. Vol. 13: Alcohol and violence. New York: Plenum Press, 357–385

Moss H B, Tarter R E (1993) Substance abuse, aggression, and violence. What are the connections? The American Journal on Addictions, 149–160

Murphy GE, Wetzel RD (1990) The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 47

Pillmann F, Ullrich S, Draba S, Saunnemüller V, Marneros A (2000) Akute Alkoholeinwirkung und chronische Abhängigkeit als Determinanten von Gewaltdelinquenz. Nervenarzt 71: 715–721

Reddemann L (2005) Sucht und Trauma. In: Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin ZPPM, 3

Simpson T L, Miller W R (2002): Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. Clinical Psychology Review 22, 27–77

Statistisches Bundesamt (2015): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern (einschl. Sterbe- und Stundenfälle) 2013. Wiesbaden

Zumbeck S (2006) Prostitution, Sucht und Gewalt. In: I Schäfer & M Krausz (Hrsg) Trauma und Sucht. Konzepte – Diagnostik – Behandlung. Stuttgart: Klett-Cotta, 33–55

Anschrift der Verfasserin:

Dr.med. Wibke Voigt
Am Hedreisch 8
D – 4225 Dortmund
voigtdorn@web.de

LEBENSQUALITÄT VOR UND NACH STATIONÄRER SUCHTTHERAPIE

Quantitative und qualitative Forschungsergebnisse im Vergleich[1]

Silvia Längle[2] & Astrid Görtz[3]

In den letzten Jahren wurden einige Einzelfälle von stationären Therapieverläufen des Suchtkrankenhaus Carina in Feldkirch näher beforscht. Einerseits wurden Interviews mit den Patienten am Beginn und am Ende des Therapieaufenthalts durchgeführt und phänomenologisch ausgewertet. Andererseits wurden mit diversen Fragebögen (prä/post treatment) klinisch relevante Parameter gemessen. Eine Gegenüberstellung dieser Methoden anhand von drei Einzelfällen zeigt neben den interessanten Erkenntnissen über die Therapie-Wirkungen bei Suchtpatienten auch die Möglichkeiten und Grenzen unterschiedlicher Zugänge innerhalb der Psychotherapieforschung auf.

SCHLÜSSELWÖRTER: Quantitative Forschung, Qualitative Forschung, Phänomenologisch-hermeneutische Forschung, Prä/Post-Evaluation, (stationäre) Suchttherapie, Lebensqualität, empirische Untersuchung

QUALITY OF LIFE BEFORE AND AFTER STATIONARY ADDICTION THERAPY
Quantitative and qualitative research results by comparison[1]

In recent years several isolated cases of stationary therapeutic processes in a hospital for patients suffering from addiction, the Carina-Hospital in Feldkirch, were subjected to closer investigation. On the one hand, interviews with patients before and at the end of their therapy stay were carried out and subjected to phenomenological analysis. On the other hand, clinically relevant parameters were measured with various questionnaires (pre/post treatment). A comparison of these methods based on three isolated cases also shows, apart from the interesting insights into therapy effects on addicted patients, the possibilities and limits of the different approaches within psychotherapy research.

KEYWORDS: quantitative research, qualitative research, phenomenological-hermeneutical research, pre/post evaluation, (stationary) addiction therapy, quality of life, empirical study

SETTING, ERHEBUNGSINSTRUMENTE UND FORSCHUNGSFRAGE

In der Langzeittherapiestation Carina in Feldkirch werden u.a. Patienten mit einer Suchterkrankung in einem stationären Langzeitsetting mit Hilfe eines existenzanalytischen Therapiekonzepts behandelt. Die Therapie setzt sich aus Einzelpsychotherapie und verschiedenen Gruppenangeboten wie Soziotherapie, Mal-, Tanz- und Bewegungstherapie, Lauf- und Bewegungsgruppen, erlebnisorientierten Angeboten etc. zusammen. Darüber hinaus ist eine medizinische Betreuung durch einen psychiatrischen Konsiliar-Liaisondienst gegeben. Die Behandlungsdauer betrug im Jahr 2008 im Schnitt 4,7 Monate.

Nach Burtscher (2010) wird seit dem Jahr 2006 eine in den Therapieprozess integrierte, standardisierte klinisch-psychologische Eingangs- und Abschlussdiagnostik durchgeführt. Ein Team bestehend aus Psychologen und Psychotherapeuten erstellt für alle Patienten ca. 2–4 Wochen nach ihrer Aufnahme einen klinisch-psychologischen Aufnahmebericht und ebenso ca. 2–4 Wochen vor Therapieende einen Abschlussbericht. Die Aufnahme- und Abschlussberichte beinhalten den Abhängigkeitsstatus (Illegale Drogen und Alkohol), den Persönlichkeitsstatus (Persönlichkeitsstile, Persönlichkeitsstörungen), das Allgemeinbefinden, die Art der Stressbewältigung und die subjektive Lebensqualität.

Der Abhängigkeitsstatus inkludiert suchtbezogene Haltungen und Einstellungen, welche mit einem in der Therapiestation Carina entwickelten Suchtfragebogen (SFB) erfasst werden. Darüber hinaus werden die Abstinenzmotivation, die Abstinenz- und Kontrollüberzeugungen, die Bewältigungszuversicht und die Ursachenzuschreibung (Attribution) erfasst.

Aufgrund der klinischen Erfahrung, dass bei einem hohen Anteil der in der Therapiestation Carina aufgenommenen Patienten Persönlichkeits- bzw. Persönlichkeitsentwicklungsstörungen vorliegen, wird unter dem Aspekt des **Persönlichkeitsstatus** auf die Erfassung von Persönlichkeitsstilen, von besonderen Akzentuierungen der Persönlichkeit und definierten Persönlichkeitsstörungen besonderes Augenmerk gelegt. Dabei werden das Persönlichkeits-Stil- und Störungsinventar (PSSI) bestehend aus 14 Skalen – (1) „Selbstbestimmt-Antisozial“, (2) „Eigenwillig-Paranoid“, (3) „Zurückhaltend-Schizoid“, (4) „Selbstkritisch-Selbstunsicher“, (5) „Sorgfältig-Zwanghaft“, (6) „Ahnungsvoll-Schizotypisch“, (7) „Optimistisch-Rhapsodisch“, (8) „Ehrgeizig-Narzisstisch“, (9) „Kritisch-Negativistisch“, (10) „Loyal-Abhängig“, (11) „Spontan-Borderline“, (12) „Liebenswürdig-Histrionisch“, (13) „Still-Depressiv“ und (14) „Hilfsbereit-Selbst-

[1] Dieser Beitrag stellt erste Einzel-Ergebnisse eines umfassenden Forschungsprojekts in Zusammenarbeit mit der Langzeitstation Carina in Feldkirch vor.
This contribution presents first detailed results of a comprehensive research project in cooperation with the long-term station Carina in Feldkirch.

[2] Qualitative Forschung
Qualitative Research

[3] Quantitative Forschung
Quantitative Research

los" – die International Personality Disorder Examination der WHO (IPDE) mit insgesamt neun Skalen – (1) „Paranoid", (2) „Schizoid", (3) „Dissozial", (4) „Impulsiv", (5) „Borderline", (6) „Histrionisch", (7) „Anankastisch", (8) „Selbstunsicher", (9) „Abhängig" – und nach Bedarf auch andere Persönlichkeitsfragebögen, wie etwa das Borderline-Persönlichkeits-Inventar (BPI), das Narzissmusinventar (NI) oder das NEO-Persönlichkeits-Inventar (NEO-PI-R), eingesetzt.

Unter dem Begriff **Allgemeinbefinden, Stressbewältigung, Lebensqualität** kommen die Symptomcheckliste (SCL-90R), der „Quality of Life Questionnaire" der WHO (WHO-QOL-100) und der Stressverarbeitungsbogen (SVF-120) zum Einsatz (vgl. Burtscher 2010, 19ff).

In den Jahren 2008/2009 wurden alle Patienten zum Zweck der wissenschaftlichen Erfolgskontrolle darüber hinaus mit dem Test zur **Existentiellen Motivation** (TEM) von Längle & Eckhardt (vgl. Eckhardt 2000) und dem Fragebogen zur **Existentiellen Lebensqualität** (ELQ) von Görtz (2003) untersucht. Der TEM beinhaltet die Skalen Grundvertrauen, Grundwert, Selbstwert und Sinn des Lebens. Der ELQ setzt sich aus zwei Teilen zusammen. Im ersten Teil geht es um die **Zufriedenheit** im verschiedenen Lebensbereichen (Beruf, Finanzen, Gesundheit, Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Wohnen, Freizeit, Gesellschaft), um Lebenszufriedenheit insgesamt, Wohlbefinden allgemein und Glück insgesamt. Im zweiten Teil wird das **Existentielle Wohlbefinden** in neun Dimensionen erfasst: Eine Dimension des **Ontologischen Wohlbefindens (1. GM):** „Vertrauen" (V), zwei Dimensionen des **Emotionalen Wohlbefindens (2. GM):** „Lebensgefühl" (LG) und „Depressivität" (DE), zwei Dimensionen des **Sozialen Wohlbefindens (3. GM):** „Beziehungserleben" (BE) und „Soziales Scheitern" (SSch), zwei Dimensionen des **Personalen Wohlbefindens (3. GM):** „Personale Aktivität" (PA) und „Personale Passivität" (PP), zwei Dimensionen des **Existentiellen Wohlbefindens (4. GM):** „Existentielle Erfüllung als Gefühl" (EE) und „Existentielle Leere" (EL).

Außerdem wurde eine Gruppe von Patienten am Beginn und am Ende des Therapieaufenthalts an Hand eines strukturierten Leitfadens zur **Lebensqualität** interviewt (siehe weiter unten). Die Fragen lauteten: *1. Was bedeutet für dich ein gutes Leben?* (hier geht es um die existentielle Haltung und den Personvollzug insgesamt – PEA: Eindruck, Stellungnahme, Ausdruck), *2. Worauf kannst du in deinem Leben bauen?* (Themen der 1. GM – Realismus, Eigenaktivität/Können, Halt/Boden, Verlässliches), *3. Was ist dir das Wertvollste/ Wichtigste im Leben?* (Themen der 2. GM – Wertwahrnehmung), *4. Bist du zufrieden mit dir und weshalb?* (Thema der 3. GM – Eigenes leben) und *5. Wie möchtest du dein Leben in der Zukunft gestalten?* (Fokus auf die 4. GM – Abstimmung auf Situation). Bei der Abschlussvorgabe wurde eine zusätzliche Frage gestellt: *6. Was hat dir hier in der Carina gut getan?*

Für die vorliegende Studie wurden die Ergebnisse der Eingangs- und Abschlusstestungen sowie die Interviews von drei Patienten näher analysiert, um die Wirkung der stationären Therapie auf die Lebensqualität nachvollziehbar zu machen. Die übergeordnete Forschungsfrage lautet: Welche Gestalt, Form, Art der Personalität / Existentialität lässt sich bei Suchtpatienten vor und nach ihrer stationären Langzeit-Therapie beschreiben?

ZUR QUALITATIVEN FORSCHUNG

Die qualitative Forschung ist geeignet, das Verständnis von Zusammenhängen im menschlichen Tun (was bewegt den Menschen im Handeln, Reagieren, Erleben, Erwarten, Wünschen, Gestalten etc.) zu vertiefen und zu differenzieren. Der Forschungsmodus in der qualitativen Forschung zielt primär auf ein Verstehen, d.h. ein Erfassen der Motivation.

Die qualitative Forschung interessiert sich für das Konkrete am Einzelfall, das Einzelne, in dem das Allgemeine auffindbar ist, aber im Einzelfall seine individuelle Ausprägung und Manifestation hat.

Dadurch erfährt auch eine bereits vorhandene Theorie Material für die Vielfalt ihrer Manifestation sowie *Anschauung und Vertiefung des Verständnisses* bzw. auch eine Anreicherung der Hypothesenbildung.

AUSWERTUNGSPROCEDERE

Als Auswertungsmethode wurde in den letzten Jahren ein Vorgehen der **hermeneutisch-phänomenologischen Analyse** entwickelt. Sie geht dabei von der hermeneutischen Voraussetzung aus, dass Sprache entdeckt und zugänglich macht, worum es der berichtenden Person geht. Darin wird ein Verstehen im Sinne des Erkennens möglich. Die Art der Analyse entspricht dem phänomenologischen Anspruch aus der existenzanalytischen Praxis und rückt den Aspekt der theoretischen Offenheit ins Zentrum der Arbeitsweise. Eine detaillierte Darstellung des Forschungsprozesses wird in einem eigenen Beitrag in diesem Heft der Existenzanalyse vorgestellt (Längle S 2015).

Schritte im Prozess der hermeneutisch-phänomenologischen Analyse

Da sowohl Inhalt als auch Art und Weise des Ausdrucks Zugang zur Aussage der Befragten in ihrer subjektiven Welt- und Lebens-Erfahrung geben, sind beide Aspekte in der Analyse zu berücksichtigen. Die Analyse-Schritte halten sich an die Stufen der der phänomenologischen Epoché und stellen ein selbstkritisches Vorgehen dar. „Die essentiellen Epoché-Schritte betreffen die Tatsachen-Interpretation, die affektive Interpretation und die erfahrungsbezogene Interpretation. Sie beschreiben die psychische Umsetzung der philosophisch eingeforderten Schritte der Epoché des Vorwissens, der phänomenologischen Reduktion und der eidetischen Reduktion." (Längle S 2015, 69)

„Wir haben also als Ergebnis eine Beschreibung der Antwort auf die gestellten Fragen, die die Originalantwort in eine konkrete Alltagssprache einbettet und dabei die „Lebenswelt" der befragten Person deutlicher und artikulierter zugänglich macht. Und zugleich stellt die vorliegende Deskription als Resultat der hermeneutisch-phänomenologischen Analyse eine grundsätzliche Aussage dar, die man als real existierende Lebensausrichtung und Lebenshaltung verstehen kann. So verknüpft ein solches Endergebnis der Analyse die subjektive Innensicht des Befragten mit einer

allgemein verstehbaren, objektivierten Sicht auf die Lebensäußerung der Person. Die Art der Sicht in der Wesensschau (Eidetischen Reduktion) ist eine verstehende und wertschätzende der anderen Person." (ibid. 68)

Eine Integration des Resultats der Analyse mit der Struktur eines psychotherapeutischen Theoriemodells ist ein eigener vom phänomenologisch-hermeneutischen Verstehen abgesetzter Schritt und kann in weitere urteilende und planende Schlussfolgerungen führen, die in dieser Untersuchung nur kurz skizziert sind. (vgl. ibid. 69)

ERGEBNIS DER HERMENEUTISCH-PHÄNOMENOLOGISCHEN AUSWERTUNG[4] UND DER PSYCHOLOGISCHEN TESTS ZU PETRA

Eingangs-Interview PETRA[5]

Auf die Frage nach dem guten Leben beschreibt Petra mit klaren Vorstellungen eine Reihe von Zielen in der Zukunft.

Also ein gutes Leben bedeutet für mich auf alle Fälle, dass meine Tochter Elvira bei mir lebt.

Ja. Mhm, und dass ich einfach wieder einen geregelten Tagesablauf habe. Ich will auf alle Fälle wieder arbeiten gehen, also ich will äh… meine Ausbildung als Diplomkrankenschwester fertig machen und ich will auf alle Fälle in dem Beruf arbeiten, ich will einfach einen geregelten Tagesablauf haben.

Mit wiederholtem *„ich will … auf alle Fälle … für mich"*, zeigt sie eine Haltung, die fordernd und hart, die rücksichtslos sich selbst gegenüber ist, von sich abgehoben und fern den anderen.

Im idyllischen Ziel schwebt ihr ein schönes Leben vor. *Ja, schön wäre dann noch wenn ich eines Tages mein Haus am Berg bauen könnte und dort mitten in der Natur wohnen könnte, zusammen mit meiner Tochter.*

Und das wäre eigentlich ein schönes Leben für mich.

Auch ihre Bedürfnisse werden als „ich will" eingebracht: *Und ich will so viel wie möglich mit Menschen beieinander sein, die ich gerne mag und ich will so wenig wie möglich Kontakt mit Menschen, die ich nicht mag, oder die ich nicht respektieren kann.*

Ein Hinstreben zu den genannten Werten ist nicht vermittelt und spürbar.

Sie erwähnt ihre Sucht eher lapidar, wie das Andere, das herein kommt *(Ich kann mich auf mich selber verlassen, solange kein Alkohol im Spiel ist, …)*, wobei unklar ist wie es herein kommt. Die Sucht ist fern, fremd. Petra hat einen fraglichen Bezug zu ihrem Alkoholproblem und den daraus resultierenden Schwierigkeiten.

Sie spricht insgesamt emotionslos, mit monotonem Klang der Stimme. Emotionalität ist nicht spürbar während sie über die Gefühle spricht, die Gefühle zu ihrer Tochter: *„Ich kann mich auf mein Gefühl, auf meine Liebe zu meiner Tochter verlassen, weil es macht mir schon Freude, wenn ich ihr nur zuschaue, ganz egal, was sie gerade macht, ob sie am Malen ist, am Spielen ist oder am Singen ist, das ist einfach so ein herziges Ding, herziges Menschlein, ein kleines."*

Argumente haben in ihrem Ausdruck etwas spielerisch-oberflächliches. Die tiefere Motivation ist nicht spürbar lebendig. Ein dünner Boden und eine darunterliegende Brüchigkeit sind erahnbar *(solange kein Alkohol im Spiel ist)*.

Ihre eigenen Grenzen greift sie nicht auf, sondern nur Positives: *Also ich kann mich auf meine Intelligenz verlassen, ich kann mich darauf verlassen dass, wenn mich etwas interessiert, dass ich es auch lernen kann.*

Doch letztlich gibt es für sie nichts beständig Verlässliches, auf das sie zurückgreifen und worauf sie bauen könnte, denn die Grenzen der anderen sind präsent: *Mhm, ja und sonst kann ich mich eigentlich nicht auf…, ich kann mich noch relativ gut auf meine Geschwister verlassen. Also ich bin jetzt ein paar Mal ziemlich am Boden gelegen und meine Geschwister waren eigentlich die, die mich am Schopf gepackt haben und mir dann wirklich einmal geholfen haben. Also das ist…, ich weiß nicht, ob es endlos wäre. Irgendwann würden meine Geschwister sagen: „Stopp Petra, jetzt haben wir dir so oft geholfen und immer wieder ist es das Gleiche."*

Durch diese Einseitigkeiten verstärkt sie selbst das Gefühl der Unverlässlichkeit. Ihre Erwartung an sich und andere vermitteln etwas Grenzenloses und rein Positives.

Psychologische Testungen

Zur Gegenüberstellung folgen nun die Ergebnisse aus den psychologischen Testungen.

In der *Existentiellen Lebensqualität* erzielte Petra folgende Resultate (Abb. 1):

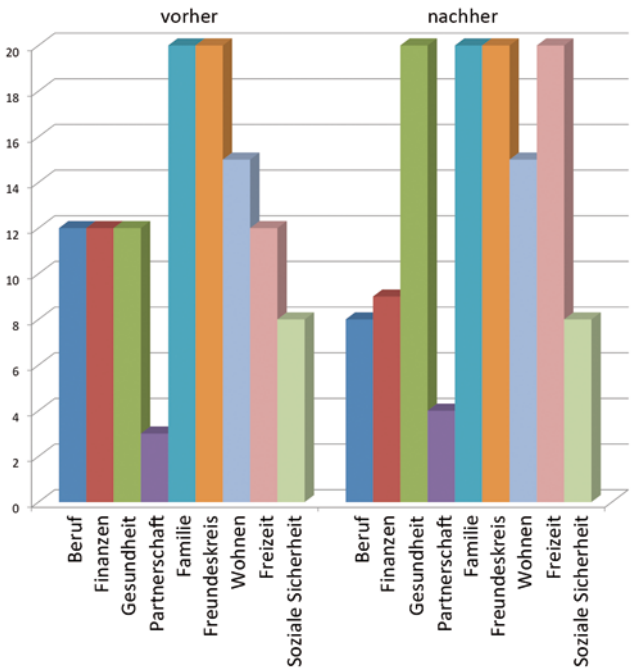


Abbildung 1: Gewichtete Zufriedenheiten (Zufriedenheit x Wichtigkeit) bei der Patientin Petra zu Therapiebeginn und Therapieende (Angaben in Rohwerten: 1… maximal unzufrieden, 20… maximal zufrieden).

[4] Gemeinsam mit M. Hofmannsrichter (Buda-Herbeck), B. Hinteregger, E. Netzer.
[5] Kursives ist jeweils ein Originalzitat aus dem Interview.

Was die Zufriedenheit in den Bereichen Beruf und Finanzen betrifft, haben sich die Werte verschlechtert, bei der Gesundheit und im Bereich Freizeit ist Petra deutlich zufriedener geworden. Auf den Gebieten Familie und Freundeskreis waren die Werte bereits zu Beginn im Maximum und sind gleichgeblieben. Ebenfalls gleich geblieben sind die mittleren Werte in den Bereichen Wohnen und Soziale Sicherheit. Der niedrige Wert bezüglich Zufriedenheit mit Partnerschaft ist gleich schlecht geblieben.

Das *Existentielle Wohlbefinden* hat sich in fast allen Aspekten verbessert. Hier die Ergebnisse im Einzelnen (Abb. 2):

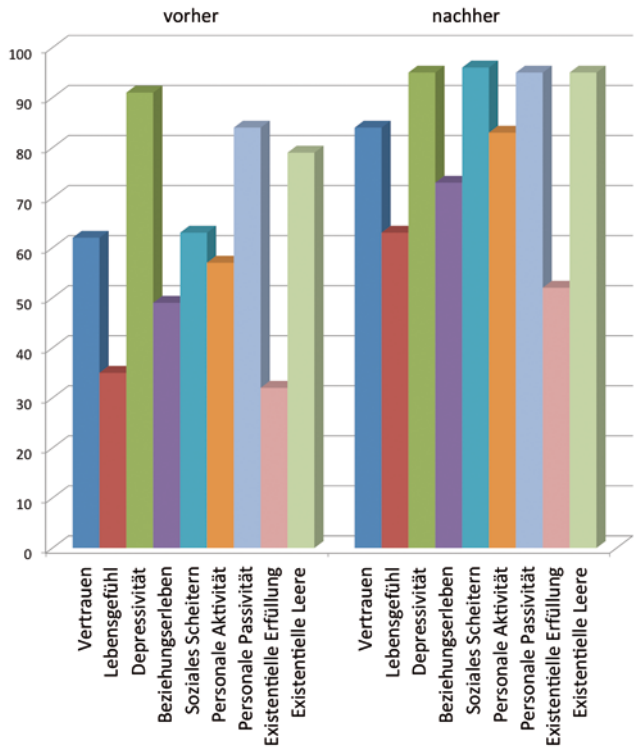


Abbildung 2: Existentielles Wohlbefinden bei der Patientin Petra am Beginn und Ende der Therapie (Angaben in Prozentwerten, normiert an Suchtpatienten).

Petra ist zu Therapiebeginn nicht depressiv, kaum personal passiv und erleidet keine existentielle Leere. Diese guten Werte bleiben über den Therapieaufenthalt erhalten. Verbesserungen ergeben sich auf den Gebieten Vertrauen, Lebensgefühl, Beziehungserleben, (weniger) Soziales Scheitern, Personale Aktivität und Existentielle Erfüllung. In keinem einzigen Bereich des Existentiellen Wohlbefindens kommt es zu einer Verschlechterung. Insgesamt fällt auf, dass sich die Steigerungen in den Dimensionen des positiven Wohlbefindens häufen. Dies zeigt, dass Petra – zumindest laut den Skalen des ELQ – keine klinisch auffälligen Symptome zeigte (welche sich stärker in den Bereichen des negativen Wohlbefindens abbilden würden). Die einzige Ausnahme bildet die 3. GM und hier vor allem der Bereich der sozialen Beziehungen: Petra litt zu Therapiebeginn unter Erfahrungen des Sozialen Scheiterns, welche sich im Laufe der Therapie deutlich verringern ließen.

Analog verhält es sich mit der *Existentiellen Motivation.* Auch hier kommt es durchwegs zu einer Verbesserung der Werte. Die stärksten Steigerungen gibt es im Grundwert und

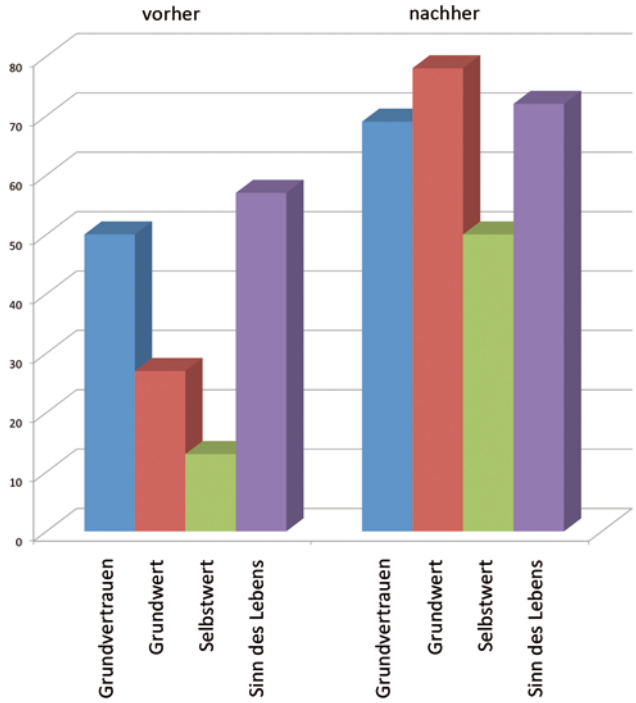


Abbildung 3: Veränderungen der Patientin Petra im TEM von Therapiebeginn zu Therapieende (Angaben in Prozentwerten, normiert an der Allgemeinbevölkerung).

im Selbstwert. Grundvertrauen und Sinn des Lebens waren zu Therapiebeginn recht gut ausgeprägt, ließen sich aber dennoch leicht steigern (Abb. 3).

Die klinisch-psychologische Untersuchung ergab folgendes Bild der Veränderung über den Therapieaufenthalt hinweg (vgl. Burtscher 2010, 26f):

> In ihrer Abstinenzmotivation bzw. in ihren Copingstrategien und ihrer Bewältigungszuversicht zeigte die Patientin eine positive Veränderung.
> Im Bereich der Persönlichkeitstestung zeigte die Patientin wenig an Veränderung, es gibt immer noch eine deutliche Neigung zum paranoiden und zum negativistischen Persönlichkeitsstil (PSSI). Sie misstraut grundsätzlich immer noch vielen Mitmenschen (grundsätzlich traut sie nur ihren Freunden, und sie hat sehr wenige davon). Sie traut jedoch dem Leiter der Station und ihrer Psychotherapeutin.
> Bei der SCL90-R zeigen sich deutliche Veränderungen zu den beiden Messzeitpunkten. Ihre aggressiven Tendenzen haben sehr stark abgenommen, aber auch ihre Unsicherheit in Sozialkontakten und ihr paranoides Denken (beides nur noch leicht erhöht). Auch die subjektive Gesamtqualität hat von unterdurchschnittlich auf durchschnittlich zugenommen, vor allem die Skala: „Soziale Beziehungen, Sexualität“, hat viel zu dieser Veränderung beigetragen. Diese Veränderungen entsprechen denen in der Existentiellen Lebensqualität (siehe Skala „Beziehungserleben“, „Soziales Scheitern“) und im TEM (Skala „Selbstwert“).
> Im Stressverarbeitungsbogen hat zu Beginn der Therapie die Pharmaka-Einnahme als Strategie bei der negativen Stressbewältigung dominiert. Dies ergibt sich am Ende

der Testung nicht mehr, sie zeigt eine deutliche Erhöhung in der Selbstbestätigung und in der Situationskontrolle.

Schließlich sei hier noch der Eindruck der Einzeltherapeutin zu Petras Entwicklung wiedergegeben:

> Die Patientin neigte sehr stark zu impulshaftem Verhalten. Vor allem Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein und Ohnmachtsgefühle agierte sie sehr lautstark und verletzend, im Sinne verbaler Anschuldigungen, aus. Sie hatte auch die Tendenz, andere für ihr Fehlverhalten verantwortlich zu machen. Weiters konnte man immer wieder eine verzerrte Wahrnehmung der Realität feststellen. Sie konnte immer nur ihre Sicht und ihre Wahrnehmung gelten lassen und war für die Sichtweisen von Mitpatienten und Therapeuten wenig zugänglich.
> Insgesamt ist es ihr teilweise gelungen, dieses Verhalten zu reflektieren. Im Umgang mit Mitpatienten neigte sie zu „Katalogisierung". Mitpersonen, die ihr unsympathisch waren, mied sie oder bekämpfte sie. Auch dieses Verhalten konnte sich im Laufe der Therapie verbessern. Die schwierigste Aufgabe lag jedoch in der Bearbeitung der Besuchsregelung mit ihrer Tochter in der Auseinandersetzung mit ihrem Exmann, der dies immer wieder verhindert hatte. Hier zeigte sich ihr Hang zur Impulsivität bis zum Schluss der Therapie. Hier liegt auch die tiefe Verletzung ihrer Person. Im Bereich ihrer Abstinenzmotivation zeigte sie jedoch die größte Einstellungsveränderung.

Zu Therapieende wurden die *Diagnosen* F10.2 (Störung durch Alkohol), F60.3 (emotional instabile Persönlichkeitsstörung) vergeben (vgl. Burtscher 2010, 27).

Abschluss-Interview PETRA

Petra spricht nun offen über ihre Situation und ihre Probleme – so, wie sie es wahrnimmt. Das geht einher mit einer Veränderung in ihrer Haltung, die nicht mehr so sehr das Fordernde vermittelt, sondern „es wäre gut wenn …" und „ich hätte gerne …".

Die Härte ist aufgebrochen, dadurch wird sie in ihrer Schwäche, in den Begrenzungen sichtbarer, aber sie ist auch realistischer:

Ein gutes Leben wäre für mich also eben, äh ich möchte ja gerne wieder im Gesundheitswesen arbeiten und da habe mich bei der Caritas beworben …

Noch wichtiger wäre natürlich, dass mein Kind bei mir wäre, aber das ist jetzt momentan ein Ding, was ich mir wünschen kann, aber sonst nichts … Sie hat also abgespeckte Pläne, ist mehr am Boden diesbezüglich: *Und mein Haus hätte ich gerne. Ich habe ja ein Grundstück, ich möchte gerne mein Haus bauen, aber jetzt ist das natürlich auch wie beim Kind, ein Wunsch. Wenn ich kein Geld habe, kann ich das Haus nicht bauen. Wenn ich nicht stabil bin und mein Leben nicht in Griff kriege, kann ich's Kind nicht haben.*

Das Wichtigste im Leben von Petra ist ihr Kind (4 Jahre). Und es ist schlimm für sie, wenn sie ihre Tochter wieder hergeben muss, manchmal sogar der Zeit mit ihr nicht gewachsen ist. Insofern ist sie mit sich sehr unzufrieden: *gerade wegen dem Rückfall* sagt sie und schildert, wie sie – *aus Leichtsinn, Übermut* – immer wieder zu trinken beginnt (Gespritzte), aber es nicht unter Kontrolle halten kann und abstürzt. Sie hat es anders eingeschätzt und war sich sicher, dass sie es schafft. Es zeigen sich dabei die Reste des erwartungsvoll fordernden Zugs an sich selbst. Zudem ist Petra in der Schilderung ihres Versagens „ungeschminkt", sie beschönigt nichts (schwarz-weiß im Vergleich zur Positivzeichnung zu Beginn). Dabei ist sie sich selbst nicht nah, von sich selbst noch unbegleitet.

Sie beschreibt, sie *schwankt extrem zwischen …*ich *möchte das alles erreichen, …kann alles schaffen* und *… ich schaffe gar nichts.* Zwischen *Hoffnung* und *mein Gott, ich brauche Scharfschützen.* Gerade diese Aussage, dass sie Scharfschützen brauche, ist sehr hart zu sich, sich weg stoßend.

Petra hat Sehnsucht nach jemandem, wo *es einfach fein miteinander* ist: *Da will ich noch schauen, irgendwie wäre wieder ein Partner interessant, aber da muss ich erst zu mir selber eine bessere Einstellung haben. Solange ich meinen Körper nicht so akzeptiere, wie er ist, geht mit einem Mann überhaupt nichts, da lauft nichts, da ist nichts los, weil ich nicht vertrage, wenn mich jemand berührt, dann kann ich es nicht haben.*

In sich trägt Petra eine tiefe Verunsicherung, die sich in einer von ihr wahrgenommenen Ausweglosigkeit *(i wüsst net, was i tan hätt)* zeigt. Durch das Erfahren von Aufgefangen-Sein wirken ihre Lebensumstände aushaltbarer. *Dass immer wieder irgendjemand is wenn I solche Durchhänger hab, die mi dann einfach auffangen. Des hab I eigentlich jetzt … seit I in Maria Ebene … war so erfahren. Irgendjemand. Es geht oft schon a paar Tag. Aber irgendjemand kommt dann und fangt mi wieder auf … des war mei erster Entzug … so in Suchtbetreuung. Und seitdem is wer da. Und heut war I so froh dass I da aufigehn hab kenna (hinauf gehen habe können).* Sie baut keine persönliche Beziehung zu den unterstützenden Personen auf (irgendjemand, irgendwer).

Sie schildert anfangs straff, dann teils ausufernd (Rückenschmerzen, Situationen wo sie aufgefangen wurde), verliert sich etwas darin, braucht offenkundig Halt und Führung.

Zusammenfassend lässt sich die Veränderung ihrer Antwort u.a. beschreiben als

- eine Öffnung in Richtung Realität *(ein Ding, was ich mir wünschen kann, aber sonst nichts)*, der sie offenbar in die Augen schauen kann. Anfangs war es ein starres *„ich will"*.
- Sie bringt ein, immer wieder an ihre Grenzen zu stoßen, und schildert sie als ein Unvermögen in sich selbst (*ich schaffe gar nichts, meinen Körper nicht so akzeptiere, i wüsst net, was i tan hätt,* Rückfälle, der gemeinsamen Zeit mit der Tochter manchmal nicht gewachsen sein, …), während Grenzen und Schwächen im Eingangsinterview negiert wurden.
- Neben dieser nüchternen Sachlichkeit zeigt das zweite Interview nach einer längeren Therapiephase (7,5 Monate) wesentlich deutlicher und auch eindrücklicher ihre Schwächen. Dies lässt eine Brüchigkeit ihrer Person spüren.
- Dieser Realismus ist spürbar teils als eine Öffnung zu Fakten, teils sich selbst gegenüber. Aber er zeigt auch unverdeckt die Tiefe der Härte und der Instabilität. Es

ist also eine zunehmende Nähe und Offenheit sich selbst gegenüber deutlich, dennoch bleibt sie von sich noch unbegleitet/ungeschützt.

- Sie ist erleichtert, dass sie immer wieder in ihren *Durchhängern* aufgefangen wird *(Und seitdem is wer da)*. Dies ist nach längerer Therapie wie der Gegenpart zur anfänglichen Befürchtung, dass es ihren Geschwistern zu viel werden wird: *Irgendwann würden meine Geschwister sagen: „Stopp Petra, jetzt haben wir dir so oft geholfen und immer wieder ist es das Gleiche."*
- Sie macht fühlbar, dass sie die Begleitung und Führung annimmt. Also Petra hat sich spürbar in eine Annäherung zu sich begeben, wenn auch noch nicht eine verlässliche stabile Nähe erreicht ist. Sie wirkt nun kooperativ.

Diagnostische Schlussfolgerung aus der qualitativen Untersuchung

Eingangs ist Petra hinter einer Fassade, die sich in einem Abwehrverhalten und einer sehr fordernden Haltung zeigt. In Bezug auf die Grundmotivationen der EA wird sie in den Copingreaktionen der 1. GM (Starre, Aktivismus, Unsicherheit) und der 3. GM (Abspaltung) sichtbar. Ihre Ressourcen und ihr Können schildert sie im Bereich von instrumentellen Fähigkeiten/Begabungen. Beziehungen werden nicht sicht- bzw. spürbar, außer wiederum in Schutzverhalten und Unsicherheiten. Eine fruchtbare Erschließung der personalen GM und der PEA sind nicht feststellbar. Ihr Suchtverhalten war im Interview nicht explizit thematisiert worden, sie selbst stellt es an die Peripherie ihrer Problematik.

Im Abschlussinterview zeigt Petra Fähigkeiten der 1. GM zur Wahrnehmung und zum Aushalten von Fakten, zum Sichtbar werden lassen ihrer Schwächen und ihrer Fehleinschätzungen von sich selbst, zum Finden von Halt im Aufgefangen werden. In der 2. GM entwickelt sie ein wenig Zuwendung zu sich, wenn auch eher in einer Unzufriedenheit mit sich. Neben dieser Ressourcenbildung werden auch eine starke Haltlosigkeit und Brüchigkeit spürbar, die im Verband mit der starken anfänglichen Abwehr auf eine Traumatisierung verweisen. Die PEA kommt nicht in tieferen Vollzug, da sie sich nicht emotional einlässt, aber auf einer sachlichen Ebene nimmt sie nachvollziehbare Stellungnahmen ein, die ihr Orientierung geben. Sie zeigt eine differenziertere Einsicht ihrer Suchtproblematik und die Bereitschaft an ihrem Entzug zu arbeiten.

Resümee aus beiden Analysen

Stellt man die Erkenntnisse aus den quantitativen und den qualitativen Analysen einander gegenüber, so fällt auf, dass die Defizite in der 1. Grundmotivation in den Fragebögen weniger sichtbar werden als in der phänomenologischen Analyse. Möglicherweise kommt hier eine verzerrte Selbstwahrnehmung zum Ausdruck, welche zu Fehleinschätzungen in den Selbsteinschätzungsfragebögen führen. Jedenfalls erscheint Petra auf Grund des Interviews wesentlich halt- und bodenloser als in den Ergebnissen von ELQ und TEM. Die Wahrnehmungsverzerrung wird auch in der Einschätzung der Therapeutin beschrieben. Diese ist ein Hauptmerkmal bei Persönlichkeitsstörungen der 3. GM und würde zu Fehleinschätzungen auf Grund von ausschließlich quantitativen Persönlichkeits- und Befindlichkeitsmaßen führen. Andererseits geben die numerischen Testergebnisse manche Veränderungen präziser und komprimierter wieder. Sie können allerdings nicht erklären, wie diese Veränderungen zustande gekommen sind.

ERGEBNIS DER HERMENEUTISCH-PHÄNOMENOLOGISCHEN AUSWERTUNG UND DER PSYCHOLOGISCHEN TESTS ZU BODO[6]

Eingangs-Interview BODO

Bodo spricht locker dahin, breitet sich luftig aus in Schilderungen mit viel hin und her, nichtssagend, mit samtig einschmeichelnder Stimme. Seine Antworten sind insgesamt karger und knapper als beim vorigen Interview mit Petra.

Seine Haltung zum Leben skizziert er so, dass das Leben VON SELBER GEHT, ihn dabei mit trägt, aber ihm nichts abverlangt, ihn nicht benetzt, angenehm ist, so kommt, dass er sich *„zufrieden"* fühlen kann. Auf die Frage: *Hast du schon eine Idee, wie das Leben sein sollte, dass du zufrieden bist?* antwortet Bodo: *I was net, was ma am besten hülft, vielleicht kommt anfach a geregelter Alltag und ein gsünderes Leben und solche Sachen halt.*

Was es dazu von ihm braucht, weiß er überhaupt nicht. Dabei drückt sich Unsicherheit aus.

Bodo wirkt hilfsbedürftig, er hat eine starke Mutterbeziehung, auf sie kann er bauen, sie *ist am wichtigsten* und ihm *das wertvollste*. Er ist zufrieden, wenn sich eine kindliche Sinnperspektive auftut: er vermittelt es in der Art eines „Weihnachtsgefühls" – *wenn i irgendetwas hob, auf das i mi freuen kann, dann bin i eigentlich zufrieden.* Ebenso macht ihn zufrieden, gebraucht und akzeptiert zu werden.

Bodo zeigt sich in kindlicher Weise außenabhängig, er möchte eine heile, angenehme Welt haben: *Ähmm, Beschäftigung haben, arbeiten gehen, a Arbeit, die mir Spaß macht…(Pause)… und… ja vielleicht selbst a Familie haben …(Pause)… Aber natürlich muss des a alles passen, soo, wie soll i sagen, ich will kan Job haben, wo i einfach, wo i fast nix verdien, und grad halt so über die Runden komm und dann hab i Familie und … Also i will schon einer Familie was bieten können ah, des is schon ah wichtig … Ja, also es geht net nur um Geld, aber eigentlich schon.* Auf Nachfrage meint er, dass es ihm um Sicherheit gehe.

Bodo schildert unkonkret, unklar, emotionslos, belanglos luftig, aufgebauscht und recht inhaltsleer. Er ist DISTANZIERT monologisch.

Er bezieht sich nicht auf seine aktuelle Situation (z.B. seine Sucht).

Ergebnisse aus den psychologischen Testungen

In der *Existentiellen Lebensqualität* erzielte Bodo folgende Ergebnisse (Abb. 4):

[6] Gemeinsam mit L. Gengler und E. Berger.

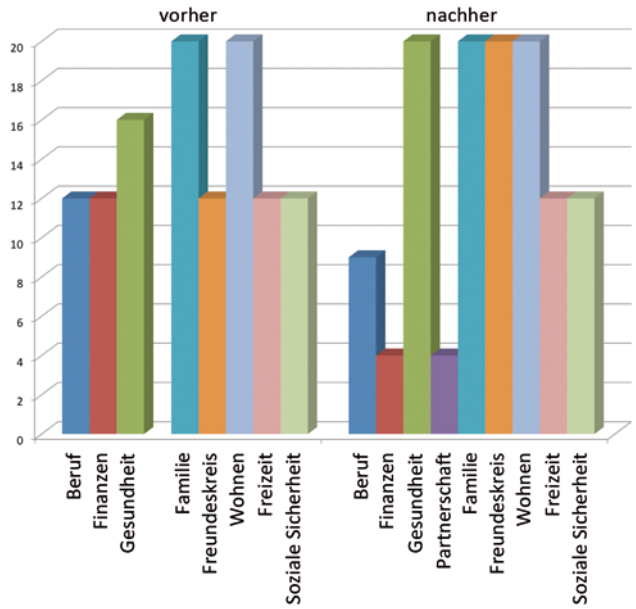


Abbildung 4: Gewichtete Zufriedenheiten (Zufriedenheit x Wichtigkeit) beim Patienten Bodo zu Therapiebeginn und Therapieende (Angaben in Rohwerten: 1… maximal unzufrieden, 20… maximal zufrieden).

In zwei zentralen Lebensbereichen kommt es bei Bodo zu einer Verschlechterung der Zufriedenheit über die Zeit der Therapie hinweg, und zwar in den Bereichen Beruf und Finanzen (hier besonders stark). Eine Verbesserung erlebt Bodo hinsichtlich Gesundheit, Partnerschaft und Freundeskreis (hier besonders deutliche Verbesserung von mittlerer Zufriedenheit zu maximaler Zufriedenheit). Gleich bleibend sind die Werte hinsichtlich Familie, Wohnen, Freizeit und Sozialer Sicherheit.

Ein recht unerwartetes Muster ergibt der Vergleich des *Existentiellen Wohlbefinden* vor und nach der stationären Therapie (Abb. 5).

Bodo hat sich in allen Parametern des Existentiellen Wohlbefindens verschlechtert. Er erscheint am Ende der Therapie vor allem haltloser (niedrigere Werte im Vertrauen), depressiver (Verschlechterungen im Lebensgefühl und in der Depressivität), hat deutlich weniger positive Erfahrungen im Beziehungserleben und erlebt auch etwas öfter Soziales Scheitern. Vor allem in den Bereichen Personale Aktivität und Personale Passivität – zentrale Aspekte des Selbstwerts – hat er sich deutlich in der Befindlichkeit verschlechtert. Die Existentielle Erfüllung ist geringfügig gesunken und Existentielle Leere-Erfahrungen sind ein wenig belastender geworden.

Ganz parallele Effekte zeigen sich hinsichtlich der *Existentiellen Motivation:* Alle Werte haben sich verschlechtert. Die stärksten Veränderungen gibt es in der ersten und in der dritten Grundmotivation. Vor allem der Selbstwert (3. GM), der am Beginn der Therapie an der Spitze lag, sinkt auf einen Wert unter dem Grundvertrauen, welches seinerseits deutlich gesunken ist. Auch in der zweiten und der vierten Grundmotivation ergeben sich Verschlechterungen. (Abb. 6)

Auch die Ergebnisse der *klinisch-psychologischen Untersuchung* deuten in dieselbe Richtung.

Die Zunahme an Depressivität zeigte sich auch im WHO-Fragebogen, dies wurde vor allem auf den Skalen Psyche

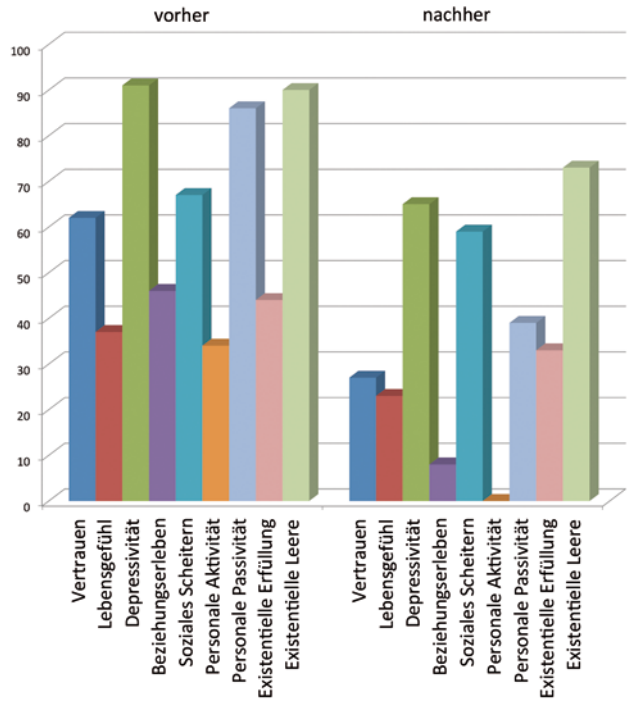


Abbildung 5: Existentielles Wohlbefinden beim Patienten Bodo am Beginn und Ende der Therapie (Angaben in Prozentwerten, normiert an Suchtpatienten).

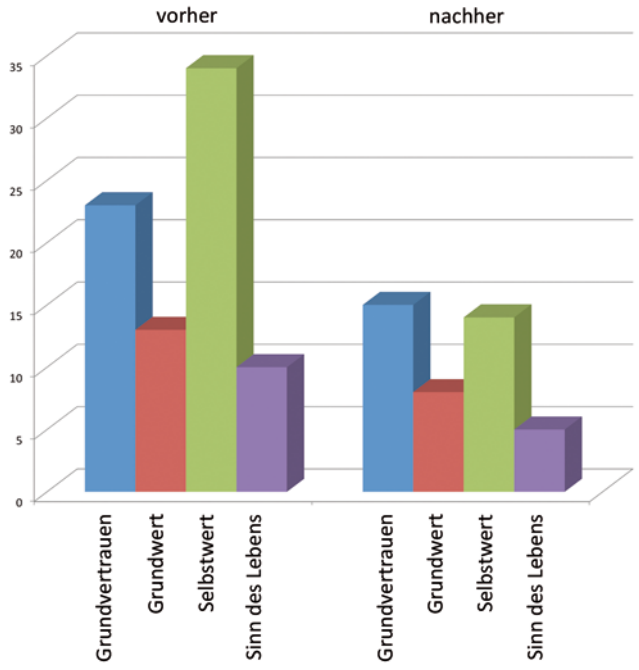


Abbildung 6: Veränderungen des Patienten Bodo im TEM von Therapiebeginn zu Therapieende (Angaben in Prozentwerten, normiert an der Allgemeinbevölkerung).

(positive Emotionen haben abgenommen) und Autonomie sichtbar. Im Bereich der Stressverarbeitung zeigte sich die größte Veränderung im Verlauf in Bezug auf die Pharmaka-Einnahme im Sinne einer Zunahme und auf das soziale Unterstützungsbedürfnis im Sinn einer Abnahme. Die Verschlechterung ist somit durchgängig in allen Verfahren zu beobachten. Insgesamt lässt sich annehmen, dass sich Bodo – vermutlich auf Grund der stark narzisstischen Persönlichkeitszüge – nicht wirklich auf einen therapeutischen Prozess

im Sinne einer Beziehungsaufnahme zu sich und anderen einlassen konnte (vgl. Burtscher 2010, 31).

Wie lassen sich diese Effekte insgesamt verstehen? Muss man von einem negativen Therapieerfolg sprechen?

Die Kommentare der Therapeutin bringen hier mehr Klarheit.

> Zu Beginn der Therapie kam es sehr schnell zu einem Abbruch der Therapie. Auf eigenen Wunsch wurde er wieder aufgenommen. Zwei Ziele wurden mit ihm vereinbart: die Einhaltung der „Alltagsstrukturen" und eine klare Vorstellung über seine berufliche Perspektive – aufgrund seines schwierigen Beziehungsverhaltens, welches einerseits sehr liebenswürdig und gefällig sein konnte, andererseits verhielt er sich bei Konflikten in der therapeutischen Gemeinschaft sehr entwertend und schwierig, insbesondere wenn begründete Grenzen gesetzt wurden. Seine mangelnde Konfliktbewältigung wurde auch von Rückfälligkeit begleitet. Die Gründe für seinen Rückfall wollte Bodo nicht bearbeiten. Es war für ihn sehr unangenehm und peinlich. In dieser Zeit nahmen auch die Konflikte in der therapeutischen Gemeinschaft und mit dem therapeutischen Team wieder zu, welche sich in entwertenden Äußerungen zeigten. In dieser Phase der Therapie kam es dann auch wieder zu kurzen Einbrüchen in der Einhaltung der strukturellen Regeln, ebenso wenig konnte er an der Bearbeitung von konkreten beruflichen Möglichkeiten dranbleiben. Aus eigenem „Wunsch" wollte er die Therapie beenden, einer Therapieverlängerung stimmte er nicht zu.

Folgende *Abschluss-Diagnosen* wurden vergeben: F19.2 (Cannabis, Opiate, Alkohol) und F61.0 kombinierte Persönlichkeitsstörung (narzisstische, dissoziale und paranoide Züge) (vgl. Burtscher 2010, 31).

Abschluss-Interview BODO

Dass er einfach zufrieden sein will und Spaß haben will bleibt, er hofft darauf unabhängig zu sein und selbständig zu sein; wobei er Mühe hat, das Wort „Selbständig-Sein" auszusprechen. Er ist sich seiner SELBST mehr bewusst, es ist ihm wichtig geworden. Sein Selbst steht nun neben der Familie, er ist darin aber immer wieder fragend auf die Unterstützung der Interviewerin ausgerichtet. Er ist knapper und etwas präziser in den Antworten, auch sprachloser auf einzelne Schlagwörter begrenzt. Das Gesagte hat meist keine Anbindungen, es ist eine LEERE spürbar und UNSICHERHEIT. Nun ist es nicht mehr das Aufgebauschte vom Beginn, sondern eher dürftig.

Auffallend ist wie Bodo seine Erfahrungen in der Carina schildert. Dort dürfte ihn das Erleben von Tagesstruktur und engeren Beziehungen innerlich erreicht und angesprochen haben: *I bin jetzt zufrieden mit mir, weil … weil i daherin doch was glernt hab, die Struktur, das Aufstehen, Arbeiten und wieder Kontakt mit Menschen, ..engeren Kontakt, net nur oberflächlich und mhm also i bin zfrieden.* Bodo beschreibt, dass er Struktur und Nähe „gelernt" habe und kontrastiert es zu oberflächlichem. In dieser Beschreibung positioniert er sich, er macht eine Aussage (ich bin zufrieden mit mir, weil …), die er mit einer Erfahrung verbindet und begründet. Darin drückt sich erstmals im Interview ein kleiner Ansatz zum Dialog mit der Welt aus.

Er umkreist Zukunft, wie es sein soll (eigene Familie, Arbeit) *… I schau, i schau mi jetzt mal um und – pfh – i muaß no schaun, also irgend a Arbeit möchte i net machen, vielleicht als Übergang, aber dann will i schon an Job habm, der ah der ma Spaß macht, wo i net ungern hingeh.* Er erscheint fordernd, hält Abstand im Unkonkreten. In Bezug auf das Erlebte in der Carina möchte er die Struktur im Tagesrhythmus und im Arbeiten selbst beibehalten, da es ihm gut tat.

Und ja ah, i kann jetzt net sagen, dass i abstinent bleib, weil des war i vorher a schon. So beendet er das Interview.

Zusammenfassend zeigen sich die Veränderung seiner Antwort u.a. darin:

- Anfangs zeigt er sich unkonkret aufgebauscht und einschmeichelnd im Sprachstil, zum Abschluss ist dieser reduziert, karg aber auch konkreter.
- Lebenserwartung: Im Anfangsinterview möchte er vom Leben getragen sein, im Abschlussinterview sucht er Selbständigkeit.
- Anfangs fehlt das Gefühl von Selbstwirksamkeit, zum Abschluss zeigen sich leichte Ansätze davon.
- Seine Unsicherheit zeigt sich anfangs als Orientierungs- und Wirkungslosigkeit, im Abschluss ist die Unsicherheit stark als Unerfahrenheit im selbständigen Leben spürbar.
- Starke kindliche Mutterbeziehung ist in ihrer Ausschließlichkeit aufgebrochen, er ist sich nun seiner Selbst mehr bewusst.
- Was ihm nun wirklich Sicherheit gibt, die er ursprünglich in der Mutterbindung hatte, ist noch unklar. Er hängt in schlagwortartigen Lebensbildern/Lebenserwartungen. Situativ lehnt er sich an die Interviewerin an.
- Er ist sich seiner Selbst mehr bewusst, aber unsicher und ungeübt, wie neu in diesem mehr eigenen Leben.
- Er artikuliert klar, dass er zufrieden ist, weil ihm in der Carina die Strukturen des Tagesrhythmus, die Arbeit, die tieferen Kontakte und Einzelgespräche gut getan haben. Es wird deutlich, dass ihn dieser geordnete und nahe Umgang miteinander als Erfahrung von Lebensqualität erreicht hat, die er gerne weiterführen möchte.
- Für Bodo ist das insofern bemerkenswert, da er damit aus einer Erfahrung sprechend eine eindeutige Position einnimmt und sie begründet.
- Die Antworten im Abschlussinterview vermitteln einerseits mehr Klarheit und Zukunftsausrichtung, aber auch Brüche in der Lebenshaltung, die sich einer Zukunftsrealisierung entgegenstellen.

Diagnostische Schlussfolgerung

Auffallend ist seine narzisstisch-distanzierte und gleichzeitig samtige Art der Kommunikation. Zudem die hohe Unreife in der engen ausschließlichen Mutterbindung. Seine stark fixierte und abwartend hoffende Wunschhaltung dem Leben gegenüber hält ihn in einer Ohnmacht, der er nicht leidend, sondern mit seiner Überheblichkeit, also in einer Copingreaktion, begegnet. Im Abschlussgespräch ist seine kindliche Wunschhaltung aufgebrochen und er ist mehr an SEINEM interessiert. Er nimmt im Rückblick auf seine stationäre Zeit eine aus seiner Erfahrung begründete Position ein, was einen Ansatz von Dialog mit sich und der Welt zeigt

(PEA-Ansatz). Damit hat er sich einen wesentlichen Schritt aus seiner Wunschhaltung heraus bewegt. Gleichzeitig damit hat er aber auch das kindliche Aufgehoben-Sein verloren und seine Unerfahrenheit und Unsicherheit tritt noch deutlicher hervor. Dies lässt sowohl seinen Mangel an Halt (1. GM) als auch seinen schwachen Grundwert (2. GM) und seine mangelnde Ichstruktur (3. GM) deutlich werden. Es ist also festzustellen, dass er eine sichtbare Annäherung zu sich und seinem Eigenen vollzogen hat, seine vermeidend-ausweichenden Copingreaktionen auch zurückstellen kann, aber in der Strukturentwicklung erst am Beginn steht.

Resümee aus beiden Analysen

Bodos Entwicklung wird am besten daran deutlich, dass er im Abschlussgespräch eine begründete Position einnimmt, was einen Ansatz zu einem Dialog mit sich und der Welt zeigt (PEA-Ansatz) und die Basis zur Selbstwirksamkeit ist. Seine Veränderung ist in der Qualitativen Erhebung positiv zu werten, aber noch sehr im Ansatz, fragil, unerfahren und unsicher und bräuchte weiterer Psychotherapie zur Ausreifung.

Andererseits bildet sich im Quantitativen auch ab, dass er jetzt zufriedener in einigen Lebensbereichen ist (Gesundheit, Partnerschaft, Freundeskreis), da er Struktur und Nähe erfahren hat, die ihm gut tun. Es gilt zu bedenken, dass sich sein Antwortverhalten generell verändert hat: Aufgebauschtes, narzisstisch Überspieltes fällt im Abschlussinterview weg, er ist nüchterner, aber auch konkreter geworden. Dies könnte sich in den Selbsteinschätzungsfragebögen in generell reduzierten Werten niederschlagen, er ist unsicherer mit sich, verdeckt es aber nicht.

Schaut man kritisch auf die unterschiedlichen diagnostischen Methoden, erweisen sich die rein quantitativen Werte als irreführend. Letztlich kann es als wichtiger Erfolg betrachtet werden, dass beim Patienten Bodo die (narzisstischen) Copingreaktionen aufgebrochen wurden. Würde man die rein quantitative Verschlechterung isoliert betrachten, kämen die entscheidenden Veränderungen durch die Therapie nicht zum Ausdruck. Bei Patienten mit schwerwiegenden Beeinträchtigungen in der Selbstwahrnehmung – vor allem bei narzisstischen Patienten, aber tendenziell bei allen Selbstwertstörungen – kann nur eine phänomenologische Analyse des Veränderungsprozesses den entscheidenden Wirkungsnachweis erbringen.

ERGEBNIS DER HERMENEUTISCH-PHÄNOMENOLOGISCHEN AUSWERTUNG UND DER PSYCHOLOGISCHEN TESTS ZU ZORAN[7]

Eingangs-Interview Zoran

Zoran antwortet sehr knapp und hält sich in seinen Antworten bedeckt. Er bleibt in Distanz (*das wär's dann*). Dennoch lässt er spürbar werden, dass er mit Drogen und Freunden eingefahren ist. Er hält an seinen Schlagworten fest – fast starr wiederholend. *Drogenfrei, sportlich, äähm Arbeit, äh gut mit der Familie auskommen … Gesundheit ja – Körperlich guter Zustand sein, keine Ahnung, sportlich vielleicht, nicht mein Leben selber kaputt machen.*

In karger Ausdrucksweise und nüchtern, steht er zu dem was geschehen ist, aber leidet unter den Folgen, … *i hab viel Mist gebaut, besser gesagt (kl. Pause) war drogenabhängig (Pause) psychisch vielleicht, halbwegs nicht in Ordnung, keine Ahnung, das kommt vom Gefängnis kann auch sein* … Es bleibt relativ unklar, aber er vermittelt keine Schuldzuweisungen, sondern setzt bei sich an: *Ich muss mich wieder in Ordnung bringen irgendwie – dass, dass ich wieder zu meiner alten Stärke finde.* Eine alte Stärke lässt sich aus seiner Antwort nicht klar rekonstruieren, … *dass ich mein Leben im Griff habe,* sagt er. Zudem ist seine Zukunft sehr verschwommen, vage, er kann nicht wirklich etwas dazu sagen. In seiner Zukunftsvision kann er an nichts Konkretes anknüpfen , – *Man kann nie wissen!*

Ergebnisse aus den psychologischen Testungen

Die *Lebenszufriedenheit* hat sich bei Zoran fast durchwegs verbessert (Abb. 7):

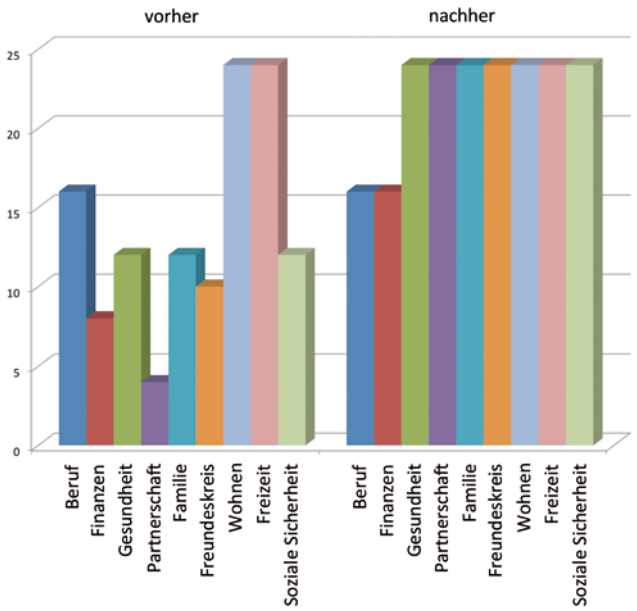


Abbildung 7: Gewichtete Zufriedenheiten (Zufriedenheit x Wichtigkeit) beim Patienten Zoran zu Therapiebeginn und Therapieende (Angaben in Rohwerten: 1… maximal unzufrieden, 20… maximal zufrieden).

Außer hinsichtlich Beruf (keine Veränderung) und Finanzen (leichte Verbesserung) äußert sich Zoran im Abschlusstest maximal zufrieden.

Auch im *Existentiellen Wohlbefinden* werden bei Zoran eindrucksvolle Verbesserungen sichtbar. In allen Dimensionen und in allen Grundmotivationen erlebt Zoran eine bessere Lebensqualität. Die stärkste Verbesserung ist in der ersten Grundmotivation zu verzeichnen. Hier hatte Zoran zu Therapiebeginn das stärkste Defizit bzw. den größten Leidensdruck. Auch Beziehungserleben und Personale Aktivität (beides Aspekte der 3. GM) waren zu Beginn sehr schwach ausgeprägt. Allerdings sind bei ihm in diesen GM keine klinische Auffälligkeiten zu beobachten (die negativen Dimensionen des Existentiellen Wohlbefindens sind nicht

[7] Gemeinsam mit A. Bitsche, A. Linhart, G. Greiner; C. Meznik.

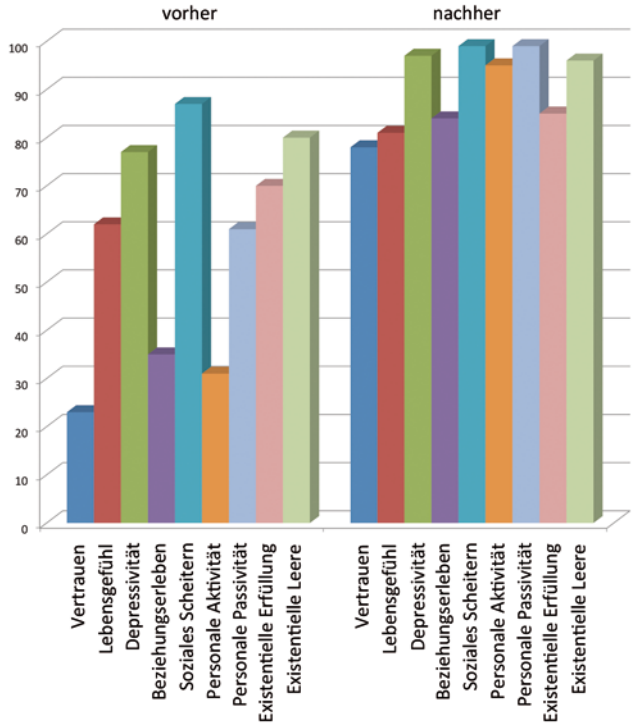


Abbildung 8: Existentielles Wohlbefinden beim Patienten Zoran am Beginn und Ende der Therapie (Angaben in Prozentwerten, normiert an Suchtpatienten).

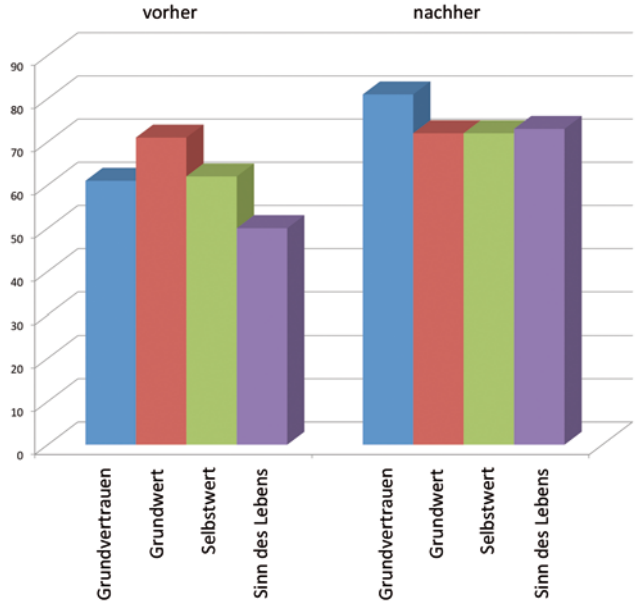


Abbildung 9: Veränderungen des Patienten Zoran im TEM von Therapiebeginn zu Therapieende (Angaben in Prozentwerten, normiert an der Allgemeinbevölkerung).

auffällig). Dies deutet darauf hin, dass bei Zoran keine Persönlichkeitsstörung vorliegt. Möglicherweise konnte Zoran daher aus den Therapieangeboten besonders gut profitieren.

Auch hinsichtlich der *Existentiellen Motivation* (Abb. 9) bilden sich ähnliche Effekte ab: Alle Werte haben sich verbessert, die stärkste Verbesserung gibt es in der ersten Grundmotivation. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass Zoran in der therapeutischen Gemeinschaft Halt und Zugehörigkeit erfahren konnte, die ihm in seinem sozialen Umfeld gefehlt haben.

Die Ergebnisse der *klinisch-psychologischen Untersuchung* stützen diese Vermutung.

Beim Suchtstatus zeigten sich deutliche Veränderungen im Umgang mit den illegalen Drogen. Hier möchte der Patient auf alle Fälle abstinent bleiben und hatte auch seiner Meinung nach gute Strategien entwickelt, wie er mit aufkommendem Suchtdruck bzw. Verlangen umgehen kann. Ebenso ist er von seinen Fähigkeiten dahin gehend überzeugt. Die Ausnahme in der Abstinenzmotivation stellte sein Umgang mit Alkohol dar. Hier war er davon überzeugt, den Konsum unter Kontrolle halten zu können und wollte dahin gehend aber auch nicht abstinent bleiben. Im Bereich des Persönlichkeitsstatus zeigten sich bei beiden Tests keine Auffälligkeiten von Beginn bis zum Ende der Therapie. Beim SCL90-R zeigten sich von Beginn bis zum Ende der Therapie sehr große Veränderungen. Deutlich erhöht waren die Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität und Ängstlichkeit. Bei der Abschlusstestung zeigte sich klinisch kein auffälliges Ergebnis mehr. Die subjektive Gesamtqualität des Lebens laut der WHOQL-100 hat beim Patienten von unterdurchschnittlich bis zu durchschnittlich zugenommen. Alle Skalenebenen sind davon betroffen. Er fühlte sich jetzt deutlich besser vor allem in der Domäne Psyche, Umwelt-, Lebensbedingungen und der Domäne Soziale Beziehungen und Sexualität. Im Stressverarbeitungsbogen (SVF 120) zeigten sich bei beiden Testungen kaum klinisch auffällige Ergebnisse, die Ausnahme bildete bei der Abschlusstestung der Bereich Negative Stressbewältigungsstrategien, und zwar als auffällig unterdurchschnittlich ausgeprägt (Flucht, gedankliche Weiterbeschäftigung, Selbstbeschuldigung) (vgl. Burtscher 2010, 37).

Und schließlich die Kommentare der *Psychotherapeutin:* Aufgrund einer Maßnahme (gerichtlich angeordnet „Therapie statt Strafe“) hat der Patient die Möglichkeit bekommen Therapie zu machen. Er war lange Zeit in Haft und dadurch in seiner persönlichen Freiheit sehr eingeschränkt. Er hat wieder regelmäßig Kontakt mit der Familie bekommen, die einen sehr wichtigen Aspekt in der Genesung darstellte, da er von einer Abschiebung in die Türkei bedroht war und dies am Ende der Therapie noch nicht geklärt war. Seine Eltern standen bedingungslos hinter ihm und gaben ihm immer wieder das Gefühl, dass die Abschiebung so nicht möglich wäre. Auch neigte er dazu, aus therapeutischer Sicht, die „Dinge“ positiver zu sehen, als sie in der Realität waren. Dieser Zug zieht sich auch in seiner Familie fort. In der Gemeinschaft konnte er sich gut einfinden, ist mit allen gut ausgekommen, hatte wenige Konflikte. Zoran zeichnete sich durch ein hohes Maß an Anpassung aus. Er hatte sich während der Therapie gerne in der Natur aufgehalten und in seiner Freizeit ist er regelmäßig laufen gegangen. Ein Ziel in der Therapie lag in der Entwicklung eines basalen Grundgefühls von sozialer Zugehörigkeit und Identität als Türke zweiter Generation. Nicht verwurzelt zu sein, wenig Beziehung zu seinen Eltern zu haben, stellten sein primäres Leiden dar, was ihm jedoch nur teilweise bewusst war. Er war eher subdepressiv und

hat wenig Freude aus sich heraus entwickeln können. Gefüllt wurde diese Leere vor allem mit Drogenkonsum (zuerst Cannabis, Kokain, später dann Heroin), vor dem Suchtmittelkonsum durch Glücksspiele, schnelles Autofahren und Computerspiele.

Die *Diagnose* zu Therapieabschluss lautet F19.21 [Störung durch multiplen Substanzgebrauch, Abhängigkeitssyndrom (Kokain, Opiate, Cannabis, Alkohol)]. Er erhielt keine Persönlichkeitsdiagnose laut ICD-10 (vgl. Burtscher 2010, 36).

Abschluss-Interview ZORAN

Zoran hat sich vom Wünschen zum Wollen bewegt: *Abstinent zu sein, (Pause) äh die Planung, was in der Freizeit zu machen. Freizeit, halt dass ich meine Freizeit gestalte, besser gestalte als einfach furt zum goh (ausgehen), mit dem Auto herum zu fahren und so irgendetwas….*

Seine Antworten sind etwas eloquenter, nicht mehr verschlossen, klar, teils kraftvoll, sachlich, realistisch und Ichbezogen. *Ja! Jetzt wieder als normaler Arbeiter tätig sein, dann schauen, dass ich irgendwie a bessere Arbeit find. Weil i brauch jetzt ehrlich gesagt Geld (Pause) also arbeitslos oder so will i ned sein in der nächsten Zeit.*

Er trägt zusammen, was ihm wichtig ist und was ER dafür tun kann. Er setzt auf das, was ER machen kann: *Ja, Freizeitplanung, arbeiten, Struktur, im Alltag, geregelte Struktur … Aufstehen, Arbeiten gehen, pünktlich sein und so was halt.*

Er plant, – in Beruf, Freizeit, Leben – Halt und Orientierung über Strukturen aufzubauen. Zorans Antworten sind knapp, aber an seine Wirklichkeit abgebunden. *Planung, was in der Freizeit zu machen. … Familie und Beziehung zu pflegen…. Fitness trainieren … Sport ist wichtig, Familie ist wichtig, Abstinent ist wichtig, Arbeit ist wichtig ja.*

Zoran ist zwar zuversichtlich, dass er seine Pläne halten kann, dennoch ist ihm bewusst, dass er sich erst bewähren muss.

Zoran zeigt sich ein wenig gefühlvoller und lebendiger und insgesamt offener in Bezug auf sich und in seiner Haltung gegenüber der Welt. *Ja, jetzt bin ich schon zufrieden, (Pause), aber ich werde erst zufrieden sein, wenn ich draußen bin und anfange zum Arbeiten (tiefes Luft holen – Pause) und einen geregelten Alltag hab. Mich selber abstinent zum sein, mehr Sport zu machen, (Pause) einfach besser Zeit verbringen.*

Er spricht kaum in vollständigen Sätzen (ev. aus dem Migrationshintergrund), führt die Inhalte kaum weiter aus, aber seine Aussagen sind stringent, haben knappe Begründungen und weisen ihn selbst als den bestimmenden und planenden aus.

Diagnostische Schlussfolgerung

Zoran ist im Anfangsgespräch offen in der Wahrnehmung seiner Situation und hält sie aus, hält ihr Stand (Ressource der 1. GM), er bringt von sich aus seine jetzige Situation mit seinem früheren Handeln und dessen Folgen in Zusammenhang. Er ist aber auch hilflos und unklar über seine jetzige psychische Verfassung. Drogenabhängigkeit und Gefängnis haben ihn aus der Bahn geworfen, es deutet auf eine Traumatisierung hin. Seine Familie ist ihm jetzt Halt. Er trägt eine gewisse Hoffnung in sich, die er allerdings nicht begründen kann.

Beim Abschluss wird deutlich, dass er sich hat treiben lassen in seinem Leben, es fehlte ihm an Wert-Orientierung (schwache 2. GM). Eher hat er sich mitziehen lassen von seinem Umfeld (fehlende Abgrenzung, Selbstwert und Bezug zum Eigenen, 3. GM). Aus diesen Schwächen resultierte eine fehlende Zukunftsorientierung (4. GM). Der stationäre Aufenthalt hat einen Boden gelegt, sein Leben selbst in die Hand zu nehmen. Er ist darin einerseits klar und planend, andererseits noch unerfahren und braucht weitere Unterstützung, besonders in der Wertwahrnehmung und Selbstwirksamkeit.

In dieser beginnenden Selbst-Organisation kann man seine *alte Stärke* erahnen, die basale Ressourcen an Klarheit, nüchtern sachlichem Denken und Kraft zeigt. Seine Persönlichkeit dürfte sich eher im Neurotischen aufhalten, es spricht nichts für eine Persönlichkeitsstörung.

Resümee aus beiden Analysen

In der Gegenüberstellung der unterschiedlichen diagnostischen Methoden (quantitativ – qualitativ), fällt auf, dass beim Patienten Zoran keine derart widersprüchlichen Befunde wie bei den beiden anderen Patienten auftreten. Es wurde bei ihm keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Die Übereinstimmung kann als Indiz einer stabilen Selbstwertwahrnehmung betrachtet werden.

Konsequenz für die Forschung

Für die Forschung bedeutet dies umgekehrt, dass bei Patienten mit schweren Selbstwertstörungen bzw. Persönlichkeitsstörungen unbedingt unterschiedliche diagnostische Befunde auf einander abgestimmt werden müssen bzw. dass eine rein quantitative Wirksamkeitsmessung den Erfolg von Therapien stark verzerrt. Eine ***phänomenologische Analyse*** *erscheint* ***unumgänglich,*** um die spezifischen Veränderungen durch Psychotherapie bei diesen Patienten abzubilden.

Für die gesamte Psychotherapieforschung hat diese Erkenntnis großes Gewicht, da ein hoher Anteil an Psychotherapiepatienten unter zumindest mittelschweren Selbstwertstörungen leidet, welche als Copingreaktionen eine verzerrte Selbstwahrnehmung mit sich bringen.

ANTWORTEN ZUM FORSCHUNGSANLIEGEN AUS DER QUALITATIVEN UNTERSUCHUNG

Welche Gestalt und Art der *Existentialität / Beziehungsgestaltung (zum Leben, zu Lebensmöglichkeiten)* lässt sich bei Suchtpatienten vor und nach ihrer stationären Langzeit-Therapie beschreiben?

1. UMGANG MIT SUCHTPROBLEM

Im ***Eingangsinterview*** lässt sich beobachten, dass die Studienteilnehmer ihre Suchtproblematik nicht thematisieren. Sie sprechen diese Begriffe nicht aus, weichen aus mit Wendungen wie „gesund sein wollen“, „fit sein“,halten es (wie Petra) in einer Ferne, als ob es nicht zu ihr gehören würde, oder sparen es gänzlich aus.

Diese *vermeidende Haltung* zeigt sich aber nicht nur in

Bezug auf das Thema Sucht, sondern als generelle Haltung dem Leben gegenüber. Dies drückt sich in verschiedenen Aspekten aus:

- Antworten bestehen meist aus Schlagwörtern, kaum Verben, Worthülsen.
- Innere Dialog ist nicht spürbar, er wird nicht vermittelt.
- Innere Auseinandersetzung ist nicht präsent.
- Kein Diskurs zu Zielen, Haltungen, Meinungen.
- Kaum Abwägen und in Verbindung bringen mit Erfahrungen[8].
- Keine Emotionale Beteiligung spürbar.
- Antwortende verliert sich, bleibt unklar.
- Antworten bilden eine nahezu undurchdringliche Oberfläche.
- Sie sind keine Einladung für den Zuhörer sich einzufühlen oder zu verstehen.
- Sie wehren den anderen damit ab, es macht den Menschen unnahbar.

Der Mensch hinter seiner Aussage **ist nicht greifbar.** Dies vermittelt sich in besonderem Maß dadurch, dass er selbst eigentlich nichts ergreift.

2. UMGANG MIT LEBEN – WUNSCHHALTUNG

Die Suchtpatienten vermitteln im Eingangsinterview also keine Auseinandersetzung mit Tatsachen und Erfahrungen, aber sie zeigen eine *Sehnsuchtshaltung,* der etwas monadenartiges einer in sich eingekapselten Haltung anhaftet. Diese Haltung langt weniger in eine zu erhoffende Verbindung und Nähe zur Welt hin, sondern bleibt in sich verhaftet. Es ist darin *keine Anziehung vom Leben selbst* spürbar. Sie ist nicht vom Leben und dem Lebenswert bewegt, dadurch ist auch keine zielgerichtete, wertorientierte, intentional gerichtete Motivation wach und spürbar. Diese Haltung sucht nicht nach mehr Lebendigkeit, sondern nach mehr Behaglichkeit. Sie entfaltet sich somit im eigentlichen Wortsinn als abwartende *Wunschhaltung,* die Angenehmes empfangen und darin verweilen möchte. Der Mensch in dieser Haltung macht sich nicht selbst auf den Weg, dafür ist die ausweichende und vermeidende Kraft offensichtlich zu stark.

Diese Wunschhaltung bei Suchtpatienten hat sich in unserer Untersuchung in folgenden *drei Ausprägungen* gezeigt:

1. Materielle Version

In der „materiellen Wunschhaltung“ beschreibt der Mensch, was er gerne hätte. Die *Wunscherfüllung geht auf ein HABEN* hin, auf ein zur Verfügung haben. So beschreibt z.B. Zoran, dass vielleicht Familie oder ein Geschäft in der Zukunft sein sollen, aber in der Art der Beschreibung werden keine Wege dahin, Erfahrungen, Projekt-Entwürfe entwickelt, sondern Ziele lediglich genannt. Sie wirken abgehoben in der Dimension der Idee, eher willkürlich. Obwohl darin immer auch etwas nahe Liegendes ist, sind diese Ziele nicht an ein Streben und eine Ausrichtung der Person angebunden.

2. Behagliche Version

Diese behagliche Seite der Wunschhaltung möchte im psychisch angenehmen verweilen, sie stellt sich eine Befindlichkeit des Wohlergehens vor und *möchte sich vom Fluss des Lebens tragen lassen,* von Mögen/Zuwendung etc., von Anderen, vom Außen generell.

Es werden Vorstellungen von abgehoben Idealen, von Idyllischem, Beschaulichem, und störungsfrei Angenehmem geschildert.

3. Fordernde Version

In dieser Haltung werden Forderungen (was als „ich will…, ich will…“ beschrieben wird) mit Härte als unumstößliche Ziele präsentiert. Begleitend schwingt auch eine selbstverständliche Forderung an sich selbst mit, dass es so sein soll, ungeachtet des Wie und des eigenen Könnens, *rücksichtslos,* abgehoben von sich selbst.

Am Beispiel von Petra wird diese Haltung deutlich: Sie will Unangenehmem aus dem Weg gehen. Sie ist nicht im Dialog mit sich und nicht im Dialog mit der Welt. Die Vorstellung geht dahin, dass die Erfüllung ihrer rigorosen Vorstellungen ihr ein schönes Leben gewähren würde und damit den Wechsel in die Behagliche Wunschhaltung.

Im ***Abschlussinterview*** wird sichtbar, dass im Aufbrechen der Wunschhaltungen folgende Haltungen erarbeitet wurden:

- Zur Erreichung des Wunschzieles braucht es einen realisierbaren Weg.
- Erkennen, dass das vorgestellte Ziel eine Illusion ist.
- Unterschied zwischen wollen und wünschen.
- Der Wunsch wird mit der Realität des Könnens ergänzt.
- Selbständigkeit und Strukturen sind wichtig.
- Erfahrung und Haltung, dass man andere braucht.
- Sich selbst näher sein in einer realistischeren Wahrnehmung.

3. UMGANG MIT AUSSEN – VERSCHLOSSENHEIT

Die vermeidende Haltung der Suchtpatienten gegenüber einer Auseinandersetzung lässt sie von außen als kaum erreichbar erscheinen. Von innen her gesehen vermitteln sie einen Wunsch nach malerischer, ungestörter Beschaulichkeit, also einem Trend zum angenehmen und idyllischen. Darin sind sie einer u.U. *störenden Außenwelt gegenüber verschlossen,* in sich gekehrt. Diese Beschränkung in eine *Binnenwelt ihrer Psyche* darf man sich aber nicht im Sinne einer introvertierten Erlebens- und Verarbeitungsweise reich vorstellen, sondern zeigt sich in dem was und wie sich die Studienteilnehmer mitteilen durchaus karg. Im existentiellen Blick fällt auf, dass das personale Authentische praktisch nicht präsent ist, außer in einem kurzen Aufblitzen beim Rückhalt in der Familie.

Hingegen zeigt sich im ***Abschlussinterview*** ein Aufbrechen dieser „Binnenhaftigkeit“. Das Außen kommt herein, indem der Mensch in eine Interaktion mit dem Anderen tritt. Dies zeigt sich in der Thematisierung

- des Könnens – Umgang wird zum Thema, Gewachsen-Sein dem Anderen,
- des Nicht-Könnens – eigene Grenzen wahrnehmen; was

[8] Ausnahme: Ein Rückhalt in der Familie (oder nahem Freund) ist bei fast allen Teilnehmern als emotional bewegende Erfahrung präsent und führt auch zu einer Einstellung, dass einem die Familie/Freund wichtig ist.

ist das, was ich kann,
- das Selbst und das Eigene gewinnt Gestalt und Bedeutung.
- Braucht jemanden als Halt.
- Braucht Führung.
- Trägt in sich Freude am Leben.

Durch diese Thematisierungen wird der *Blick auf sich und die Welt realistischer.* Es kommt zu einer Bezugnahme
- auf die eigene körperliche Verfassung,
- auf die Arbeitsfähigkeit,
- auf die nötigen finanziellen Mittel,
- auf die Notwendigkeit einer Strategie zur Abstinenz,
- und Wünsche als derzeit unrealisierbar akzeptieren.

In dieser gegen Ende des stationären Aufenthalts weniger verschlossenen Haltung der Suchtpatienten tritt die *Brüchigkeit der Persönlichkeitsstruktur* nun unverdeckt deutlich hervor, als Ergebnis der therapeutischen stationären Arbeit zeigt sich aber auch die gewachsene Fähigkeit, sich und der Situation eher standhalten zu können. Durch das Erfahren von aufgefangen sein, von Schutz und Raum, von Struktur und Gemeinschaft, wirken ihre *Lebensumstände aushaltbarer.*

Zusammenfassend ist in der qualitativen Untersuchung deutlich geworden, dass die Suchtpatienten in der Eingangsphase in ihrer Tiefe eine Ferne zum Leben vermitteln, sie erleben kaum eine Anziehung vom Leben selbst. Leben und Sein zieht sie nicht an in ein Mit-Gestalten und Entwickeln. Ihre Beziehung zum SEIN ist statisch, sie vermittelt die von Heidegger beschriebene *„tiefe Langeweile"* (siehe den Beitrag von E. Bauer in diesem Heft: 2015, 32). Die Ursachen, wie es zu einer solchen Haltung kommen kann, sind vielfältig und reichen von Traumatisierungen bis zur „Oberflächlichkeit". Diese Lebensferne/Langeweile wird neben dem Konsum von Suchtmitteln durch eine Wunschhaltung kompensiert. Im Unterschied dazu zeigt sich in der Abschlussphase des stationären Aufenthalts, dass Vorstellungen stark zurücktreten, es wird nicht mehr überbordend ausgemalt, wie es sein soll, sondern eine realistischere Wahrnehmung kommt zustande. Das Eigene zählt und eine Zukunftsausrichtung verbindet sich mit strategischer Planung. Und vor allem ist beim Abschlussinterview immer wieder eine *Freude am Leben* spürbar.

Die Aufgabe in und nach der Drogentherapie beschreibt ein Patient sehr treffend:

Was i denn mim Leaba tua?… jo…pf… schwierig … jo des isch eigentlich mi Problem, was i hab.[9]

Literatur:

Bauer E (2015) Verzweiflung im Selbst. Zu den tiefen existentialen Ursachen der Sucht. Existenzanalyse 2015, 32, 2, 29–35

Burtscher A (2010) Existentielle Lebensqualität im Bereich der stationären Suchtarbeit. Die Auswertung der Daten mit Hilfe des ELQ und des TEM exemplarisch an vier Patienten der Therapiestation Carina (Stiftung Maria Ebene) in Vorarlberg. Abschlussarbeit im Rahmen der Ausbildung zur Psychotherapeutin (Fachspezifikum Existenzanalyse)

Eckhardt P (2000) Skalen zur Erfassung existentieller Motivation, Selbstwert und Sinnerleben. Unveröff. Diss. Univ. Wien.

Görtz A (2003) Die Entwicklung eines psychotherapeutisch orientierten Diagnostikum zur Erfassung von Lebensqualität und seine Validierung an Suchtkranken. Unveröff. Diss. Univ. Wien

Längle S (2007) Phänomenologische Forschung in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 2007, 24, 2, 54–61

Längle S, Görtz A, Steinert K, Krempl Ch (2006) Was wäre ein gutes Lebens? Erste Ergebnisse einer Befragung von Inhaftierten. Existenzanalyse 2006, 23, 2, 64–68

Längle S (2015) Methode zur Praxis Hermeneutisch-Phänomenologischer Forschung. Existenzanalyse 2015, 32, 2, 64–70

Anschrift der Verfasserinnen:

Dr. Silvia Längle
Eduard Sueß Gasse 10
A – 1150 Wien
silvia.laengle@existenzanalyse.org

Dr. Astrid Görtz
Breitenfurter Straße 376/10/17
A – 1230 Wien
astrid.goertz@existenzanalyse.org

[9] Was ich dann mit meinem Leben anfange, das ist schwierig. Ja, das ist eigentlich mein Problem, das ich habe.

METHODE ZUR PRAXIS HERMENEUTISCH-PHÄNOMENOLOGISCHER FORSCHUNG

Silvia Längle

Qualitative Forschung ist ein genuines Anliegen der Existenzanalyse aufgrund ihrer Zentrierung um Person und essenzielle Lebensinhalte (Sinn). Neben einer kurzen Beschreibung der Basics dieser Forschung wird im Besonderen eine hermeneutisch orientierte Vorgehensweise aufgezeigt, mit der die Interview-Antworten sich als sinnvolle Lebensäußerung verstehen lassen. Die hier vorliegende Anleitung für Hermeneutisch-Phänomenologische Forschung orientiert sich an den klassischen philosophischen Schritten der Epoché in der Phänomenologie. Diese werden jeweils in Etappen eines psychischen Prozesses übersetzt. Dabei obliegt es dem Forscher nicht nur Vor-Wissen zurück zu stellen, sondern auch affektive Interpretationen und erfahrungsbezogene Interpretationen, um eine Phänomenologische Schau zu erreichen und das Wesentliche in der Aussage zur Darstellung zu bringen.

SCHLÜSSELWÖRTER: Hermeneutisch-Phänomenologische Forschung, qualitative Forschung, Phänomenologie, phänomenologische Methode

METHOD FOR HERMENEUTIC-PHENOMENOLOGICAL RESEARCH PRACTICE

Qualitative research is a genuine issue of Existential Analysis due to its centering on the person and essential contents of life (meaning). Aside from a short description of the basics of this research, a hermeneutically oriented approach is presented in particular, with which the responses in interviews can be understood as meaningful expressions of life. The instructions at hand for hermeneutic-phenomenological research are oriented towards the classical philosophical steps of Epoché in phenomenology. These are translated in each step into stages of a psychological process. It is for the researcher to not only put aside prior knowledge, but also affective interpretations and experience-based interpretations, in order to arrive at a phenomenological perception and delineate the essential in the statement.

KEYWORDS: hermeneutic-phenomenological research, qualitative research, phenomenology, phenomenological method

Vor rund zehn Jahren wurde in der GLE ein Forschungsprojekt zur phänomenologischen Forschung entwickelt, das seither in stetiger Erprobung war (vgl. Längle S 2007, Längle S et al. 2006) und im Rahmen der kontinuierlichen Weiterentwicklung zu einem methodischem Vorgehen ausgebaut wurde. Eine breite Anwendung konnte in einem Projekt mit der Langzeitsuchtstation Carina[1] in Feldkirch/Vorarlberg und unter Mitarbeit von Astrid Görtz und Kolleginnen und Kollegen der GLE im Abschlussstadium[2] erfolgen. Inhaltliche Ergebnisse dieser qualitativen Forschung zum Therapieeinfluss bei Suchtpatienten[3] wurden am diesjährigen Kongress der GLE in Salzburg vorgestellt (Längle S & Görtz 2015).

ZUR QUALITATIVEN FORSCHUNG

Mit der qualitativen Forschung soll das Verständnis von Zusammenhängen im menschlichen Tun (was bewegt den Menschen im Handeln, Reagieren, Erleben, Erwarten, Wünschen, Gestalten etc.) vertieft und differenziert werden. (vgl. Längle S 2007, 54) Es geht hier im Gegensatz zur quantitativen Forschung weniger darum, eine Gesetzmäßigkeit als Beziehung von im vornherein feststehenden Variablen im Forschungsprozess zu überprüfen. Der Forschungsmodus in der qualitativen Forschung ermöglicht primär ein Verstehen, und damit ein Erfassen der Motivation der befragten Personen. Grundsätzlich interessiert sich qualitative Forschung also für das Konkrete am Einzelfall, das Einzelne, in dem das Allgemeine ebenso auffindbar ist wie in anderen Forschungszugängen, aber im Einzelfall seine individuelle Ausprägung und Manifestation erhalten hat.

Gerade diese Individualität des Forschungsgegenstands und das in unserer Forschung gestellte Forschungsanliegen (Gestalt und Art von Beziehungsgestaltung – in den bisherigen Untersuchungen speziell zum Leben und den Lebensmöglichkeiten – wesenhaft zu erfassen und zu beschreiben) brauchen eine Untersuchungs-Methode mit möglichst ausgearbeiteter Vorurteilsfreiheit.

Die Phänomenologie versucht dieser hermeneutischen Aufgabe durch den Blick auf die Sache selbst zu entsprechen, also ohne Hinzunahme von Fremdwissen, Theorien, Interpretationen zu einem Verstehen zu gelangen, das die Sachlage aus dem subjektiven Eindruck heraus zu verstehen versucht und daher nur das nimmt, was sich der Wahrnehmung (der „Schau“) anbietet. In der Praxis bedeutet das einen großen Anspruch an Offenheit: Alles Erkannte und Verstandene ist nur vorläufig und gilt nur für die eine Person in diesem Moment. „Der Ansatzpunkt existenzanalytischer Forschung ebenso wie psychotherapeutischer Praxis ist bei dem, womit der Mensch unmittelbar konfrontiert ist (also bei der Aktualität, nicht bei der Geschichte) – was auch ganz

[1] Mit Unterstützung von Johannes Rauch und Elsbeth Kohler
[2] Unter Mitarbeit in Wien von Eva Berger, Lotte Gengler, Daniela Grabner, Stephanie Häfele, Margarete Hofmannsrichter, Claudia Meznik, Reinhard Möstl, Heidelinde Simon und in Lochau (Vorarlberg) von Annemarie Bitsche, Knut Fiedler, Gabi Greiner, Birgit Hinteregger, Christoph Köb, Annelies Linhart, Elisabeth Netzer
[3] Die verwendete Form soll immer für beiderlei Geschlecht gelten

in der Linie der existenzphilosophischen Tradition liegt, die sich dem jeweils Naheliegenden zuwandte […].“ (Längle A 2016, 50)

Der hier vorgestellte Zugang der *Hermeneutisch-Phänomenologischen Forschung* rückt den Aspekt der aus der Theorie der Phänomenologie geforderten Offenheit ins Zentrum der Arbeitsweise, aber auch des Kontextes, in dem diese Forschung steht, nämlich im Zusammenhang mit einer phänomenologischen Psychotherapie bzw. Beratung, wie sie die Existenzanalyse darstellt: „Das Wesentliche der Existenz ist nie das Festgelegte. Das Wesentliche ist immer neu zu suchen und zu realisieren. Das Wesentliche ist stets ein Werden im dialogischen Austausch mit der Welt und im inneren Gespräch mit sich selbst. Praktisch bedeutet dies das Einüben in eine voraussetzungslose Haltung der Offenheit (Epoché), um sich stets neu auf das Gegenüber in der Situation einlassen zu können. Für diesen Anspruch einer personal fundierten Existenz ist eine hermeneutische Phänomenologie die Methode der Wahl.“ (Längle A 2016, 49)

Durch die Ergebnisse einer solchen Forschungsweise erfährt auch eine bereits vorhandene z.B. anthropologische, psychotherapeutische Theorie Rückmeldungen aus der Beschreibung konkreter Erscheinungsweisen ihrer Modelle und dadurch auch Anschauung und Vertiefung des Verständnisses bzw. auch eine weitere Anreicherung in der Hypothesenbildung.

SETTING DER QUALITATIVEN FORSCHUNG

Die klassische Form der Qualitativen Forschung ist das Interview. Um das Interview auszuwerten ist jeweils eine Methodik zu wählen, die dem Forschungskontext gemäß das Berichtete inhaltlich zu analysieren versucht (vgl. dazu z.B. die Inhaltsanalyse nach Mayring 2007, Grounded Theory nach Strauss & Corbin 1996). In unserem Fall wird eine Hermeneutisch-Phänomenologische Vorgangsweise gewählt.

In der Interviewerhebung ist eine gute Kooperation zwischen befragter Person und fragendem Forscher entscheidend für das Ergebnis. Die befragte Person ist als gleichberechtigter Partner anzusehen und entsprechend ernst zu nehmen. Es braucht von ihr die Bereitschaft (Zustimmung) Auskunft zu geben, sich zu zeigen. Die Möglichkeit des Befragten zur Offenheit muss sichergestellt sein durch eine der Fragestellung angemessene Interview-Situation. Persönliche Fragen brauchen eine geschützte Situation und eine Atmosphäre des Vertrauens. Außerdem sollen die gestellten Fragen spontan beantwortbar sein. Die Antwortenden sind die Experten für die zu untersuchenden Fragen (Lamnek 2005, 14), sie geben Einblick in ihre subjektive Welt- und Lebenserfahrung. Wenn das Setting angemessen ist, kann von der Ernsthaftigkeit der gegebenen Antwort ausgegangen werden.

Die Phänomenologische Grundhaltung in dieser Qualitativen Forschung bedeutet in der Praxis, sich in eine fragende Offenheit dem Antwortenden gegenüber zu begeben. Dabei soll dem Subjektiven Raum gegeben werden, damit es in Form der Schilderung des eigenen Erlebens Ausdruck gewinnt. Als Forschende lässt man sich vom anderen berichten und dieses Wissen des Beforschten von sich ist ernst zu nehmen. Dabei kann das Wissen des Forschenden durchaus größer sein als das des Interviewpartners, mehr Übersicht haben und viele Einzelergebnisse kombinieren. Aber für den konkreten Einzelfall weiß ein Forscher weniger genau, weniger detailliert und nicht konkret, was der Inhalt ist und um was es diesem Menschen geht.

Ein qualitativer Forschungsprozess steht und fällt mit der Unvoreingenommenheit. Das heißt die Bereitschaft und Fähigkeit des Forschers Vorwissen, Voreingenommenheiten und Vorurteile zurück zu stellen ist wesentlich. Es gilt offen zu sein, um eine Äußerung zu verstehen, um zu verstehen, was der Andere einem mitteilen möchte und ihn in seinem Anliegen und Bemühen ernst zu nehmen. Es bedarf einer Skepsis gegenüber der eigenen Wahrnehmung und Interpretation dieser Daten. Möglichst unvoreingenommen sich seinem Forschungsgebiet zu nähern eröffnet in der qualitativen Forschung generell erst die Möglichkeit in den Forschungsprozess einzutreten.

Forschungsbeispiel

Ein Beispiel für eine solche Phänomenologische Forschung ist das *Carina-Projekt bei Suchtpatienten,* das seit 1996 durchgeführt wird. Sie wurde in der Form einer Prä-Post Studie durchgeführt, die neben psychologischer Testung auch eine qualitative Erhebung beinhaltet. Der Ausgangspunkt ist exploratorisch, um in späterer Folge zu einer Hypothesenbildung kommen zu können. (Längle S & Görtz 2015)

Das *Forschungs-Anliegen* war zu untersuchen, wie sich Existentialität (Lebensentwurf) und Beziehungsgestaltung (zum Leben, zu Lebensmöglichkeiten) durch eine stationäre Behandlung verändern. Als *Forschungs-Fragestellung* sollte das existentielle Grundverständnis von „gutem Leben“ erhoben werden. Diese Fragestellung wurde entlang der Grunddimensionen der Existenz (GM) aufgetrennt und jede einzelne Dimension angefragt. Abschließend ging es auch noch um die Fragestellung, ob existenzanalytische Psychotherapie gerade in diesem Bereich der Existentialität der Personen eine erkennbare Wirkung hat.

Konkret wurden in knapp gehaltenen, leicht gestützten Interviews den Patienten diese, von A. Görtz (Görtz 2003) formulierten Fragen, die auf zentralen Themen der existenzanalytischen Anthropologie basieren (Längle A 2016), vorgegeben und akustisch aufgezeichnet.

Die konkreten *Fragen:*

1. Was bedeutet für Sie ein gutes Leben? (Existentielle Haltung, PEA mit Eindruck, Stellungnahme, Ausdruck)
2. Worauf können Sie in Ihrem Leben bauen? (1. GM – Realismus, Eigenaktivität/Können, Halt/Boden, Verlässliches)
3. Was ist Ihnen das Wertvollste/Wichtigste im Leben? (2. GM – Wertwahrnehmung)
4. Sind Sie zufrieden mit sich und weshalb? (3. GM – Eigenes Leben)
5. Wie möchten Sie Ihr Leben in der Zukunft gestalten? (4. GM – Abstimmung auf Situation)
6. Was hat Ihnen in der „Einrichtung“ gut getan? (Bei Abschlussvorgabe)

METHODISCHE SCHRITTE DER HERMENEUTISCH-PHÄNOMENOLOGISCHEN ANALYSE

Erste Etappe: BEOBACHTUNGSEBENE

Der Eintrittsbereich in die hermeneutisch-phänomenologische Analyse ist das Sichten des Materials, an dem sich die phänomenologische Schau ausrichtet. Man geht davon aus, dass sich in einer ernsthaften Interview-Antwort Wesentliches von der Erlebnisweise, von Einstellungen und Haltungen der Person abbildet.

Sowohl Inhalt als auch Art und Weise des Ausdrucks geben Aufschluss über die subjektive Welt- und Lebens-Erfahrung des Befragten. Dieser Inhalt wird einerseits als vom „Objekt" dargebotenes Material gewonnen (Inhalte und die Art des Ausdrucks), andererseits beim Forscher als das eigene subjektive Erleben in Anbetracht des Gehörten erhoben. Dieser erste Schritt der Materialsammlung hat also eine Objekt- und eine Subjektseite. Die *Materialsuche* auf den beiden Ebenen ist zudem:

1. Deskriptiv an den berichteten *Inhalten/Fakten,* die das *Was* erfassen, und
2. den *Ausdruck* beschreibend (objekthaft) und hebend (subjekthaft), der das *Wie* erfasst.

Was der Forscher hier einfühlend und nachvollziehend entdeckt, ist das ihm Gegebene ohne den Anspruch, es schon verstehen zu sollen bzw. erklären und in Zusammenhänge geben zu wollen. Er sammelt lediglich das Vorliegende.

1. Deskription der Inhalte/Fakten mit erster Epoché

Die Durchführung der Auswertung beginnt mit einem ersten Abhören der Antworten von der Audioaufzeichnung (bzw. Lesen der Transkription) unter der Frage: Was sind die Fakten?

Die Antworten enthalten eine natürliche Strukturierung in sprachliche „Sinneinheiten". Dabei nimmt der Forscher eine Einstellung ein, die sich von der theoretischen Welt (mit Erwartungen, Vermutungen, eigener Antwort auf die Frage) zur *Lebenswelt des Befragten* hin ausrichtet.

Für diesen Schritt muss der Forscher eine **erste Epoché** zur Anwendung bringen: Sie besteht im schon genannten Ausblenden von allem Vorwissen und von Vor-Urteilen beim Forscher, um die Wahrnehmungsperspektive möglichst offen und wendig zu halten und möglichst keine thematischen Ausblendungen vorzunehmen, was darauf hinausläuft, **auf der Sachebene keine Interpretationen** und Wertungen vorzunehmen. Damit wird eine Beschreibung der Situation erhalten, die lediglich in der Entgegennahme der *Inhalte als für sich stehende „Fakten"* in einer „natürlichen Einstellung" (Lamnek 2005, 51) besteht, wobei der Forscher wie ein Neuling in die Welt des Befragten schaut, offen und bereit angesprochen zu werden, aber ohne sie schon zu verstehen. Die eingenommene Haltung drückt aus: „So also beschreibt der Studienteilnehmer seine Situation, das sind seine Fakten, Statements, Erfahrungen." In diesem Schritt sind es vor allem die *Substantiva und Verben,* die auf Sachverhalte/Inhalte verweisen. Das Aufgezählte besteht aus Teilen, die sich noch nicht zu einem Gesamten fügen. Das soll in diesem Schritt auch so bleiben. Es ist als Unverstandenes hinzunehmen. Man soll auch nicht versuchen, es zu erklären. Die Aufgabe ist lediglich das Entnehmen und Sammeln von Inhalten aus dem Berichteten.

2. Beschreibung der Ausdrucksweise

Die *Wahrnehmung* des ersten Schrittes *wird nun weiter geführt:* In einem zweiten Abhören der Antwort bzw. Lesen der Transkription, geht es um die Ausdrucksweise des Befragten: *Wie* beschreibt er seine Inhalte, wie spricht er? Also neben dem Sammeln der Inhalts-Fakten braucht es nun auch ein Ernstnehmen der Artikulation, die auch eine wichtige Information darstellt, die keinesfalls einfach übergangen werden darf. Es handelt sich um eine erneute *Öffnung* für die Lebenswelt des Befragten, mit spezieller Beachtung seiner Ausdruckweise im Vollzug des Beschreibens. Denn das Sprechen enthält neben der sachlichen Aussage auch in der Ausdrucksweise Informationen und transportiert vorwiegend im Wie des Sprechens emotionale Aussagen, die viel über die Beziehung der Person zu den Inhalten sagt.

In der Untersuchung der Ausdrucksweise richtet sich die Aufmerksamkeit auf die *Modalität der Verben und Füllwörter (Zwischenwörter) und auf den expressiven Aspekt als dem komplementären Material zur kognitiven Information der Aussage.* Eine Fülle von Aspekten gilt es wahrzunehmen, u.a.: Welche Art von Verben wird verwendet (statische, dynamische), wird Konjunktiv verwendet? Werden Füllwörter bzw. Zwischenwörter verwendet, wie oft kommen sie vor? Wie ist die Grammatik bzw. der Satzbau? Sind die Sätze überschaubar, klar, ist dahinter ein klarer Gedanke zu erkennen oder sind sie schwer verständlich? Werden Adjektive verwendet, zeigen sich Übertreibungen, Banalisierungen? Wie ist der Gesprächsverlauf und die Dynamik des Gesprächs (z.B. Pausen), sowie Tonfall, Stimme? Beziehen sich die Inhalte auf Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft? Kann die Person mit der Frage etwas anfangen, oder wird sie eher abgelehnt?

Summativ steht der Forscher in der Frage: Was vermittelt die befragte Person indirekt, also nicht wörtlich, sondern in der Art des Sprechens? Dieser Schritt ist ein akribisches Sammeln und Beschreiben der empathischen Wahrnehmung seiner Ausdrucksweise in der Interviewantwort als Material, ohne es in einen wertenden Zusammenhang zum Befragten zu geben und ohne es schon verstehen zu wollen.

Um es nochmals zu wiederholen: Das in diesen beiden Schritten Wahrgenommene wird als Gegebenes einfach einmal hingenommen, ohne es zu interpretieren: Es ist und es ist so, wie es ist.

3. Heben des Eindrucks

Inmitten dieser noch ungeordneten Fülle an Material ist es angezeigt sich als nächstes dem *subjektiven Eindruck des Forschers zuzuwenden.* Das vom Studienteilnehmer Gehörte berührt den Forscher in seiner Offenheit auch als Mensch und erzeugt so einen Eindruck, gerade weil er eine sachliche Interpretation bzw. kognitive Reflexion und Meinungsbildung beiseite stellt.

In einem dritten Abhören der Antwort bzw. Lesen der Transkription unter dem Motto: Wie wirkt es auf mich als Zuhörender? wird dem *Empfinden im Forscher* Raum gege-

ben. Dabei soll ganz offen, unsortiert, unzensiert, dem Deutlichen und dem noch Unklaren, dem heftig Bewegenden und dem Beiläufigen nachgegangen werden. Es geht um Affekte, Reaktionen, Impulse, Emotionen, also Gefühle und Gedanken insgesamt, die sich im Forscher rühren. Anleitende Fragen sind: „Wie berührt mich das Gesagte insgesamt, wie wirkt es auf mich? Welches Gefühl bekomme ich dabei, wie geht es mir damit? Was würde ich am liebsten tun (spontaner Impuls)?"

Der Forscher öffnet in sich einen Resonanzraum für das Wahrgenommene. Die aufnehmende Aufmerksamkeit wendet sich dabei also ganz *der eigenen inneren Resonanz* auf die Antwort des Befragten, auf den Ausdruck der Stimme, den Gesprächsverlauf bzw. der Gesprächsdynamik zu, und man achtet auf Bilder, die in einem entstehen. Die eigene Emotionalität geht dabei mit, und das *Erleben wird als emotionaler Eindruck gehoben.*

Es braucht dabei einen Mut zur Unreinheit, d.h. man lässt die Bilder in sich entstehen, aber macht keine Interpretation. Der Forscher als wahrnehmendes Eigenes gesellt sich zum wahrgenommenen Inhalt dazu.

In diesen drei Schritten wurde **Material (objektives und subjektives)** ausgehoben **ohne es rational (am Wissen) zu messen und mithilfe von anderem Wissen zu interpretieren.** Der Forscher hält sich in seiner Meinung und Beurteilung zum Gehörten bestmöglich in einer Latenz, er muss dabei bei sich selbst ein Erleben von vorläufiger Unsicherheit und Unklarheit aushalten. Er ist aber auch dem Anspruch enthoben von sich zu erwarten, das Gehörte sofort zu durchschauen und zu erkennen, worum es sich handelt. Diese Latenz kann vom Forscher wahrscheinlich nur gehalten werden, wenn er davon ausgeht in seiner Forschung auch auf etwas zu stoßen, das ihn über das Bekannte hinaus ansprechen könnte (vgl. dazu Gadamer 1990, 304).

Um die Epoché zu halten bzw. weiter voran zu treiben ist als nächstes vom Forscher die Berücksichtigung seiner eigenen Geschichtlichkeit gefragt. Das führt zum nächsten Schritt.

Zweite Etappe: ERKENNTNISEBENE

Die Aufgabe des Forschers in dieser zweiten Etappe ist es, nicht mehr nur hinnehmend zu entdecken, zu beobachten und zu sammeln, sondern das Beobachtete in sich zu bearbeiten.

Das Beobachtete gilt es kritisch und in hermeneutischer Anbindung an ein grundsätzliches immer schon Verstehen-Können einer sprachlichen Mitteilung zu erwägen, ohne dass man nur das sucht, was man vermutet oder sich von der Aussage des Probanden einnehmen lässt, ihr blindlings folgt. Dafür muss der Forscher in sich selbst der Mitteilung des Anderen Raum geben, damit das Gegenüber durch seine Äußerungen, wie sie in den bisherigen Schritten festgemacht wurden, in Erscheinung treten kann.

Dabei soll aus dem anfänglichen Befremden eine Offenheit entstehen, die zu einem Verstehen des anderen in seiner existenziellen Seins-Bezogenheit führt. Darin vollzieht sich der Schritt von der natürlichen zur phänomenologischen Einstellung.

Wenn der eigene subjektive Eindruck dem Objekt entspricht, spiegelt sich im ganz persönlichen des Anderen etwas Grundsätzliches, über die eigene situative Erfahrungswelt des Forschers Hinausgehendes. Dies eröffnet der Intuition eine Wesensschau.

Die Schritte im Einzelnen sind:

4. Epoché einer affektiven Interpretation

Der Forscher wendet sich nun seiner *eigenen Geschichtlichkeit* zu. Dies hat sich in einer Form bewährt, die sich hier unmittelbar anbietet: Ausgehend von dem im vorigen Punkt (3. Heben des Eindrucks) gehobenem subjektiven emotionalem Eindruck im Erleben, wie das Gesagte den Forscher selbst berührt, gilt es zu trennen, ob das Erlebte sich mehr auf die eigene Erlebensgeschichte (Biographie) bezieht, oder wirklich eine Wahrnehmung der befragten Person ist. In dieser Analyse der Erlebensqualitäten braucht es zum Bergen des von der befragten Person vermittelten Eindrucks notwendig *eine Selbstdistanzierung von eigenen Vorerfahrungen und Verfassungen* in einer selbstkritischen Haltung, wie sie z.B. in einer existentiell-phänomenologischen Selbsterfahrung erarbeitet wird. Dies ist eine Fähigkeit, die neben der Phänomenologischen Haltung vom Forscher miteinzubringen ist.

Dies führt in eine **zweite Epoché, die Vermeidung einer affektiven Interpretation.**

Die konkrete Vorgangsweise besteht darin, das gesammelte Material von Schritt drei (s.o.), dem Heben des Eindrucks, zu sichten und zu reduzieren auf das, was der zweiten Epoché, der Zurückstellung von affektiven Interpretationen, standhält. Es wird also bei den gesammelten Reaktionen und Gefühlen nachgefragt: Wie kommt man zu diesem Eindruck? Aus den eigenen Vorerfahrungen? Oder ist darin wirklich etwas vom anderen erfasst? Es soll das als Forschungsmaterial bleiben, *was einen wirklich und eindeutig vom anderen erreicht hat.* Und eigene Vorerfahrungen und Verfassungen werden zurückgestellt und für die gegenständliche Erforschung verworfen.

5. Heben des Phänomenalen Gehalts

Diese zweite Epoché (die der affektiven Interpretation) bringt eine weitere Annäherung an eine phänomenologische Haltung und ermöglicht *die Phänomenologische Reduktion zu vollziehen.* Wir haben *als Voraussetzung bisher erreicht,* dass in der Beziehung zwischen dem Forscher und der zu bearbeitenden Interview-Antwort durch die bisherigen Schritte ein impulsives, rasches, naheliegendes, voreiliges „Verstehen" („ich weiß eh schon Bescheid") und Erklären abgebaut ist: Einerseits wurde eine sich am (Vor-)Wissen messende Einschätzung und Interpretation (erste Epoché) ausgesetzt, ebenso eine affektive Reaktion und sich am emotionalen Impuls messende Wertung und Akzeptanz bzw. Ablehnung (zweite Epoché). Der Blick wird dadurch nüchterner, sachlicher, von im Denken und im Gefühl verhafteten Eigeninteressen bzw. Absichten gelöst. Dieses disziplinierte und an der eigenen Selbsterfahrung geschulte Vorgehen ermöglicht *eine gelassene und ruhig interessierte Haltung, die sich der Antwort des Studienteilnehmers mit zunehmender Offenheit zuwendet.*

Im konkreten *Heben des Phänomenalen Gehalts der Interviewantwort* gilt es also, das bisher gesammelte Material (aus den Arbeitsschritten 1, 2 und 4) zusammen zu fügen und die Information dieser angereicherten Interviewantwort zu sichten. Die notwendige Suspension von Vorwissen (sachlichem und emotionalem) sollte an dieser Stelle gelungen sein und somit der Forschungsgegenstand (die Interviewantwort) *als PHÄNOMEN* vor dem Forscher stehen, *als Sich-Zeigendes.* „Heidegger übersetzt phainomenon mit ‚das, was sich zeigt'. Alles, was *sich* zeigt, ist Phänomen und soll in seiner Eigenart, d.h. ‚so wie es sich von ihm selbst her zeigt', erfasst werden." (Vetter 2007, 6) Darin, betont Vetter (ibid.), und verweist auf Heidegger (Heidegger GA 2/1977, 46), liege auch „eine methodische Anweisung: ‚Das was sich zeigt, so wie es sich von ihm selbst her zeigt, sehen lassen. Das ist der formale Sinn der Forschung, die sich den Namen Phänomenologie gibt.' " Oder wie es Husserl als Maxime der Phänomenologie formuliert „Zu den Sachen selbst!" (Husserl 1950, 42)

Unter der Frage „Was sagt mir die Antwort?" ist der Forscher Empfangender, Entgegennehmender dessen, was sich zeigt. Das sich Zeigende in der Antwort des Interviews sehen lassen, heißt praktisch es auf der Basis der Begriffe zu beschreiben, die diese Antwort ohne interpretierende oder abstrahierende Zuhilfenahme aus sich heraus zeigt, immer schon verstehbar aus der beschriebenen Welt, aus dem In-der-Welt-sein (Heidegger), aus dem immer schon mit der Welt vertraut sein (vgl. Vetter 2007, 7). Dabei entfaltet sich eine *Sachbeschreibung, die die ganz persönliche Antwort des Probanden verstehbar macht,* sie in seinen persönlichen lebensweltlichen Kontext einbettet, und darin das generell Gültige als Erlebensweise deutlich macht, im Fall der vorliegenden Forschung ein individueller Zugang zur Lebensbeziehung bzw. Lebenshaltung.

6. Eidetische Reduktion[4] und Wesensschau

Ausgehend von der phänomenologischen Beschreibung des Sachverhaltes, wendet sich der Forscher innerlich der interviewten Person zu mit der vom Beginn an intendierten Frage: *Was bewegt diesen Menschen in Bezug auf das Erfragte?*

Der nun nötige Schritt besteht darin, die gegebene Aussage als Ausdruck, als Offenlegung der Person, die sie tätigt, zu erkennen. Hinter der Ernsthaftigkeit der Aussage steht eine Person in ihrer Art, in ihrem Wesen; die Frage selbst gibt lediglich einen konkreten Anlass und ein Thema vor.

Dabei gilt es eine letzte Epoché zu leisten, die **dritte Epoché, in der eigene Lebenserfahrungen und erfahrungsbezogene Haltungen** zu der gestellten Frage (z.B. Was ist für sie ein gutes Leben?) **zurückgestellt werden.** Diese auf der Basis von Erfahrungen eingenommenen Haltungen begründen zwar teilweise die Identität des Selbst im Forscher, sie sind unabdingbar für das In-der-Welt-Sein des Forschers, genauso wie Vorwissen für das Erkennen können und emotionale Gestimmtheit für die Wert-Orientierung im Alltag, dennoch müssen diese stabilisierenden Alltagsvoraussetzungen in der erhöhten Offenheit der Phänomenologie ausgesetzt und als Erkenntnis- bzw. Orientierungshilfe zurückgestellt werden. Der Forscher stellt das für ihn „sicher" Gewordene zurück, um für das Wesen eines Anderen offen sein zu können und vollzieht die *Eidetische Reduktion.* Der Forscher setzt sich, selbst zwar gegründet in der eigenen Wesenhaftigkeit, in seiner Offenheit einer „Schau" aus, einer *Wesensschau* – in der Offenheit für den Anderen.

Also von der phänomenologischen Fassung der Aussage des Befragten ausgehend gilt es nun zu verstehen und zu beschreiben, was der Befragte über sich und über das, was ihm bei sich und für sein Leben wichtig ist, sagt. Er teilt dabei von sich mit *was* ihm wichtig ist, was ihn bewegt, *wozu* er sich stellt und vor allem, *wie* er sich dazu stellt.

Darin zeigt der Proband Fakten und Inhalte aus seinem Leben, aber er zeigt auch, als wen oder was er sich in seinem Leben und in seinem Wesen versteht. Dieses Wesentliche zu beschreiben heißt die Person in ihrer Lebenssicht und Lebenshaltung ernst zu nehmen, und als ihren Lebenszugang oder Lebensentwurf zu verstehen. Im Verstehen vernimmt er, was den Anderen bewegt. Im Verstehen wird der Andere beredt und nah. Im Verstehen schließt der Forscher die Schau auf den Anderen ab.

Die Synthese des im Forschungsprozess gehobenen **zu einer wesentlichen Aussage,** zur Artikulation von so Gemeintem, findet im Forscher statt[5]. Aus dem Phänomen als Mitteilung von etwas konkret Seiendem, das nicht man selbst ist, das aber in der Schau im Fühlen und Denkerleben des Forschers bewusst wird, eröffnet sich der Sinn der Interview-Aussage. Die Aussage wird als ein Welt- und Lebenszugang der sich mitteilenden Person, als eine grundsätzlich mögliche Lebenshaltung entgegen genommen und verstanden.

Wir haben also als Ergebnis eine Beschreibung der Antwort auf die gestellten Fragen, die die Originalantwort in eine konkrete Alltagssprache einbettet und dabei die „Lebenswelt" der befragten Person deutlicher und artikulierter zugänglich macht. Und zugleich stellt die vorliegende Deskription als Resultat der hermeneutisch-phänomenologischen Analyse eine grundsätzliche Aussage dar, die man als real existierende Lebensausrichtung und Lebenshaltung verstehen kann. So verknüpft ein solches Endergebnis der Analyse die subjektive Innensicht des Befragten mit einer allgemein verstehbaren, objektivierten Sicht auf die Lebensäußerung der Person. Die Art der Sicht in der Wesensschau (Eidetischen Reduktion) ist eine verstehende und wertschätzende der anderen Person.

[4] Eidos = Wesen

[5] Jetzt sind nur noch die Bewusstseinsakte selbst Gegenstand der Betrachtung. Die Existenz des Gegenstandes wird „transzendiert". Was übrigbleibt, ist die „absolute Seinsregion des Bewusstseins" selbst. Mit dieser *eidetischen Reduktion* gelingt eine Wesensschau, die uns zeigt, wie sich die Welt im Bewusstsein konstituiert.

Dritte Etappe: ÜBERPRÜFUNG und SCHLUSS-FOLGERUNGEN

7. Kritische Überprüfung

In der Anforderung nach wissenschaftlicher Nachvollziehbarkeit und Wiederholbarkeit des Ergebnisses gilt es diese Wesensschau im Sinne einer phänomenologischen „Messgenauigkeit" zu überprüfen: Wo/wie zeigt sich der hinterlassene Wesens-Eindruck im Ausgangs-Text?

Man stellt also im Forschungsprozess das erhaltene Bild dessen, was der Person im Zusammenhang mit der Fragestellung und ihrer aktuellen Situation wichtig ist, wieder in Frage: Könnte sie es auch anders gemeint haben? Man geht wieder zurück zu den Formulierungen des Interviews und überprüft ihre Stimmigkeit und beachtet Ungereimtheiten, eventuell ausgelassene Inhalte, und die Reihenfolge der Themen, auch sie geben in der Regel Auskunft über Prioritäten.

Falls die Analyse unzutreffend ist, wäre sie mit erhöhter Aufmerksamkeit zu wiederholen.

Besonderes Augenmerk ist im gesamten Prozess sowie in der „Wesensbeschreibung" darauf zu richten, dass man als Forscher *in einer unmittelbar beschreibenden Sprache* bleibt und *nicht zu theoretischen Begriffen und Abstraktionen greift,* da sie sich über die konkrete Erfahrung erheben und damit „sprechende" Einzelinformation verloren geht. Z.B. wurden in unseren Untersuchungen von praktisch allen Befragten in der Art der Antwort sogenannte „Wunschhaltungen" dem Leben gegenüber eingebracht. In der Zuordnung der befragten Person zu diesem abstrahierten Begriff können wir aber nicht in eine Wesensschau kommen, da sie gleichzeitig zur Abstraktion auch eine Kategorisierung darstellt, die immer auch eine Wertung beinhaltet. Es ist dann eben eine Zuordnung. Dadurch erschwert oder verunmöglicht man sich die phänomenologische Neutralität und Gelassenheit in der Schau. Wert gesehen zu werden ist das persönlich Konkrete (auch z.B. in einer Wunschhaltung, wobei sie beim Prozess als Kategorie in den Hintergrund tritt), das von diesem individuellem Menschen Erzählte hat Bedeutung, nur damit erschließt sich der Sinn seiner Haltung und Gestaltung, nur darin zeigt sich Wesentliches als das Konstituierende dieses Menschen, und damit des Menschen generell.

Es fügt sich letztendlich die erhaltene phänomenologische Wesens-Beschreibung zu einem lebendigen Bild, mit der intuitiven Sicherheit in der Aussage eine wesentliche Äußerung der befragten Person in Bezug auf die Frage erfasst zu haben.

Es ist in der Phänomenologischen Forschung (bei weniger komplexen Fragestellungen) auch üblich, das Ergebnis der befragten Person als Co-Forscher nochmals vorzulegen, inwiefern er sich darin wiedergegeben findet (vgl. Moustakas 1994, 110).

8. Integration in die Theorie

In einem eigenen *vom hermeneutisch-phänomenologischen Verstehen abgesetzten Schritt* geht es um eine Integration, ein Zusammenführen des sichtbar Gewordenen mit der Struktur eines psychotherapeutischen Theoriemodells.

Dies kann nun ein Verstehen in einem größeren theoretischen Zusammenhang – in der Existenzanalyse mit den Grundmotivationen und dem Personmodell/PEA – ermöglichen und zu einer Beschreibung in theoretischen Termini führen wie z.B. einer Diagnose. Die Theorieverbindung stellt notwendig eine Beurteilung der Inhalte dar.

Ein solches Zusammenführen bildet den vorläufigen Abschluss im Forschungsprozess, wobei die Phänomenologie weniger als eine Verifikation von bestehenden Modellen oder Theorien zu verstehen ist, sondern immer eine vertiefende Explikation darstellt und hypothesenbildend sein kann. Die Theorie gewinnt beispielsweise an Anschaulichkeit, an Details in der konkreten Ausprägung des Einzelfalls (z.B. dem Verstehen der Person in ihrer Motivation).

9. Grundlage für weiteres Handeln

Aus dem gewonnenen theoretischen Gesamtverständnis sind weitere Schlussfolgerungen möglich:

- Antizipation für Therapieprozess: hier geht es um Indikation und das weitere therapeutische Vorgehen
- Mögliche Entwicklungen und Veränderungen, die die befragte Person betreffen
- Rückschluss auf Theorienbildung.

Resümee

Der phänomenologische Prozess verläuft in sechs Schritten beginnend bei einzelnen inhaltlich-sprachlichen Sinneinheiten und in Berücksichtigung der Komplexität des sprachlichen Ausdrucks über die nonverbalen emotionalen Aspekte, in eine gelassen-nüchterne Schau auf das sich im Phänomen Zeigende, und dem Verstehen des darin zum Ausdruck gebrachten Wesentlichen.

Die Zwischenschritte der phänomenologischen Epoché, die ein selbstkritisches Vorgehen darstellen, geben Sicherheit auf einem verstehenden Weg zu sein und sich nicht in Täuschungen und Spekulationen zu verlieren. Die essentiellen Epoché-Schritte betreffen die Tatsachen-Interpretation, die affektive Interpretation und die erfahrungsbezogene Interpretation. Sie beschreiben die psychische Umsetzung der philosophisch eingeforderten Schritte der Epoché des Vorwissens, der phänomenologischen Reduktion und der eidetischen Reduktion.

Diesen phänomenologischen Schritten können sich durch die Integration des Ergebnisses in eine Theorie dann weiterführende anschließen.

Literatur:

Gadamer H-G (1990) Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophischen Hermeneutik. Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck) 6°

Görtz A (2003) Die Entwicklung eines psychotherapeutisch orientierten Diagnostikums zur Erfassung von Lebensqualität und seine Validierung an Suchtkranken. Unveröff. Diss. Univ. Wien

Heidegger M (1977) Sein und Zeit. Martin-Heidegger-Gesamtausgabe Band 2; Frankfurt aM: Klostermann

Husserl E (1950) Ideen zu einer Phänomenologie und phänomenologischen

Philosophie I. Husserliana III. Haag: Nijhoff
Lamnek S (2005) Qualitative Sozialforschung, Lehrbuch. Weinheim, Baden: Beltz PVU 4°
Längle A (2016) Existenzanalyse. Existentielle Zugänge der Psychotherapie. Wien: Facultas
Längle S (2007) Phänomenologische Forschung in der Existenzanalyse. Existenzanalyse 24, 2, 54–61
Längle S, Görtz A (2015) Lebensqualität vor und nach stationärer Suchttherapie. Quantitative und qualitative Forschungsergebnisse im Vergleich. Existenzanalyse 32, 2, 51–63
Längle S, Görtz A, Steinert K, Krempl C (2006) Was wäre ein gutes Lebens? Erste Ergebnisse einer Befragung von Inhaftierten. Existenzanalyse 23, 2, 64–68
Mayring P (2007) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz – UTB, 9°
Moustakas C (1994) Phenomenological Research Methods. London: Sage Publications
Strauss A, Corbin J (Hg) (1996) Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz PVU
Vetter H (2007) Was ist Phänomenologie? In: Existenzanalyse 24, 2, 4–10

Anschrift der Verfasserin:
Dr. Silvia Längle
Eduard Suess Gasse 10
A – 1150 Wien
0699 123 80 225
silvia@laengle.info

NEU SEIT JÄNNER 2015

Besuchen Sie unsere eigene Homepage für die Zeitschrift EXISTENZANALYSE

WWW.EXISTENZANALYSE.NET

MIT INFOS ZUR ZEITSCHRIFT

Inhalt der letzten Hefte – Abstracts der letzten Hefte,
Stichwortverzeichnis – Autorenverzeichnis
Archiv früherer Ausgaben, Forschung – eigenes Archiv
Redaktion, Wissenschaftlicher Beirat, Hinweise für Autoren

NEU: ONLINE-ABONNEMENT

Bestellung von Abonnement und Einzelheften in Druckversion und/oder Onlineversion

INNERE LEERE UND SUCHT

Elsbeth Kohler, Johannes Rauch

Innere Leere steht im Zusammenhang mit Selbstbejahung und dem Bezug zur eigenen Person. Die innere Leere kann sehr schmerzlich empfunden werden. Suchtmittel und Suchtverhalten können diesen Schmerz lindern oder davon ablenken. Suchtmittel können jedoch auch einen besseren Zugang zu sich selber bewirken, wenn beispielsweise Angst oder Aggression reguliert wird und dadurch die Person freier wird. In der Abhängigkeit wird die innere Leere jedoch verstärkt, da durch das Scheitern in Beziehungen, am Arbeitsplatz etc. die eigene Selbstentwertung und Selbstentfremdung verstärkt wird. Die Arbeit an einer positiven Beziehungsaufnahme zu sich selbst und die Behandlung der Sucht geschehen parallel.

SCHLÜSSELWÖRTER: Innere Leere, Selbstentfremdung, Sucht

INNER EMPTINESS AND ADDICTION

Inner emptiness is connected to self-affirmation and the relation to one's own person. Inner emptiness can be felt as extremely painful. Addictive substances and addictive behavior can relieve this pain or distract from it. However, addictive substances can also render better access towards oneself if for example anxiety or aggression is regulated and the person therefore becomes freer. But in dependency inner emptiness increases since failure in relationships, at work etc. amplifies self-devaluation and self-estrangement. Work on developing a positive relationship to oneself and the treatment of addiction take place in parallel.

KEYWORDS: inner emptiness, self-estrangement, addiction

VERSTÄNDNIS DER INNEREN LEERE

Chronische Gefühle innerer Leere werden im ICD 10 als Kriterium der Borderline Persönlichkeitsstörungen beobachtbar. In der Therapiestation Carina, das ist eine stationäre psychotherapeutische Einrichtung zur Behandlung von Menschen mit Persönlichkeitsstörungen und Suchtproblematik, haben wir uns von Patienten das subjektive Erleben der inneren Leere beschreiben lassen.

Ich bin im Kopf. Ich hänge in der Luft. Ich spüre nichts im Körper. Es macht mir Angst und ist höchst unangenehm. Ich krieg eine enorme Spannung. Wenn ich esse, (Anna hat Bulimie) wird es warm im Bauch, das ist total gut. (Anna)

Nur ich – das ist Vakuum. Nur ich, das ist nichts. Ich bin wie nichts. Dann kommt eine tiefe Angst. Alkohol beruhigt mich augenblicklich. Alkohol ist mein Freund. Jemand ist da. Es geht mir dann gut. Ich habe nichts anderes dagegen zu setzen. Fernsehen wirkt nicht. Alkohol ist wie ein Lavendelbad. Im Kopf werde ich ruhig und im Körper spüre ich mich. (Karin)

Nadin bestätigt Karins Aussagen.
Mir geht es genauso. Ich bin nichts, ich bin gar nichts, ich bin soo nichts. Alkohol macht mich ruhig, gibt mir ein warmes Gefühl in der Brust. (Nadin)

Im Brustbereich habe ich ein dumpfes Gefühl. Es fühlt sich an wie eine Eiterbeule. Ich möchte sie ausdrücken, aber ich traue mich nicht, drauf zu drücken. Mit Heroin löst sich die Beule auf und es wird leicht und ich fühle mich in mir geborgen. (Marian)

Ich spüre die Beine brennen. Es zieht sich von dort aus über den ganzen Körper. Das ist nicht auszuhalten Mit Tramal hört das Brennen auf. Ich fühle mich entspannt. (Gerhard)

Ich spüre mich nicht körperlich. Bin wie Luft. Reagiere ganz panisch, wenn ich alleine bin und diesen Zustand wahrnehme. Ich werde hektisch, renne von einer Ecke in die andere und versuche mich abzulenken. Alkohol macht es warm in der Brust und beruhigt. Beim Essen (Bulimie) habe ich eine ganz tolle Wärme im Bauch, aber leider nur ganz kurz. (Marie)

Verbunden mit dem Gefühl der inneren Leere ist in der Regel eine körperliche Anspannung, ein Spannungszustand, dem keine Gefühlslage zuordenbar ist. Die Denkfunktionen sind beeinträchtigt. Weil es zudem eine große Distanz zum eigenen Erleben gibt, können externe und interne Informationen nicht zur Lösung der Probleme eingesetzt werden. Oft tritt die innere Leere im Zusammenhang mit dem Alleinsein auf. Das bedeutet, dass dem betroffenen Menschen die Möglichkeit fehlt, diesen Zustand internal zu regulieren. Den Betroffenen fehlen die Handlungsmöglichkeiten zur Veränderung dieses Erlebniszustandes. Für Nicht-Betroffene ist dieser Gefühlszustand schwer nachvollziehbar.

Das chronische Gefühl der inneren Leere ist das Ergebnis eines biologischen Notfallplans. Es hat die Qualität einer Empfindungsstarre. Subjektiv wird ein Verlust der Lebendigkeit erlebt und das Gefühl innerlichen Absterbens. Gleichzeitig eine quälende Anspannung und Erstarrung. Neurophysiologisch ist es ein Schutzmechanismus. Der Organismus schützt sich gegen existenzbedrohliche Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Scham, Schuld oder Angst. Das Gefühl der inneren Leere ist Ausdruck einer extremen Dysregulation, die zwischen den Polen Gefühlsüberflutung und Gefühlslosigkeit angesiedelt ist. Es entspricht einer psychogen vermittelten existentiellen Not und Vernichtungsangst sowie einer neurophysiologisch vermittelten Todesbedrohung. Ein bestimmter physiologischer Grundzustand ermöglicht oder verhindert ein bestimmtes emotionales Erleben. Deshalb dienen die ersten therapeutischen Maßnahmen der verbesserten Regulation des Vegetativums, um in einem Bereich der autonomen Erregung zu gelangen, wo Lernen und die Pflege sozialer Beziehungen wieder möglich sind.

Prinzipiell ist innere Leere für jeden Menschen erlebbar. Menschen mit emotionaler Sensitivität und Vulnerabilität geraten schneller in Zustände des Hypo- oder Hyperarousal. Menschen mit Traumaerfahrungen ebenso, bedingt durch generalisierte Auslösereize, die Traumatrigger. Menschen, die in ihrer frühkindlichen Entwicklung in Bezug auf ihre Emotionalität nicht stimmig bestätigt worden sind, sind ebenso beeinträchtigt, was die Regulation der Gefühlswahrnehmung betrifft. Wenn die Phase der Spiegelung und Beantwortung durch Bezugspersonen nicht adäquat stattgefunden hat, dann können sich die entsprechenden Ich-Strukturen nicht ausreichend entwickeln. Dann fehlen wesentliche personale Fähigkeiten, die der Regulierung und Stabilisierung der Person dienen. Die Emotionen können nicht geborgen werden, wenn die Wahrnehmung und die Verbalisierung nicht ausreichend entwickelt sind. Es fehlt die Sprache, um die Zustände benennen zu können. Die Person zieht sich aus ihrer Leiblichkeit zurück und die Emotionen, die nur durch den Körper wahrgenommen werden können, sind so auch nicht erfahrbar und vor allem nicht integrierbar. Das bedeutet, dass sie undifferenziert wahrgenommen werden als Spannung und Körpersensationen (vgl. Porges 2010).

Wie kann man nun mit diesem quälenden Zustand umgehen? Der inneren Leere folgt unmittelbar der Impuls, diesen Zustand so schnell wie möglich zu verlassen. Suchtmittel bieten hier eine schnelle und wirksame Antwort. Die Einnahme von Suchtmitteln oder auch nichtstoffliches Suchtverhalten müssen nicht neu erfunden werden. Diese Möglichkeiten sind in jeder Kultur vorhanden und werden auch vorgelebt, es muss nur für sich entdeckt werden. Suchtmittel sind leicht verfügbar. Jedes Suchtmittel hat ursprünglich die Fähigkeit, Abhilfe zu leisten. Beispielsweise Cannabis oder Alkohol, indem es Spannungen löst. Oder Heroin, das statt der quälenden Unruhe kurzfristig Geborgenheit vermittelt. Auch Selbstverletzungen können ein verzweifelter Versuch sein, durch das Fließen des Blutes und eventuell ein Spüren des Schmerzes sich selber wieder näher zu kommen beziehungsweise dem Nichtspüren zu entkommen.

Grundsätzlich geht es immer um das Verlassen eines Zustandes von Ohnmacht und Hilflosigkeit und dem Erreichen und Erleben von Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle durch die external verfügbaren Bewältigungsstrategien. In diesen Fällen ist der Suchtmittelkonsum der Versuch, das Erregungsniveau zu beeinflussen und zwischen Aktivierung, Beruhigung, Ruhe und Entspannung zu wechseln.

Nicht jeder, der abhängig ist, leidet unter innerer Leere. Auch nicht jeder, der die innere Leere erlebt, verwendet Suchtmittel. Jedoch viele, die diese innere Leere erleben, wählen diese Bewältigungsstrategie, weil sie sich hervorragend eignet, diesen äußerst unangenehmen Zustand zu verändern. Während der Intoxikation wird die Illusion vermittelt, dass ein Zugang zur Welt und zum Körper gegeben ist. Für kurze Zeit schließt sich der Graben zwischen der Person und der Welt und tritt mit dem Nachlassen der Wirkung umso deutlicher und schmerzlicher hervor. Im Längsschnitt einer Abhängigkeit nimmt diese Wirkung ab und es gelingt immer weniger, diese Wirkung zu erreichen und auch die Dosissteigerung kann die Wirkungsabnahme nicht kompensieren. In diesem Fall steigt mit der Abhängigkeit und dem Nachlassen der Wirksamkeit der eingesetzten Suchtmittel auch die Konfrontation mit dem Nichts. Wenn die Suchtmittel die gewünschte Wirkung nicht mehr haben, steigt der Leidensdruck. Suizidalität taucht in der Folge häufig auf und vielfach ist das der Zeitpunkt, wann Betroffene eine Therapie wählen, denn die Konfrontation mit diesen quälenden Zuständen ohne Regulationsmöglichkeit durch das Suchtmittel lässt wenig Handlungsspielraum. Es wird als leidvoll und ausweglos erlebt und dadurch steigt die Motivation zur Veränderung.

Ein Beispiel für die innere Leere ist Marian, dem der Zugang zur Welt verloren gegangen ist. Er ist beliebt, er hat viele Freunde, er kann auch viel und von außen betrachtet wirkt er sozial eingebunden. Er ist viel im Kontakt mit Menschen. Er bekommt viele Beziehungsangebote und die Menschen sind gerne mit ihm zusammen, da er liebenswert, höflich, intelligent und ein guter präsenter Gesprächspartner ist. Subjektiv erlebt er aber Isolation und Distanz zu sich und den anderen, weil die innere Leere immer präsent ist und er Nähe und Beziehung nicht erleben kann. Er bleibt sich und der Welt fremd und empfindet das Leben als unheimlich eintönig, langweilig und leer. Auch im Kontakt mit den Menschen bleibt er einsam und leer, obwohl er kaum alleine ist.

THERAPIE DER INNEREN LEERE

In der therapeutischen Situation ist genau dies der Punkt, an dem angesetzt werden kann. Dort wo das Du fehlte, um die eigene Leiblichkeit zu erfahren und zu verstehen, dort braucht es das Gegenüber durch den Therapeuten, der den Körper spürt. Dort wo Spiegelung und Beantwortung und deshalb auch die Worte für das Wahrgenommene fehlen, braucht es den Therapeuten, der Worte dafür hat. Jemand, der Antworten gibt und spiegelt, damit das Wahrgenommene zuordenbar wird und sich Worte finden lassen für das, was ist und möglicherweise noch nicht verstanden werden kann. Und dort wo das schier Unaushaltbare ausgehalten werden soll, braucht es jemand, der da ist und es auch aushalten kann. Und erst wenn sich die Spannung in einem Toleranzbereich einpendelt, kann die Person sich entdecken, da erst dann die dazu notwendigen Fähigkeiten zur Verfügung stehen.

THERAPIE DER SUCHT UND DER INNEREN LEERE

Wenn Suchtmittel die Funktion haben, von der inneren Leere abzulenken oder diesen Zustand kurzfristig zu verändern, dann lässt sich daraus folgern, dass in einer Therapie die fehlenden personalen Fähigkeiten erlernt werden müssen, bevor an eine Abstinenz oder Kontrolle des Suchtmittels längerfristig gedacht werden kann. Erst wenn die strukturelle Festigkeit in einem bestimmten Maße vorhanden ist, hat der Betroffene eine Chance, sich der Sucht entgegenzustellen. Denn das Suchtgedächtnis mit den gespeicherten Belohnungserfahrungen sowie der Wunsch, die innere Leere zu vermeiden und die Situation zu verändern, sind ein mächtiges Gegenüber. Auch eine Person, die möglicherweise schon längst keine Zustimmung mehr zum Konsum hat und auch ernsthaft in die Abstinenz kommen möchte, wird wenig ausrichten können, wenn die Mächtigkeit

des Suchtdruckes und das Suchtverlangen präsent sind. Die Rückfälle mit den damit einhergehenden Versagensgefühlen erhöhen die Hoffnungslosigkeit und verstärken die Resignation.

Für die reine Suchttherapie braucht es relativ gesunde personale Strukturen. Im Fall von personaler Reife oder nur neurotischem Störungsniveau kann eine Suchttherapie relativ einfach gelingen. Es wird aber quasi zur Unmöglichkeit, wenn wesentliche Ich-Strukturen fehlen. Es gibt wenige Ausnahmen. Manchmal wenn Personen sehr rigide sind oder eine gewisse Sturheit in sich haben, dann kann dies positive Auswirkungen haben auf die Fähigkeit zur Abstinenz. Jedoch beobachten wir, dass bestimmte Voraussetzungen vorhanden sein müssen, um sich der Mächtigkeit einer Sucht entziehen zu können. Auch mit einer klaren Entschlossenheit und einem entschiedenen Wollen ist bei eingeschränkten strukturellen Fähigkeiten wenig auszurichten. Dieses Faktum entlastet die Patienten in der Regel, da sie sich das Versagen zusätzlich vorwerfen, wenn sie erleben, dass sie trotz klarer Motivationslage immer wieder scheitern.

Deshalb braucht es bei dieser Diagnose in der Regel den stationären Aufenthalt, um die Abstinenz zu ermöglichen. Die temporäre Abstinenz ist aus unserer Erfahrung notwendig, um die innere Leere zu erfahren. Ohne das Erleben ist es nicht möglich, einen Umgang damit zu erlernen. Deshalb sind grundsätzliche Veränderungen an der Persönlichkeitsstruktur vermutlich während einer Substitutionsbehandlung kaum möglich. Das soll jedoch nicht Substitutionsbehandlungen generell in Frage stellen. Diese sind ein großer Fortschritt in der Suchtbehandlung. Wer jedoch den Anspruch hat, grundlegende Muster in der Struktur zu verändern, wird vermutlich zumindest während der Zeit der Therapie abstinent sein müssen. Dabei wird es üblicherweise zu Rückfällen kommen. Doch diese dienen als Material und geben wertvolle Hinweise in Bezug auf überfordernde Situationen und mangelnde personale Fähigkeiten und können unter diesem Blickwinkel reflektiert und bearbeitet werden. Erst wenn basale Ich-Funktionen erreicht sind, kann längerfristig auf das Suchtverhalten oder den Einsatz von Suchtmitteln als Ersatzfunktion oder Hilfs-Ich verzichtet werden. Deshalb wird es eine Person mit relativ gesunden Ich-Strukturen im Vergleich zu einer Person mit einer Persönlichkeitsstörung viel leichter schaffen, in die Abstinenz zu kommen, wenn die entsprechende Motivation und Entschlossenheit gegeben ist.

KONKRETE BEHANDLUNG

Ein wesentlicher und wirksamer Faktor bei der Behandlung ist die Struktur. Ernährung, Bewegung und Schlaf sind wichtige Elemente. Der Schlaf muss gesichert sein, wenn notwendig, dann sollen Medikamente dies unterstützen. Der Körper braucht Struktur und die Grundbedürfnisse müssen gut befriedigt sein, da die Spannungen auf der körperlichen Ebene erlebt werden. Das gibt vorerst Halt und Sicherheit und wirkt auf der ersten Grundmotivation.

Psychoedukation und Ablenkung haben in der ersten Phase eine große Bedeutung, damit der Suchtdruck und das Suchtverlangen ausgehalten werden können. Psychoedukation ist deshalb wichtig, weil die Patienten oft wenig über die Zustände, die sie erleben, wissen und es auch nicht verstehen können. Sie haben nicht nur wenig Strategien für den Umgang, sondern generell auch wenig Wissen darüber. Informationen geben deshalb zusätzlich Halt und sind ebenfalls ein wichtiger Faktor in der Behandlung.

Die Struktur sichert das Dasein, um in Beziehung treten zu können. Sonst bleibt der Patient in der Grundverunsicherung. Parallel dazu findet die personale Begegnung mit dem Therapeuten statt. Die Patienten brauchen Antworten und auch Halt im Gegenüber, damit die Grundverunsicherung ausgehalten werden kann. Ohne tragende Beziehung zum Therapeuten oder der Therapeutin ist es nicht möglich, diese Zustände und Spannungen auszuhalten und zuzulassen. Indem der Therapeut oder die Therapeutin versucht, mit dem Betroffenen die innere Leere auszuhalten und zu benennen, erlebt der Patient oder die Patientin, dass dies möglich ist. Er erlebt, dass er gesehen wird, und dass es möglich ist, für diese Empfindungen und Spannungen Worte zu finden. Überdies erlebt er oder sie, dass es möglich ist, diese Empfindungen im Körper zu lokalisieren, was Halt gibt. Darin steckt bereits sehr viel Heilsames. Eine wichtige Erfahrung ist, dass diese Zustände sich verändern und von alleine wieder vergehen. Er erlebt im gemeinsamen Aushalten, dass er deswegen nicht abgelehnt wird, sondern sich Nähe und Beziehung einstellt. Im Zulassen und Aushalten dieses Zustandes kann bereits nach Möglichkeiten der Beruhigung gesucht werden. Selbstfürsorge ist ein nächster Schritt, damit unabhängig vom Therapeuten Beruhigung und Spannungsabbau allmählich möglich werden (vgl. Sachsse 2010).

Das Personale hinter der Leere zu entdecken, ist dann ein weiterer Schritt. Im Laufe der Therapie wird die innere Leere durch jene Emotionen ersetzt, die eigentlich dahinter stehen würden. Indem die Leere ausgehalten wird, kann das auftauchen, was eigentlich da ist. Dies kann anfänglich nur mit einem tragenden Du und schließlich auch mit sich selber ausgehalten werden. So schließt sich der Spalt zwischen der eigenen Leiblichkeit und der Welt und der Kontakt zur Welt kann sich wieder entwickeln. Das Suchtmittel ist dann als Funktion nicht mehr notwendig. Erst dann hat eine Suchttherapie, bei der es um klare Zustimmungen, Vereinbarungen, Motivationsprüfung geht, ihren Platz, denn erst dann ist der Mensch eigentlich fähig zur Abstinenz oder zu einem kontrollierten Konsum.

Literatur:

Lüdecke Ch, Sachsse U, Faure H (2010) Sucht-Bindung-Trauma, Psychotherapie von Sucht und Traumafolgen im neurobiologischen Kontext. Stuttgart: Schattauer

Porges St W (2010) Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie. Paderborn: Junfermann

Anschrift der Verfasser:

MMag. Elsbeth Kohler
Pater Grimm Weg 12
A – 6800 Feldkirch
elsbeth.kohler@mariaebene.at

Mag. Johannes Rauch
Pater Grimm Weg 12
A – 6800 Feldkirch
johannes.rauch@mariaebene.at

„WENN ALLES ÜBERSTANDEN IST, IST NOCH LANGE NICHT ALLES VORBEI“

Psychotherapie mit erwachsenen Kindern von alkoholkranken Eltern

Ingo Zirks

Zur Einführung werden zwei Fallvignetten vorgestellt. Dann werden typische Kennzeichen einer Familie, in der es mindestens ein suchtmittelabhängiges Elternteil gibt, beschrieben und an Hand des existenzanalytischen Strukturmodells der Grundmotivationen nach Längle die aus existenzanalytischer Sicht nur teilweise gelungene Entwicklung des Grund- und Selbstwertes und die sich daraus ergebenden Probleme dargestellt. Zuletzt werden zentrale Aspekte der Psychotherapie mit erwachsenen Kindern von alkoholabhängigen Eltern an einem der Fallvignetten vertiefend beleuchtet.

SCHLÜSSELWÖRTER: Sucht, Entwicklungspsychologie, Familienangehörige, Kinder, Spätfolgen

"WHEN ALL IS OVERCOME, IT IS FAR FROM BEING OVER"
Psychotherapy with mature children of alcoholic parents

As an introduction two case vignettes are introduced. Then typical characteristics of a family with at least one addicted parent are described and, implementing the existential analytical structural model according to Längle, the only partially accomplished development of self-esteem and basic value along with resulting problems is outlined. Finally, central aspects of psychotherapy with mature children of alcoholic parents are examined in detail on the basis of a case vignette.

KEYWORDS: addiction, developmental psychology, family members, children, late effects

1. EINLEITUNG

„Die Zeit heilt alle Wunden“ sagt der Volksmund oder „Vorbei ist vorbei“. Aus der Psychotherapie wissen wir, dass dieses nicht so ist. Erwachsene Kinder von alkoholkranken Eltern oder auch Überlebende, „Survivors“, wie ich sie genannt habe, haben typische Probleme, die oft erst dann deutlich werden, wenn sie selbstständig werden, erste feste Partnerschaften eingehen und im Beruf Verantwortung übernehmen müssen. Nicht selten erkranken erwachsene Kinder von alkoholabhängigen Eltern ebenfalls an Abhängigkeitserkrankungen (Klein 2001). Auch wenn bei den erwachsenen Kindern eine erhöhte Vulnerabilität für spätere psychische Erkrankungen besteht, entwickeln nicht alle Kinder eine Störung im Erwachsenenleben (ebd.). Töchter aus suchtbelasteten Familien wählen überdurchschnittlich oft suchtkranke Partner (ebd.).

2. ZWEI KURZE FALLVIGNETTEN

Bernhard ist 60 Jahre alt, als ich ihn im Rahmen einer Psychotherapie kennenlerne. Er ist Bauingenieur, immer noch verheiratet, obwohl er seit 3 Jahren getrennt von seiner Ehefrau ist. Er hat eine deutlich jüngere Freundin, mit der er in einer Fernbeziehung lebt. Er hat zwei erwachsene Kinder, zu denen er einen guten Kontakt pflegt.

Bernhard ist ein schlanker und sportlicher Mann. Er wirkt gewinnend, klug und interessant. Er lächelt immer wieder verschmitzt, wie ein kleiner Junge, selbst wenn er von schlimmen und belastenden Erfahrungen berichtet. Dabei schauen seine Augen traurig. Auf die Traurigkeit angesprochen sagt er: „Ich spüre nichts, gar nichts. Ich könnte Ihnen jetzt von einem Gefühl berichten, aber eigentlich spüre ich gar nichts.“

Bernhard ist ohne großen Anlass depressiv geworden, wie er sagt. Als ob jemand den Stecker gezogen habe. Er kann sich an nichts freuen. Er glaubt, dass er eine Belastung für seine Freundin ist, von der er sich deshalb trennen will.

Seine Mutter litt an Depressionen und ist während seiner Kindheit und Jugend alkoholabhängig gewesen. Schon früh am Morgen ist sie betrunken, liegt herum, kotet ein. Der Vater, ein Landarzt, schaut weg, er arbeitet viel, ist kaum zu Hause. Während dessen regelt Bernhard den Haushalt, reinigt die Mutter, besorgt den Alkohol.

Immer wenn es klingelt, schrickt Bernhard zusammen, weil er sich dann etwas ausdenken muss, warum seine Mutter nicht an die Türe kommen kann. Einmal steht sie betrunken und lallend zwischen ihm und den anderen Kindern. Seine Freunde bringt er besser nicht mit nach Hause, weil jeden Augenblick etwas Unvorhergesehenes mit der Mutter passieren kann.

Als er seine erste Freundin kennenlernt, treffen sie sich nur bei ihr.

Er verlagert seinen Lebensmittelpunkt mit zunehmendem Alter immer mehr nach außen. Das Studium erlebt er als eine Befreiung.

Er ist seither kaum Zuhause gewesen. Er glaubt, alles hinter sich gelassen zu haben.

Er heiratet, bekommt zwei Kinder und arbeitet viel. Jetzt mit 60 Jahren muss er bemerken, dass er „nicht sein Leben“ gelebt hat, sondern eines, wie er es sich vorgestellt hat. Er fühlt sich innerlich leer, weiß nicht, was er mag und wer er ist. Ihm wird jetzt bewusst, dass es ihm schon immer so ergangen ist. Eigene Entscheidungen hat er von anderen Menschen und den sogenannten Umständen abhängig gemacht.

Miriam ist 45 Jahre alt, Verwaltungsbeamtin. Sie ist seit 2003 immer wieder für längere Phasen bei mir in Behandlung. Sie leidet an einer atypischen Essstörung, Bruxismus,

Panikattacken und Depressionen. Ihre Mutter ist heute eine „trockene Alkoholikerin".

Als Miriam in den Kindergarten kommt, beginnt die Mutter zunehmend Alkohol zu trinken.

Der Vater ist überfordert, gereizt und reagiert sich an der Tochter ab. Während seine Ehefrau in der mehrmonatigen stationären Entwöhnungstherapie ist, geht er eine Affäre mit der Nachbarin ein, was er vor der Tochter nicht verbirgt.

Miriams Mutter bekommt epileptische Anfälle. Immer wieder findet das Kind die Mutter am Boden krampfend vor. Sie hat Angst, die Mutter zu verlieren und ist hilflos. Die Mutter sagt oft zu ihr: „Miriam, du musst bei mir bleiben!"

Im Kindergarten und in der Schule wird Miriam schnell zur Außenseiterin. Sie kratzt, beißt, schlägt um sich und kann niemanden in ihrer Nähe ertragen.

Wenn heute jemand sagt: „Ich finde dich gut" oder „du bist hübsch", fragt sie sich, wer gemeint sein könnte.

Sie geht ihren Lebensweg mit Anstrengung. Sie kann mit Mühe eigene Bedürfnisse wahrnehmen; schwieriger wird es, wenn sie diese gegen andere durchsetzen muss. Sie hat drei längere Beziehungen, in denen sie sich misshandeln und ausnutzen lässt. Selbst als sie dieses erkennt, kann sie sich lange nicht trennen, weil sie sich dabei schuldig fühlt.

Jetzt ist sie aktuell mit einem Mann zusammen, der sie so nimmt und liebt, wie sie ist. Sie kann jedoch seine Nähe kaum aushalten.

Sie hat in der Abgrenzung ihrer Eltern Fortschritte gemacht. Sie ruft nicht mehr täglich fünfmal, sondern nur einmal in der Woche an. Jedes Mal geht es nur um die Klagen und Bedürftigkeit der Mutter. Der Gedanke, dass die 76 jährige Mutter sterben und sie schuld daran sein könnte, beherrscht sie noch heute. Und ganz tief drinnen wünscht sie sich den Tod der Mutter, damit endlich Ruhe ist. Dafür hat sie Schuldgefühle und schämt sich.

3. TYPISCHE KENNZEICHEN VON FAMILIEN MIT ALKOHOLKRANKEN ELTERN

Wenn wir abstrahieren von den einzelnen Schicksalen können wir Folgendes über die Familiensituationen festhalten (dazu auch Lambrou 1998, 2010):

3.1. Die Eltern stehen als ein sicheres Gegenüber und als Sorgende nicht zur Verfügung, da sie mit sich und der Sucht beschäftigt sind. Die Kinder können somit nicht sorglos Kinder sein. Stattdessen beginnen sie Elternaufgaben für ihre Eltern zu übernehmen. Dieses wird auch „Parentifizierung" (engl. parents: Eltern) genannt (Simon & Stierlin 1992, 270). Die Bedürfnisse der Eltern gehen vor die der Kinder.

3.2. Die Kinder wissen nie, woran sie sind: Die Atmosphäre in der Familie ist durch ständige Anspannung geprägt. Die Stimmung kann jederzeit kippen. Wenn das Kind in die Wohnung kommt, weiß es nie, in welche Situation es kommt. Wenn es die Wohnung verlässt, weiß es nicht, ob noch alles in Ordnung ist, wenn es zurückkehrt.

3.3. Es gibt viel Unausgesprochenes in der Luft: Geheimnisse, Vorwürfe, Bedürftigkeiten der einzelnen Familienangehörigen und die unausgesprochenen Erwartungen und – systemisch gesprochen – Aufträge (Kriz 2007) der Eltern an die Kinder wie zum Beispiel: „Du bist dafür verantwortlich, dass alles klappt" oder „Du bist verantwortlich, dass Mutter sich nicht trennt".

3.4. Nach außen hin muss das Bild einer normalen Familie präsentiert werden. Die Kinder erzählen nichts von dem, was zuhause passiert. Sie fühlen sich schuldig und schämen sich. Sie wollen die Eltern schützen und auch sich selber vor dem sozialen Tod in der Gemeinschaft. Schulkameraden und Nachbarn können sehr grausam sein, so dass die Alkoholkrankheit der Eltern auf die Kinder zurückfällt. Dieser Mantel des Schweigens und der Scham wird selbst Jahrzehnte später noch vor das Geschehene gehalten.

4. DIE PROBLEME DER KINDER IM LICHTE DER GRUNDMOTIVATIONEN

Wenn wir thematisch den ersten drei Grundmotivationen nach Längle (2008) folgen, können wir folgendes festhalten:

4.1. Das Thema der ersten Grundmotivation lautet „Dasein können": Der Mensch braucht Halt, Schutz und Raum.

Sicherheit in tragenden Familienstrukturen und klaren Beziehungen, Tagesrhythmen und verlässlichen Absprachen ist nur unzureichend erfahrbar für das Kind in einer Suchtfamilie. Der Seinsgrund als „ein Aufgehobensein in jedem Fall" (Längle 2008, 38) ist unterentwickelt und steht deshalb für das Kind und auch für den späteren Erwachsenen immer in Frage.

Es fällt ihm schwer, eigene innere (psychische) und äußere Ordnungen zu schaffen und aufrecht zu halten. Oder aber das erwachsene Kind geht in die Überregulierung und Kontrolle. Unsicherheiten und Veränderungen können schwer ausgehalten werden.

Erwachsene Kinder von alkoholkranken Eltern haben oft ein Thema mit fehlendem Vertrauen in Beziehungen. Sie haben erfahren: „Wenn ich mich auf den Erwachsenen verlasse, bin ich verlassen." Sie haben Angst, sich fallen zu lassen. So lassen sie sich später zwar vordergründig auf ihre Partnerinnen und Partner ein, aber immer wieder wird ihnen zurückgemeldet: „Ich weiß nach vielen Jahren noch nicht, wer du wirklich bist."

4.2. Das Thema in der zweiten Grundmotivation lautet „Leben mögen": Der Mensch braucht Nähe und Beziehung.

Die erwachsenen Kinder haben es schwer, in Beziehung mit dem Leben zu kommen.

Da in der Familie immer „etwas los" ist, sie etwas organisieren, auf jemanden aufpassen oder die Situation wachsam beobachten müssen, bleibt wenig Zeit, sich selber auf jemanden oder etwas anderes einzulassen und damit in Beziehung zu kommen.

Auch später sind die erwachsenen Kinder am Organi-

sieren und am Arbeiten. Sie kommen kaum zur Ruhe. Sie leisten „bis zum Umfallen".

Um einen tragenden Grundwert zu entwickeln, braucht es früh die Botschaft der Eltern: „Es ist gut, dass es dich gibt – vor aller Leistung." Der Grundwert ist der „erlebte Wert, dass ich leben mag und dass ich gut finde, dass es mich gibt".

Die in der Suchtdynamik gefangenen Eltern instrumentalisieren unbewusst ihre Kinder: „Wir haben dich lieb, aber noch mehr, wenn du funktionierst." Dieses geschieht natürlich aus dem Überfordertsein der Eltern heraus.

Eine weitere Erscheinung ist, dass die Emotionalität bei den erwachsenen Kindern wenig ausgereift ist. Sie kriegen schnell mit, was andere empfinden, aber von sich selber spüren sie wenig. Ihre Emotionalität schwingt weder sehr in die Traurigkeit hinein noch in den Ärger noch in die Freude. Am ehesten schwingt sie in die Angst.

Die existenzanalytische Emotionstheorie beruht auf dem Konzept der Nähe (Längle 2008, 43). Die Nähe zu Werten, zu Menschen und Dingen bedeutet ein Berührtwerden. Dadurch werden Emotionen bei uns geweckt.

Nähe ist wichtig, weil sie das Leben in der Beziehung zu anderen ins Fließen bringt. Dasselbe gilt auch für die Beziehung zu sich selbst (ebd.).

Durch vielfältige Zuwendungserfahrungen zu anderen Menschen, zu den ersten Bezugspersonen und zu konkreten Dingen entwickelt sich eine Tiefenstruktur zum Leben selbst. Es entsteht ein Mögen, das sich auf die Ganzheit des Lebens bezieht (ebd.).

Mit dem Leben in Kontakt zu kommen, bedeutet für die erwachsenen Kinder jedoch auch, mit dem Schmerz der Kindheit in Kontakt zu kommen und auszuhalten, dass das Leben lange nicht gut war.

Selbst wenn das Leben dann irgendwann gut ist, wird das nicht in der Tiefe empfunden, als ob es gefährlich wäre, sich darauf einzulassen. Und schnell taucht in diesen Kindern die Frage auf: „Habe ich das Gute wirklich verdient?"

4.3. Das Thema der dritten Grundmotivation lautet "So sein dürfen": Der Mensch möchte so sein, wie er ist.

Er mag sich ansehen lassen und ist offen für die andere Person (Längle 2008 46ff). Um das Selbstsein zu entwickeln, bedarf es der Beachtung, der Gerechtigkeit und der Wertschätzung durch andere, in der Regel zunächst durch die Eltern, aber auch durch das weitere soziale Umfeld. Im Letzten muss der Mensch auch durch sich selbst Beachtung, Gerechtigkeit und Wertschätzung erfahren, um den Selbstwert bei sich zu verankern (Längle 2008, 51).

Sein Selbst bildet sich durch die verschiedenen Rollen und Perspektiven, mit denen er sich in seiner sozialen Umwelt, aber auch sich selbst gegenüber identifiziert. Das Selbst besteht aus dem Angeeigneten, den Erfahrungen, zu denen er ja gesagt hat (Reisinger 2009).

Der Mensch entwickelt ein Selbstbild, in dem er auf sich schaut. Die Selbstanteile bilden einen Möglichkeitsraum, in dem er sich erfährt und sich ausdrückt. Dieses ist ein dynamisch-dialogischer Prozess, der lebenslang in Auseinandersetzung mit der Umwelt gestaltet wird.

In einer Suchtfamilie werden jedoch viele Ansprüche und Sichtweisen an das Kind gerichtet, das dem Wesen des Kindes nicht entspricht. Auch diese Selbstanteile (z.B. ein Helfer zu sein, ein Braver, ein Mutter-/Vater-Versteher) eignet sich das Kind an, weil dieses sein Überleben in dem Familiensystem ermöglicht. Das heißt aber nicht, dass es aus seiner Tiefenperson heraus ja dazu gesagt hat.

Sie spielen dann ihr Leben lang Rollen, von denen sie annehmen, dass sie von ihnen erwartet werden. So kommt es zum Selbstverlust.

Ein Kind in einer Suchtfamilie hat in vielfältiger Weise erlebt, dass seine Grenzen nicht respektiert werden. Wo Suchtmittel im Spiel sind, gibt es immer Grenzüberschreitungen – von ganz subtil durch das Nicht-Gewahr-Werden der Person des Kindes bis hin zur körperlichen Grenzverletzung, die zu schweren Traumatisierungen führen können.

Das erwachsene Kind weiß dadurch nicht, wann und wie es sich schützen kann und darf.

5. ZUR THERAPIE BEI ERWACHSENEN KINDERN VON ALKOHOLKRANKEN ELTERN

Die Therapie bei diesen Menschen zielt vor allem auf die Stärkung des Grundwertes und die Entwicklung eines gesunden Selbstwerts hin. Das Finden des Eigenen und der eigenen Grenzen gegenüber den Anderen wird in einem meist längeren Prozess angestrebt. Die Personale Existenzanalyse dient als Prozessmodell und veranschaulicht uns, wo gerade der Schwerpunkt der Therapie liegt (Längle 1993, Längle 2008).

Sie unterstützt den Patienten, problematische Situationen genauer wahrzunehmen und sich in seinen Reaktionen und Emotionen auf dem Hintergrund seiner Biografie zu verstehen. Auf diesem Verständnis aufbauend kann er zu einer mit seinem Gewissen abgestimmten Stellungnahme kommen und diese nach außen vertreten. Diese wiederholten Analyseprozesse sind identitätsstiftend und fördern die Integration von für ihn stimmigen Selbstanteilen.

Menschen wie Bernhard kommen vordergründig zunächst mit Angstattacken, haben psychosomatische Probleme oder sie sind depressiv.

Bernhard ist sehr zuverlässig. Er kommt stets pünktlich, ist freundlich und wenn er mal eine verabredete Abmachung nicht einhält, erklärt er das brav, mit anderen Worten: Er ist einerseits sozial kompetent, aber er ist andererseits auch angepasst.

Er ist vor allem dankbar, dass ihm jemand genügend Raum und Zeit gibt, ihm mit Anteilnahme zuhört.

Die Botschaft an ihn in der Therapie ist: „Es ist gut, dass du da bist, du musst jetzt nicht leisten. Du musst nichts für mich tun." Zur Stärkung des Grundwertes wird er angeregt, sich ernst zu nehmen, wertzuschätzen und sich selber liebevoll zuzuwenden (Längle 2004).

Er beginnt Dinge zu tun, die er früher nicht gemacht hätte: Er geht spazieren, hört Musik. Insgesamt wird er offener für die Welt um ihn herum, worüber sich auch seine inzwischen erwachsenen Kinder freuen.

Bernhard berichtet von heftigen Panikattacken, als er sich auf einem großen Platz in Berlin befindet. Um sich selber

emotional zu regulieren, läuft er drei Stunden hin und her. Er meint: „Ich bin vor mir selber weggelaufen." Später in der Therapie wird ihm eine große innere Leere und ein Gefühl der Verlorenheit bewusst. Dagegen half in seiner Kindheit und Jugend das Lesen. Er hat sich aus der unlebendigen Familie „weggelesen", hat viel Sport gemacht und dann in der Pubertät die Flucht in andere Elternhäuser angetreten.

Im Verstehen dieser Zusammenhänge wird er traurig. Er versucht im Verlauf der Therapie seine innere Leere und die Traurigkeit immer etwas mehr auszuhalten. Er geht emotional zu sich selbst in die Nähe. Durch die „Innere Kind-Arbeit" (Reddemann 2001) wird das einsame, überforderte und traurige Kind, das er war, von ihm im Heute versorgt. Auch jetzt liest er viel, weil er gerne liest und er nimmt bewusst Kontakt zu Freunden auf, wenn er sich einsam fühlt.

Er trennt sich während der Therapie zweimal von seiner Freundin mit der Begründung: „Ich trenne mich, weil ich dich nicht richtig liebe." Er weiß jedoch nicht, wie Liebe sich anfühlt, weil er nur eine Vorstellung davon hat. Wenn sie am Wochenende zusammen sind, traut er sich nicht, sein Bedürfnis nach etwas Zeit für sich alleine einzufordern. Er kann die Nähe und Harmonie nicht aushalten. Er fühlt sich gefangen.

Auch sich selbst will er mit der Trennung von ihr verletzen. Denn das fühlt sich für ihn „richtig" an oder wie er sagt: „Das fühlt sich an wie Heimat." Bernhard hält es nicht aus, wenn es ihm gut geht. Dieses löst Unbehagen und Anspannung in ihm aus.

Er versteht, dass sein aggressives Zurückstoßen ein Coping ist, weil er Angst vor Nähe hat. Nähe ist bei seiner Herkunftsfamilie immer gefährlich gewesen.

Er gibt sich in der Beziehung zunehmend die Erlaubnis, die Nähe und Distanz zu regulieren. Sich abgrenzen löst noch Schuldgefühle in ihm aus, da er meint, seine Freundin damit zurückzustoßen. Seine Freundin ist durch eigene Therapieerfahrungen verständnisvoll und geht gut mit sich und ihm, auch mit seinen Coping-Reaktionen um. So gelingt es beiden, nach gemeinsamen Aussprachen die Beziehung wieder fortzuführen.

Bernhard überlegt, ob er seine Eltern mit seinen Erinnerungen und den Auswirkungen auf sein Leben konfrontieren soll. Sie haben sehr wohl wahrgenommen, dass er nicht mehr arbeiten konnte und eine Psychotherapie begonnen hatte. Sie fragen ihn zwar, wie es ihm gehe, aber lassen ihm keine Chance zu antworten. Er ist nicht ärgerlich auf seine Eltern, eher traurig. Er versteht durch die Therapie besser, warum er sie so selten besucht.

Die Erinnerungen aus seiner Kindheit, die sich wie Mosaiksteine zu einem Bild zusammenfügen, kommen langsam aber stetig zu Tage. Er ist ungeduldig. Doch seine Seele scheint zu wissen, wie viel Schmerz er ertragen kann. Und er vergisst immer wieder, was in der Therapie besprochen wird, „als ob sich ein Vorhang darüber schiebt", wie er sagt. Dieses ist ein Schutz vor zu viel Seelenschmerz, den er alleine nicht tragen kann.

Es ist ihm wichtig herauszufinden, was damals geschehen ist. Er will im Verstehen sein Leben zurückbekommen und in der aktuellen Stellungnahme zu damals sich selber Gerechtigkeit und Beachtung widerfahren lassen. Seine Eltern damit zu konfrontieren, so hat er bisher entschieden, ist nachrangig.

AUSBLICK

Die psychotherapeutische Arbeit mit erwachsenen Kindern alkoholkranker Eltern ist mitunter eine langwierige, aber auch befriedigende Arbeit, wenn die heute Erwachsenen durch die Trauer hindurch in Beziehung zum Leben finden können. Viele entwickeln in ihrer schwierigen Kindheit auch für später wichtige soziale und leistungsbezogene Kompetenzen wie die Fähigkeit, schnell Kontakt aufzunehmen, sich schnell zurecht zu finden in neuen Umgebungen, Stimmungen sensibel wahrzunehmen und haben eine enorme Leistungsbereitschaft. Deshalb sind sie oft in helfenden und therapeutischen Berufen zu finden. Wenn es den erwachsenen Kindern dann gelingt, sich ihren seelischen Verletzungen verstehend und versorgend zuzuwenden, bekommen ihre Fähigkeiten noch einmal eine in der Person gegründete neue Tiefe und Fundierung.

Literatur:

Klein M (2001) Das personale Umfeld von Suchtkranken. In: Tretter F & A Müller (Hrsg) Psychologische Therapie der Sucht. Göttingen: Hogrefe, 201–230

Kriz J (2007) Grundkonzepte der Psychotherapie. Weinheim: Beltz Verlag

Lambrou U (1998) Helfen oder aufgeben? Ein Ratgeber für Angehörige von Alkoholikern. Reinbeck: rororo Sachbuch

Lambrou U (2010) Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit. Reinbeck: rororo-Verlag

Längle A (1993) Die „Personale Existenzanalyse" (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hrsg) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: GLE Tagungsbericht, 9–37

Längle A (2004) Überblick über die existenzanalytische Psychotherapie bei depressiven Störungen. In Existenzanalyse: 21/2, 18–23

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A & A Holzhey-Kunz (2008) Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB

Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcen-orientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Reisinger N-M (2009) Mitschrift Skriptum GLE 07.–08.03.2009. Eigendruck

Simon F & Stierlin H (1992) Die Sprache der Familientherapie. Ein Vokabular. Stuttgart: Klett-Cotta

Anschrift des Verfassers:

Ingo Zirks

Praxis für Psychotherapie und Sexualtherapie

Ansbacherstr. 62c

D – 10777 Berlin

ingo.zirks@gmx.de

EXISTENZANALYTISCHE THERAPIE VON ANOREXIE UND BULIMIE

Helene Drexler

Zentral für den therapeutischen Ansatz ist das Verständnis der Anorexie und der Bulimie als komplexe Erkrankungen auf körperlicher, psychischer, kognitiver und sozialer Ebene. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit die Behandlung all dieser Bereiche in die Therapie zu integrieren. Im vorliegenden Artikel werden die wesentlichen Schritte einer existenzanalytischen Therapie dargestellt. Es werden vorerst Fragen des Settings geklärt und Möglichkeiten der Ressourcenstärkung besprochen, mit dem Ziel den Patientinnen zu einer Stabilität zu verhelfen, die die Aufarbeitung ihrer tiefgreifenden Problematik erlaubt. Den Schwerpunkt der Erörterungen bilden die Bearbeitung der Defizite - in Wahrnehmung, emotionalem Erleben, Beziehungsgestaltung, Selbstwert, Denken und Einstellungen - sowie die Aufarbeitung von Verletzungen und Traumatisierungen in der Biografie.

SCHLÜSSELWÖRTER: Anorexie, Bulimie, Essstörung, Sucht, PEA, Inneres Kind

EXISTENTIAL ANALYTICAL THERAPY OF ANOREXIA AND BULIMIA

Central for the therapeutic approach is the understanding of anorexia and bulimia as a complex illness on a physical, psychological and cognitive level. This leads to the necessity of integrating the treatment of all these aspects into therapy. The present article outlines essential steps in existential analytical therapy. First of all questions referring to the setting are clarified and possibilities of strengthening resources are discussed with the aim to provide patients with a stability allowing the treatment of their profound problems. The main focus of the discussion is on the treatment of deficits – in perception, emotional experiencing, arrangement of relationships, self-worth, thought and attitudes – as well as the treatment of injuries and traumatization in biography.

KEYWORDS: anorexia, bulimia, eating disorder, addiction, PEA, inner child

EINLEITUNG[1]

Die deutsche Namensgebung Magersucht und Ess-Brechsucht rückt die Suchtproblematik der Essstörungen in den Mittelpunkt. Weiten wir den Blick, so zeigt sich neben dieser Symptomatik eine vielschichtige Erkrankung. Wir finden auf der Körperebene eine Störung des Körperschemas und der Wahrnehmung von Körpersignalen; auf der emotionalen Ebene eine Beeinträchtigung der Gefühlswahrnehmung und der Zuordnung von Gefühlen; häufig hat sich begleitend zur Essstörung auch eine Depression entwickelt (Weigel 2008). Weiters zeigen sich problematische kognitive Denkmuster, die sich zu unrealistischen, mitunter wahnhaften Glaubenssätzen fixiert haben, sowie eine Störung der sozialen Beziehungen. Die Suchtproblematik findet ihren Ausdruck auf der Verhaltensebene (Bruch 2004).

Zahlreiche Autoren und Kliniken in Österreich ordnen Essstörungen den psychosomatischen Erkrankungen zu, was dem Umstand Rechnung trägt, dass die Symptomatik auf körperlicher Ebene sichtbar und ausagiert wird, ihre Entstehung und Aufrechterhaltung aber stark auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen ist, die die Betroffenen auf der psychischen Ebene nicht halten können (Stahr et al. 2010).

Habermas et al. (1987) und Jacobi (1991), die ich stellvertretend für Autoren, die sich mit dem Suchtcharakter von Essstörungen beschäftigen, nennen möchte, konstatieren keine typischen Süchte, wohl aber Suchtelemente; das deshalb, weil wesentliche Elemente der Sucht fehlen; zum Beispiel bei der Bulimie die Entzugserscheinungen oder etwa bei der Anorexie wo nicht der Genuss, sondern die Kontrolle im Fokus der Erkrankten steht.

Aus diesen knappen Überlegungen ergibt sich für die therapeutische Vorgangsweise, dass nicht das gestörte Essverhalten und damit die explizite Suchttherapie im Mittelpunkt steht, sondern die Arbeit an den gestörten Persönlichkeitsanteilen. Eine Ausnahme stellen Situationen dar, bei denen der Suchtcharakter dominiert und eine Gefährdung der Patientin vorliegt. In diesen Fällen sind Maßnahmen der Suchttherapie wie strikte Tagesstruktur, Regeln und Kontrollen angezeigt, meist verbunden mit einem stationären Aufenthalt. Eine Differenzierung wird beim Thema Setting vorgenommen, die weiteren Ausführungen danach werden sich auf die therapeutische Vorgangsweise in der freien Praxis konzentrieren.

THERAPIEÜBERSICHT

Die in der Folge skizzierten Therapieschritte sind für Anorexie und Bulimie anwendbar, wo Unterschiede angezeigt sind, wird darauf beim jeweiligen Punkt eingegangen.

Am Beginn stehen Überlegungen zum Setting. Einen großen Stellenwert nimmt vor allem in der ersten Zeit der Therapie die ressourcenorientierte Arbeit ein, mit dem Ziel, den Patientinnen zu einer Beruhigung und Stärkung zu verhelfen. Danach liegt der Schwerpunkt auf der Bearbeitung der Defizite. Indem die Defizite die Patientinnen aber oft in ihrem Alltag beeinträchtigen, muss diese Arbeit mitunter alternierend zur Ressourcenstärkung stattfinden. Erst nach Veranke-

[1] Ich werde mich auf die Therapie von Anorexie und Bulimie, die klassischen im ICD 10 vertretenen Essstörungen konzentrieren. Und ich werde generell die weibliche Form verwenden, weil die Patientinnen großteils weiblich sind und weil ich als Therapeutin auch aus meiner Sicht spreche.

rung dieser beiden Eckpfeiler wendet sich die Therapie den Verletzungen der Patientinnen in ihrer Biografie zu.

Besonders ist auf den Stellenwert der Körperarbeit zu verweisen. Indem es sich um Erkrankungen handelt, bei denen Speicherungen im Körpergedächtnis eine wesentliche Rolle spielen und die Symptomatik antreiben, ist es wichtig, in allen Therapiephasen die Arbeit auf der Körperebene zu integrieren (Weigel 2008).

SETTING

Erste Priorität gilt der Überprüfung des gesundheitlichen Zustands und der sozialen Situation der Patientinnen. Denn es gibt eine Reihe von Risikofaktoren, die die Behandlung in einer Klinik erforderlich machen. Dazu zählen somatische Gefährdungen wie Blutbildveränderungen, Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen, speziell bei Anorektikerinnen ein hoher, schneller Gewichtsverlust und Kräfteverfall; außerdem Störungen der Impulskontrolle insbesondere bei Bulimikerinnen, weiters Suizidgefahr, wiederholte Therapieabbrüche und familiäre Überlastung, etwa wenn die Spannung in der Familie unkontrollierbar wird.

Zeigt sich im therapeutischen Gespräch eine Gefährdung auf psychosozialer Ebene, so sollte gemeinsam mit der Patientin ein Klinikaufenthalt vorbereitet werden. Für die Beurteilung der medizinischen Risikofaktoren und der etwaigen Notwendigkeit eines Klinikaufenthalts ist die Überweisung zum Facharzt/zur Fachärztin unerlässlich. Aber auch wenn von therapeutischer und ärztlicher Seite der Zustand der Patientin als ausreichend stabil eingestuft wird, empfiehlt sich die kontinuierliche Zusammenarbeit; einerseits damit von ärztlicher Seite, wenn nötig, die Medikation übernommen wird, andererseits um die mitunter beziehungsverunsichernden medizinischen Maßnahmen, Gewichtskontrollen bzw. Diätpläne aus der Therapie auszulagern.

Ein weiterer wichtiger Aspekt betrifft die Einbeziehung der Familie. Weil die Betroffenen sehr jung sind – bei Anorexie liegt der Altersgipfel bei 14–15 Jahren, bei Bulimie bei 17–18 Jahren – bestehen noch weitreichende, zum Teil gegenseitige emotionale und finanzielle Abhängigkeiten. Häufig ist auch eine Überforderung der Familie im Umgang mit der Essstörung zu beobachten (Bruch 2004).

Eine Einbeziehung – etwa durch einzelne gemeinsame Sitzungen – dient:

1. Der Entlastung der Familie;
   durch die Vereinbarung die Verantwortung an Experten auszulagern,
   durch Aufklärung über die Krankheit z.B.: dass Therapie nicht Bekämpfung der Symptome bedeutet, sondern ein Bearbeiten der Gründe dafür.
2. Der Klärung der Beziehungen und Zuständigkeiten mit dem Ziel, die Eigenständigkeit aller beteiligten Personen zu fördern.
3. Der Vorbeugung von Queragieren: Indem die Krankheit meistens familiäre Konfliktherde überdeckt, besteht ohne Unterstützung der Familie die Gefahr des Blockierens oder Abbruchs, sobald ein therapeutischer Fortschritt spürbar wird. Die Unterstützung kann dahin gehen, persönliche bzw. familiäre Probleme zu erkennen und nach Lösungen zu suchen.

Auch bezüglich der therapeutischen Haltung sind einige Besonderheiten zu beachten (vgl. Bruch 2004, Franke 2003, Stahr et al. 2010):

Der therapeutische Schwerpunkt liegt auf den Defiziten der dritten Grundmotivation, also der Entwicklung von Identität und Selbstwert. Um den Rahmen für diese Entwicklung sicher zu stellen, ist auf eine klare, auch Grenzen vermittelnde Haltung zu achten. Vor allem bei Bulimiepatientinnen kommt ein Mangel an erfahrener Mütterlichkeit – ein Thema der zweiten Grundmotivation – hinzu, so dass es auch eine nachnährende, warme Zuwendung durch die Therapeutin braucht. Insgesamt stellt die Entwicklung einer vertrauensvollen, tragfähigen therapeutischen Beziehung aufgrund des Misstrauens der Bulimikerin und der mangelnden Krankheitseinsicht der Anorektikerin eine Herausforderung dar. Es verlangt eine in sich ruhende Therapeutenpersönlichkeit, die der Patientin trotz ihrer Verzweiflung und Aggression standhält und dieser durch ihre authentischen Stellungnahmen ein Gegenüber ist, an dem die Patientin ihre Persönlichkeit entwickeln kann.

RESSOURCENARBEIT

Am Beginn der Therapie liegt oft eine krisenhafte Situation vor; häufig ausgelöst durch ein Lebensereignis, kommt es zu einer Entgleisung der Symptomatik oder der Alltagsbewältigung (Bruch 2004). Dementsprechend steht in dieser ersten Phase die Stabilisierung im Mittelpunkt, um ein Durchstehen der Krise zu ermöglichen und die Festigung zu schaffen, die eine Bearbeitung der Problematik erlaubt. Die Gesprächsführung zu diesem Zeitpunkt ist von einer erklärenden, beratenden und gemeinsam übenden Vorgangsweise gekennzeichnet.

Hinsichtlich stabilisierender Themen und Methoden bietet das existenzanalytische Modell der Grundmotivationen eine gute Orientierung (Längle, Holzhey-Kunz 2008). Entsprechend der ersten Grundmotivation liegt die Konzentration auf haltgebenden Maßnahmen; dazu gehören Tagesgestaltung und Rituale, das Aufsuchen verlässlicher Beziehungen zu Menschen und Tieren sowie die Verankerung im eigenen Körper und in der Natur als großem Rahmen. Das Erleben von Lebendigkeit und Geborgenheit – wesentliche Aspekte der zweiten Grundmotivation – wird durch die Beziehungsaufnahme zu allem, was sich der Patientin an Wertvollem erschließt, gefördert. Indem sie lernt, sich Freude und Genuss zu erlauben, positive Erfahrungen gelten zu lassen und in sich zu bergen, erfährt sie eine Stärkung des Grundwerts. Die Förderung des Selbstwerts, Thema der dritten Grundmotivation, geschieht in dieser ressourcenorientierten Phase durch die Bestätigung und Ermunterung der Therapeutin sowie durch das Auffinden von Fähigkeiten und Stärken. Das Integrieren von Schwächen, das Teil eines stabilen Selbstwerts darstellt, geschieht erst im Verlauf der fortgeschrittenen Therapie.

Ziele der Patientin, die als sinnerfüllend erlebt werden, tragen durch ihre Orientierungsmöglichkeit zur Festigung und zum Durchhalten bei. Eine Unterstützung der genannten Themen bietet die Hinzunahme adjuvanter Methoden (Drexler 2009). Sie entfalten ihre Wirkung auf sinnlich-emotional-kreativer Ebene und fördern eine positive Verankerung in den entsprechenden Gehirnarealen. Die Verarbeitung mittels der Methode der Personalen Existenzanalyse (= PEA) macht die Erkenntnisse auch dem Bewusstsein zugänglich.

Drei Formen adjuvanter Methoden sollen hervorgehoben werden:
- Imaginationen
- Kreative Methoden
- Körperarbeit

Imaginationen:
Luise Reddemann (2001) und Michaela Huber (2006, 2009) haben im Zuge ihrer Traumaarbeit zahlreiche Bilderreisen ausgearbeitet, die die Erdung und Geborgenheit in der Welt unterstützen und die sie in ihren Veröffentlichungen ausführlich beschreiben. Eine besondere Eignung für Trost, mütterliche Zuwendung zu sich selbst und Beruhigung negativer biografischer Erfahrungen ist mit dem Konzept des Inneren Kindes – von Bradshaw (1994) sowie Chopich und Paul (2002) entwickelt – gegeben.

Kreative Methoden:
Sie fördern die Sinneswahrnehmung und schaffen die Basis der Gefühlswahrnehmung. Zusätzlich verhelfen kreative Methoden wie Malen, Töpfern oder Musizieren durch ihr aktiv gestaltendes Element zu einem Erleben des Fließens und der Entspannung, die Frauen mit Essstörungen schwer zugänglich ist.

Körperarbeit:
Sie wirkt insbesondere auf unbewusste Speicherungen der Bewegungssinne, des taktilen und des optischen Sinns und ist dadurch imstande, Körperbild, Einstellungen und Verhaltensweisen in Bezug auf den Körper zu verändern. Wie bei den kreativen Methoden erzielen mit Bewegung verbundene Körperübungen wie etwa Tai Chi oder Quigong hinsichtlich der Entspannungsintensität besonders gute Ergebnisse (Reddemann 2001). Achtsamkeitsübungen zum Atem, zur körperlichen Sinneswahrnehmung und bei einfachen Tätigkeiten erweisen sich in vielerlei Hinsicht als fruchtbar (Lehrhaupt, Meibert 2011). Sie unterstützen unter anderem das Ruhigwerden, die Konzentration, die Öffnung der Wahrnehmung und ein Intensivieren des sinnlichen Erlebens (Weigel 2008).

BEARBEITUNG DER DEFIZITE

Nachdem eine ausreichende Stabilisierung und Ressourcenaktivierung stattgefunden hat, die in den Patientinnen ein Gefühl des Getragen- und Geborgenseins in dieser Welt verankert hat, beginnt die Kernarbeit der Therapie, die Arbeit an den Defiziten. Dieser Therapieschritt beinhaltet sowohl die Entwicklung mangelhafter personaler Fähigkeiten als auch die Veränderung pathologischer Anteile.

Einen zentralen Stellenwert nehmen **Wahrnehmungsprobleme** in Form von Verzerrungen, Ausblendungen und Umdeutungen ein. Sie zeigen sich in Bezug auf faktische Gegebenheiten, ganz besonders ausgeprägt hinsichtlich Körper- und Gefühlswahrnehmung. Körperteile werden gar nicht wahrgenommen bzw. gespürt – vor allem Bauch, Po und Oberschenkel – oder falsch wahrgenommen (Fett, wo Knochen sind) oder Wahrnehmungen werden mit Ersatzgefühlen belegt wie zum Beispiel das bei Essstörungen dominante Erleben von Leere und Spannung. Dort, wo die Wahrnehmung anfragbar ist, besteht die Möglichkeit der Bearbeitung im phänomenologischen Dialog: Fragen wie „Ist das so? Woran ist das für Sie erkennbar? Was ist tatsächlich erkennbar?“, verhelfen zu einer offeneren Wahrnehmung.

Bei einer fixierten bis wahnhaften Körperwahrnehmung empfiehlt sich eine verbindende Vorgangsweise auf Körper-, Emotions- und Erkenntnisebene, wie sie Elke Weigel (2008) bei Körperschemastörungen beschreibt. Wahrnehmungen und Empfindungen, etwa beim Erspüren von Grenzen, des Körperinneren oder von Bewegungen, werden durch kreatives Arbeiten verdichtet und anschließend in den Dialog gebracht. Damit können Speicherungen des Körpergedächtnisses und auch emotionale Speicherungen zum Körper verändert und ausdifferenziert werden.

Gelingt eine adäquate **Wahrnehmung der Gefühle,** so wird das Augenmerk darauf gelenkt, diese auch anzunehmen, sie als wichtige Botschafter für einen Bedeutungsgehalt zu erkennen, und ihnen den entsprechenden Raum zu geben (Längle et al. 2012). So führt das Zulassen von Angst zur Auseinandersetzung mit den Lebensbedingungen, das Zulassen von Wut zur Distanzierung und auch zum Verstehen ihrer Botschaft, und die Zuwendung zur Trauer ermöglicht ein Abschließen und wieder Lebendigwerden. Bei besonders heftigen Gefühlsausbrüchen, denen sich die Patientinnen ausgeliefert fühlen, braucht es Sofortmaßnahmen. Existenzanalytisch gesprochen bedarf es der Selbstdistanzierung. Wieder sind es Bilder bzw. bildhafte Sprache, die zu einer spontanen Distanzierung und Regulierung des Gefühls verhelfen; so etwa die Situation aus der Vogelperspektive zu betrachten oder auf einer Bühne oder als reife, alte Frau. Aus der Traumatherapie kennen wir Bilder der Reglertechnik, der Beobachtertechnik, der Gestaltgebung in Bezug auf das Gefühl usw.

Besonders viel Raum nehmen bei Patientinnen mit Essstörungen Spannungs- und Leeregefühle ein. Vorerst steht Entlastung im Mittelpunkt; bei hoher Spannung zum Beispiel Sport betreiben oder der Aggression Raum geben, bei Leere nach aktiven Beschäftigungen suchen. Langfristig ist am tieferen Verstehen dieser Gefühle zu arbeiten. Fragen wie „Was bräuchte ich jetzt? Welchen Impuls spüre ich? Was sagt mir meine Spannung / Leere? Was fehlt mir gerade?“, tragen dazu bei, in einen konstruktiven Umgang zu kommen. Ein wesentlicher Grund für die Spannung und Leere liegt in der inneren Fremdheit, der Beziehungslosigkeit der Frauen zu sich. Indem der Zugang zu Wahrnehmung und Gefühl bereits geschaffen ist, sind die Patientinnen bereit, eine **Beziehung zu sich selbst** aufzubauen (Längle et al. 2012).

Bereits im Zuge der Ressourcenarbeit wurde überlegt: Was mag die Patientin? Was tut ihr gut? Eine Verdichtung der Selbstfürsorge geschieht nun durch das Erlernen des liebevollen inneren Dialogs, in dem die Patientin angeleitet wird, sich mit Ermutigungen, durch Trost und indem sie sich Mut zuspricht, durch den Tag zu begleiten. Verstärkung erfährt das innere Gespräch durch Umarmungs- und Herzimaginationen. Mit der wachsenden Beziehung zu sich wird auch die **Beziehung zu anderen** bearbeitbar. Das Leiden an den Beziehungen ist neben der Beschäftigung mit Gewicht und Figur das am meisten in die Therapie eingebrachte Thema. Die Patientinnen thematisieren vor allem Konflikte, aber auch Sehnsüchte, klagen über den Zwang sich anpassen zu müssen und über den Druck durch tatsächliche oder vermeintliche Leistungsanforderungen (Stahr et al. 2010).

Die zugewandte, klare Haltung der Therapeutin, die bereits im Rahmen des Settings angesprochen wurde, hat für die Patientin in Bezug auf die Einübung eines wertschätzenden Umgangs miteinander Modellwirkung.

Für die befriedigende Gestaltung von Beziehungen steht aber auch das Erlernen einer reifen **Abgrenzung** an. Diese ist durch eine übergriffige, manipulative oder nicht greifbare Eltern-Kind Erfahrung unterentwickelt. Mit Hilfe der bereits erlernten Körper- und Gefühlswahrnehmung wird in der Therapie das Erspüren und Vertreten der Grenze thematisiert und geübt. Hand in Hand mit der eigenen Abgrenzung ist auch das Gespür für die **Grenze anderer** zu entwickeln. Gelegenheit dazu ergibt sich in der Therapie zum Beispiel, wenn die Patientin gekränkt vom „Nein" einer Person erzählt. Der phänomenologische Dialog erweist sich hier wieder als hilfreich: Die Patientin wird angeleitet, die andere Person offen wahrzunehmen, ihre Beweggründe zu verstehen und dadurch zu einer respektvollen Haltung zu gelangen, womit sich auch das Erleben von Kränkung reduziert.

Die Bewusstmachung von Copingstrategien (Längle 2008), wie Trotz, Beleidigtsein oder Racheimpulse und das Verstehen von deren Schutzfunktion unterstützt zusätzlich den Prozess.

Damit rückt die **Erarbeitung des Eigenen,** speziell auch der Identität als Frau in den Fokus.

Beide Störungsbilder drücken mit Hilfe ihres Symptoms – dem Erbrechen bzw. dem Immer-weniger-Werden – ihr „Nein" zu den sozialen und familiären Erfahrungen aus; herauszufinden, wozu sie „Ja" sagen können, ist Aufgabe dieser Therapiephase.

Anorektische Frauen, die durch diffuse Rollenverteilungen in der Familie – Hilde Bruch (1992, 54) spricht bezüglich der Kommunikation von einer „Konfusion der Pronomen" – durch ein fehlendes positives Leitbild der Mutter, mitunter auch sexuelle Irritationen bis hin zum Missbrauch kein stabiles Selbstbild entwickeln konnten, werden langsam dahin begleitet, ihr Frauwerden und -sein anzunehmen und die ganz eigene Gestaltungsmöglichkeit darin zu entdecken, die die ersehnte Einzigartigkeit gewährleistet.

Bulimischen Frauen wurde unter dem Deckmantel der Liebe das Erfüllen von Vorstellungen und das Funktionieren als Frau nach engen gesellschaftlichen Vorgaben aufgezwungen – Alfried Längle et al. (2012, 52) nennen es „die betrogenen Verheißung". Nun lernen sie zu ihrer ganz eigenen Identität zu stehen und sich gegen Erwartungen von außen abzugrenzen. Basis dieser Aufgabenstellung stellt die respektvolle, raumgebende Haltung der Therapeutin dar, die sich vorschneller Angebote enthält, um nicht die elterliche Übergriffigkeit zu wiederholen. Unterstützung durch Feedback und Ermunterung erfolgt in entsprechend begrenzter Form, die den Frauen den Rahmen gibt, sich selbst zu finden. Als Leitsignal für die Beurteilung einer Einstellung, einer Entscheidung, eines Verhaltens als authentisch wird der Patientin das Erspüren der Stimmigkeit nahe gebracht.

Mit dem wachsenden Wissen um das Eigene gewinnen die Frauen Kontur; ihr „Ich" tritt in Erscheinung. Damit verbunden entwickelt sich ein klarerer, von Selbstdistanzierung gekennzeichneter Blick auf bisherige Beziehungen, insbesonders auf die Herkunftsfamilie. Fassadenhaftigkeit, Benütztwerden oder Tabus können angesprochen werden. Dennoch fordert diese Auseinandersetzung die Patientinnen sehr, mündet sie doch oft in der Erkenntnis auf Distanz zu den Eltern gehen zu sollen oder sich einem Konflikt stellen zu müssen. Die Therapeutin ermutigt Körpersignale und -gefühle, etwa Übelkeit, ernst zu nehmen und der sich daraus ergebenden Stellungnahme Ausdruck zu verleihen. Methodisch kann die PEA zum Einsatz kommen; es bewährt sich aber auch die Personale Positionsfindung, besonders dann, wenn die Patientin die Befürchtung negativer Konsequenzen bei einer Abgrenzung quält.

Dieser Methode entsprechend beinhaltet ein erster Schritt die Überprüfung der Befürchtungen auf ihren tatsächlichen Realitätsgehalt hin. So nehmen Patientinnen häufig den Beziehungsabbruch ihrer Eltern an, wenn sie eine Erwartung nicht erfüllen. In einem zweiten Schritt wird am Aushaltenkönnen des Befürchteten gearbeitet, selbst wenn es der Beziehungsabbruch sein könnte, um eine Lockerung der erstarrten Haltung einzuleiten und damit in einem dritten Schritt für das Erspüren des eigentlichen Wertes, des Sinnvollen der Abgrenzung oder der kritischen Stellungnahme frei zu werden.

Fixierte Einstellungen, Verhaltensweisen und Glaubenssätze. Sie sind allgegenwärtig und treiben die Fixierung im pathologischen Denken und Handeln voran. Die vorrangigen Themen kreisen um Körper, Essen, Weiblichkeit und beziehen sich auf Leistung und Perfektionismus. So muss zum Beispiel die Anorektikerin jede weibliche Rundung eliminieren, Sexualität ist oft mit Ekel belegt. Die 100% Kontrolle über den Körper und ihr Tun ist ihr Ziel. Die Bulimikerin lehnt ihr Frausein nicht grundsätzlich ab, ist aber in einem Anspruch gefangen, dem sie nie gerecht werden kann (Franke 2003).

In Bezug auf Essen vereint die beiden Störungen die raumgreifende Beschäftigung mit dem Thema. Die Anorektikerin ist fixiert auf Kalorienzählen und Kochpläne für die Familie, die Gedanken der Bulimikerin kreisen um den nächsten Großeinkauf und das für alle Mühen des Alltags entschädigende „Festessen". Einstellungen dieser Art haben sich über Jahre im Gehirn eingraviert und sind erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Therapie bearbeitbar. Insbesondere Glaubenssätze, die im Körpergedächtnis gespeichert sind und sich in

Form eines spezifischen Körpererlebens ausdrücken – zum Beispiel einen dicken Bauch zu haben und diesen deshalb konstant einziehen zu müssen – erweisen sich als äußerst widerstandsfähig. Solcherart gespeichertes Erleben und Verhalten kann durch Körperarbeit gelockert und verändert werden – wie beim Thema Körperwahrnehmung bereits erörtert.

Ist die Notwendigkeit, bisherige pathologische Verhaltensweisen mittels Glaubenssätzen zu schützen, nicht mehr absolut gegeben, so werden diese hinterfragbar. Dabei zielt die Anfrage darauf ab, der Patientin zu einem Verstehen ihrer selbst zu verhelfen. Gemeinsam wird geforscht, was die eigentliche Aussage der Einstellung oder des Verhaltens ist, ja sogar wofür sie gut sein könnte. So etwa kann im Essanfall der Versuch einer Zuwendung zu sich, das Erlebenwollen von Wärme und Beziehung aufgefunden werden. Im Erbrechen kann das intuitive Wissen erkannt werden, um die Erfüllung eben dieser Sehnsucht betrogen zu sein. Im Fasten ist ein eiserner Wille und die Fähigkeit zur Disziplin zu entdecken oder auch die Fähigkeit, anders zu sein und sich abzugrenzen. Das Verstehen der Überzeugung oder des Verhaltens ermöglicht ein Sich-ernst-Nehmen und birgt den Keim der Distanzierung in sich. In der Folge können die schädlichen Aspekte erkannt und es kann der eigentlichen Sehnsucht nachgegangen werden.

AUFARBEITUNG VON VERLETZUNGEN

Damit kommen wir zur letzten Therapiephase, der Aufarbeitung von Verletzungen, die der Essstörung zugrunde liegen. Während bisher im Zuge der Bearbeitung der Beziehungen die Lösung aktueller Probleme zwischen der Patientin und der Familie im Zentrum stand, begleitet nun die Therapeutin die Patientin in die als verletzend erlebten Kindheitssituationen, um diese gemeinsam zu verarbeiten. Auch hier kommt die PEA zum Einsatz. In Orientierung an den Schritten dieser Methode werden im Folgenden die speziell für die biografische Aufarbeitung wesentlichen Aspekte skizziert.

Bei der Aufarbeitung von Verletzungen aus der Kindheit liegt ein erster Schwerpunkt auf dem Zulassen von Schmerz und Trauer – über den Missbrauch, die Manipulationen, das Nicht-gesehen-worden-Sein. Die Hinzunahme der Methode des Inneren Kindes verschafft dem Schmerz durch die Zuwendung der erwachsenen Person zu sich als Kind einen tragenden Boden und unterstützt die Auseinandersetzung mit den schmerzlichen Erfahrungen und ihre Verarbeitung (Chopich, Paul 2002).

Einen ganz entscheidenden Stellenwert für den Heilungsprozess nimmt das Verstehen der kindlichen Situation und der Krankheitsentwicklung ein. Häufig gehen Patientinnen streng mit sich als Kind ins Gericht und verurteilen sich dafür, den Eltern nicht gerecht geworden zu sein und damit selbst an den Ereignissen und Entwicklungen schuld zu sein. Die Einfühlung in das Kind von damals, das Erfassen seiner hilflosen, abhängigen Situation und das Verstehen seines Handels als Bemühen um Liebe und Anerkennung bedeuten einen Meilenstein auf dem Weg zur Gesundung.

Für viele Patientinnen hat aber auch die Einfühlung in die elterliche Position und das Erkennen deren Unvermögens Bedeutung, um das Ringen um Gesehen- und Geschätztwerden loslassen und stattdessen für sich selbst sorgen zu können.

Das Verstehen nach außen und nach innen verhilft zu einem die gesamte Entwicklungsgeschichte erfassenden Blick und zum gefühlten Erkennen der Bedeutung des Erfahrenen für das vergangene wie für das zukünftige Leben. Damit kann ein Aussöhnungsprozess einsetzen. Die Frauen lernen die schwierigen Erfahrungen und die Krankheit als Teil ihrer ganz persönlichen Geschichte anzunehmen und allmählich in ihr Selbstbild und in ihr Leben zu integrieren. Die Essstörung verliert ihre Funktion, sowohl als Ausdruck für das Leiden als auch als Bollwerk gegen die verletzenden Erfahrungen.

Die Therapie mündet nun in eine Nacharbeitungsphase, in der vor allem der Frage nach dem zukünftigen Weg nachgegangen wird. Wie immer er aussehen mag, welche Interessen und Pläne sich herauskristallisieren, welche Ziele angestrebt werden, es kann nach einem oft langen, mühsamen und von Rückschlägen gekennzeichneten Therapieprozess eine Gestaltung des Lebens ohne Fasten und ohne Erbrechen beginnen.

Literatur:

Bradshaw J (1994) Das Kind in uns. München: Droemer-Knaur

Bruch H (1992) Der goldene Käfig. Frankfurt: Fischer

Bruch H (2004) Eßstörungen. Frankfurt: Fischer, 9°

Chopich EJ, Paul M (2002) Aussöhnung mit dem inneren Kind. München: Ullstein, 14°

Drexler H (2009) Körperbilder bei Anorexie und Bulimie und Möglichkeiten ihrer Veränderung in der Therapie. Existenzanalyse 26, 2, 56–60

Franke A (2003) Wege aus dem goldenen Käfig. Weiheim, Basel, Berlin: Beltz

Habermas T et al. (1987) Ist die Bulimie eine Sucht? In: Praxis der Psychotherapie und Psychosomatik 32, 138–146

Huber M (2006) Wege der Traumabehandlung. Paderborn: Junfermann, 3°

Huber M (2009) Trauma und die Folgen. Paderborn: Junfermann, 4°

Jacobi C, Paul T (Hrsg.) (1991) Bulimia und Anorexia Nervosa. Ursachen und Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A, Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: Facultas 23–179

Längle A et al. (2012) Bulimie – Die betrogene Verheißung. In: Existenzanalyse 29, 1, 46–56

Lehrhaupt L, Meibert P. (2011) Stress bewältigen mit Achtsamkeit. München: Kösel, 4°

Reddemann L (2001) Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta

Stahr I, Barb-Priebe I, Schulz E (2010) Essstörungen und die Suche nach Identität. Weinheim und München: Juventa, 5°

Weigel E (2008) Körperschemastörungen erkennen und behandeln. Stuttgart: Klett-Cotta

Anschrift der Verfasserin:

Dr.in Helene Drexler

Wilhelmstr. 7a

A – 3032 Eichgraben

hd@helene-drexler.at

ADAM, WO BIST DU? EVA WAS TUST DU?

Das Suchtpotential des romantischen Beziehungsideals und seine Auswirkungen auf Beziehungsgestaltung und Partnerschaft

Susanne Pointner

Im Fokus dieses Artikels stehen Abhängigkeit und Isolation in Paarbeziehungen. Das Aufeinander-angewiesen-Sein sowie die latente Verstrickung, die (Paar-)beziehungen generell innewohnt, soll zunächst über eine freie Interpretation der altorientalischen Erzählung von Adam und Eva bildhaft umrissen werden. Eine subjektive und moderne Sichtweise des Bildes wirft einen kurzen, akzentuierten Spot auf männliche und weibliche Grundmuster. In der Folge werden soziokulturelle Einflussfaktoren auf das psychodynamische Zusammenspiel von Paaren skizziert. Anregungen zur engagierten Gelassenheit geben einen Ausblick auf die Möglichkeit der Verbundenheit des Paares unter Wahrung von Authentizität und Autonomie.

SCHLÜSSELWÖRTER: Beziehungssucht, Paar, Partnerschaft, Begegnung, Liebe

ADAM, WHERE ARE YOU? EVE, WHAT ARE YOU DOING?
Addiction potential of the romantic relationship ideal and its impact on relationship arrangement and partnership

Focus of this article is the dependency and isolation of couple relationships. The dependency on one another, as well as the latent entanglement generally indwelling (couple) relationships, will be outlined by a free interpretation of the ancient oriental narrative of Adam and Eve. A subjective and modern perspective of the picture puts the spotlight on basic masculine and feminine patterns. Then socio-cultural influence factors on the psychodynamic interaction of couples are outlined. Inspirations for engaged serenity grant an outlook on the possibility of couples being united while preserving authenticity and autonomy.

KEYWORDS: relationship addiction, couple, partnership, encounter, love

SEIT ADAM UND EVA …

Gesellschaftliche Veränderungen haben einen Wertewandel in Partnerwahl und Beziehungsgestaltung bewirkt. Die Betonung der Authentizität, der Dialogbereitschaft, der wechselseitigen Unterstützung der Partner in der persönlichen Entwicklung und Erfüllung hat zentrale Bedeutung gewonnen. Oft sind wir überfordert damit, den hohen Idealen, die wir an uns selbst und aneinander stellen, gerecht zu werden. Der Abgrund zwischen Liebessehnsucht und alltäglicher Isolation ist der Nährboden für Bindungsvermeidung und für symbiotische Muster. Diese sollen zunächst aus einer bildhaften Perspektive reflektiert werden, um die Grundproblematik, die sich häufig in der paartherapeutischen Praxis offenbart, zu veranschaulichen. Dabei dient der biblische Schöpfungsmythos, jenseits der theologischen Interpretation, als Inspiration.

In der ersten Erwähnung von Mann und Frau erschafft Gott sie gleichzeitig und übergibt ihnen die Erde als Lebensquelle. Erst in der nächsten Erzählung wird Adam aus Lehm geformt, ihm wird Leben eingehaucht, die Sehnsucht nach der Gefährtin wird in ihm wach, er benennt, sprich unterwirft die Tierwelt, findet die „Hilfe, die ihm entspricht" jedoch nicht. Gott schafft die Frau aus seiner Seite, während Adam schläft, damit sie werden „ein Fleisch". Sie schämen sich voreinander nicht, sind verbunden in paradiesischer Umarmung, bis die Schlange Eva einlädt, einen Apfel vom Baum der Erkenntnis zu kosten.

Was passiert mit dem Paar nach der ersten Zeit der seligen Umarmung? Es ist in alten Erzählungen oft die „weibliche", intuitive, zugewandte, leicht ansprechbare, naturhafte Seite im Menschen, welche verführt wird. Die Störenfriede initiieren Konflikt, Trennung und damit auch ersehnte Entwicklung und Wiedervereinigung auf einer reiferen Ebene. In der modernen Beziehung sind es die neue Ausbildung, die Ablösung der Kinder oder die Affäre.

Eva will Kontrolle und Erkenntnis jedoch nicht allein für sich, sie reicht auch Adam die Frucht, die er offenbar ohne viel Federlesen ergreift. Der Heros belässt es im Mythos gern bei ein wenig Geheimnis und damit Ungebundenheit trotz inniger Nähe. Doch der Zauber und die Kindhaftigkeit des Anfangs können nicht währen. Eva will erkennen und erkannt werden: „*Wer und was bist du wirklich?* Was willst du wirklich? Und wie sieht deine dunkle Seite aus?" Sie – oder das Wachstumsfördernde, Unruhige im Menschen – fragt, forscht, auch auf Kosten der heiligen Ordnung (vgl. Flasch 2005). Es geht ihr um das gemeinsame Erwachsen-Werden. Doch sie versäumt es, prüfend hinzusehen auf die Wirklichkeit und ihre eigene Fähigkeit und Bereitschaft, die Konsequenzen zu tragen. Auch die heutige „Eva" bezieht ihren Adam oft nicht in ihre Entscheidungen ein, nutzt seine Ressourcen nicht, unterbricht die Verbindung zu ihm. Sie entzieht sich der Auseinandersetzung, der Stellungnahme, dem Konflikt. Sie hat in langen Jahren des Patriarchats gelernt, darauf zu „vergessen", ihn über den Verwandtenbesuch rechtzeitig zu informieren oder ihn in die Schulentscheidung des Kindes wirklich einzubeziehen. Die sonst so dialogfreudige Ausbildungskandidatin spricht wenig über die Inhalte, die sie gehört und die Erfahrungen, die sie im Kurs gemacht hat. Sie verändert sich, ohne dass ihr Partner Zugang zum Prozess bekommt. Er reagiert darauf mit Rückzug, was sie wiederum als Desinteresse interpretiert und zum Anlass nimmt, ihm mehr Geschichten, aber noch weniger von sich zu erzählen.

Wenn wir im Bild bzw. der modernen Interpretation des Mythos bleiben, so könnte man auch Adams Abwesenheit aufgreifen und sich schon vor der göttlichen Stimme fragen:

Wo ist Adam, was ist sein Part in dem Beziehungsmuster? War er vorher voll Sehnsucht, so geht nun Wesentliches im Leben seiner Gefährtin an ihm vorbei. Schläft er, achtet er nicht darauf, was sie tut und spricht, nimmt er es nicht so ernst, oder hat er den Kopf voll mit dem Auftrag, den Garten Eden zu bebauen und zu hüten? Was bewegt ihn, die angebotene Frucht so schnell zu ergreifen? Fürchtet er in der Anfangszeit, Eva zu verlieren, wenn er nicht alles teilt, was sie sich einverleibt oder sie nicht in alle paradiesischen Gefilde begleitet? Kann er sich nicht abgrenzen gegen seine schöne nackte Frau mit der süßen Frucht in der Hand? Ist er so gleichgültig, oder spürt auch er den Reiz des Wissen Wollens, auf die Gefahr hin, mehr zu erkennen als ihm lieb ist – will aber die Konsequenzen nicht tragen? Es zeigt sich, dass seine Verbindung mit Eva nicht tragfähig ist, er genießt die süßen Früchte, die sie ihm bietet, wenn es aber nur gilt, die Folgen – Erkenntnis und irdenes Leben – gemeinsam zu tragen, wendet er sich (zunächst) von ihr ab. Es scheint fast, als wolle er zurückhuschen in die einsam-erhabene Zweisamkeit mit Gott und der Tierwelt (die er benennen, also beherrschen kann) – wie man z.B. Computerspiele oder Internetseiten kontrollieren kann, nicht aber die Partnerin in der offenen liebenden Begegnung.

Nun einander in ihrer Unterschiedlichkeit erkennend, bedecken sie sich, verstecken (und schützen) sich – vielleicht mehr voreinander als vor Gott, bis dieser kommt und fragt als Wegbereiter für Generationen von PaartherapeutInnen: „Adam, wo bist Du?“ und später „Eva, was hast Du getan?“

Eva wird verlassen – wie so oft, nicht physisch, aber doch durch Adams Sich-Verhüllen und die Anschuldigung: Du hast mich von meinen Werten/ meinem Innersten getrennt. Eva schiebt die Verantwortung auf die Schlange ab und Adam beschuldigt Eva. Sie richten die Aggression gegeneinander und gegen die Welt, anstatt sie gemeinsam für die Auseinandersetzung mit dem Schicksalhaften einzusetzen. So werden sie bestraft – und zur Weiterentwicklung gedrängt. Ausgestattet mit Fellen, immerhin, werden sie in das Leben jenseits der Paradiespforten geschickt, die, so viel ist absehbar, kein Honiglecken ist. Das Paradies bleibt erhalten – wird jedoch mit Hüter und Flammenschwert versehen.

Adam wird von nun an „im Schweiße seines Angesichts“ und „unter Mühsal“ sein Brot essen und „Disteln und Dornen“ werden ihm auch in der Ehe wachsen. Eva, die nun Gut und Böse auch in Adam erkennt, wird unter Schmerzen seine Kinder gebären und Gott spricht die prophetischen Worte: „Du wirst Verlangen haben nach deinem Mann, er aber wird über dich herrschen.“ Er wird es zumindest versuchen.

In den Folgen liegen Fluch und Segen. Eva wird sich sehnen nach der unkomplizierten Begegnung der ersten Tage. Sie wird ihm die köstlichsten Früchte reichen, die sanftesten Gesprächsangebote machen, die klügsten Bücher über Beziehung empfehlen, die schönsten Unternehmungen planen, und er wird sie nicht annehmen. Sie wird locken, argumentieren, flehen, toben und resignieren. Sie wird, auch durch Schmerz und Leid, auf sich selbst zurückgeworfen, lernen, in die Differenzierung zu gehen und doch in Verbindung zu bleiben, sich und Adam zu lieben, zu achten und zu ehren.

Adam wird lernen, die Verbundenheit auch zu halten und den Blick auf das gemeinsame Gut zu bewahren, auch wenn das Mühsal und Dornen beschert. Es wird ihn zu Fleisch von seinem Fleisch treiben, er wird bitten, drängen, drohen, trotzen und fliehen. Er muss lernen auszuharren, sich selbst zu versorgen, zu sich und Eva zu stehen, in guten und in schlechten Tagen.

Das Wesentliche aber ist: Adam nimmt seine Frau an der Hand und geht. Er sagt nicht zu Gott: „Da hast du sie zurück, die „Frau, die du mir beigesellt hast, stiftet nur Unheil!“ Er nennt sie „Eva – Leben“ und: „ er erkannte sie“, und „sie wurde schwanger“. Fruchtbar wird das Paar nach dem „Sündenfall“, durch die Annahme des Anders-Seins, des Begrenzt- und Fehlbar-Seins. Nicht in der paradiesischen allumfassenden Möglichkeit, wo wir von allen Früchten kosten dürfen, doch keine uns ruft und herausfordert, erst in der leibhaftigen, ergriffenen Existenz wird das Wesenhafte sichtbar. Stellen wir uns dann in der offenen, sehenden Begegnung dem anderen, so entsteht ein „generatives Feld“, „eine gemeinsame, verbindende Plattform, die sie zu einem erlebten Wir macht“ … und in dem ein „Wechselspiel der Kräfte“ entsteht, „das wesentliche Eigenschaften der Beteiligten sichtbar macht und zu Erkenntnissen von einander und an einander führt“ (Längle 2007, 21).

Aus der naiven Verbundenheit ist eine Schicksalsgemeinschaft geworden. Eine friedliche Ehe wird es nicht gewesen sein, nach dem, was passiert ist, und nach dem späteren Brudermord ihrer Kinder zu schließen – die Verstrickung hält an und wird weitergegeben. Nun wird jedoch auch der Keim der Erlösung sichtbar, das Entwicklungspotential. Für die reife Verbindung braucht es das Entdecken der Scham, das Durchleiden der Trennung, das sich Neu-Hingeben unter Wahrung der eigenen Identität und die gemeinsame Ausrichtung auf etwas, das über die persönliche Kränkung hinausgeht.

Die Frage an Berater und HelferInnen ist: Was braucht das Paar, um individuelle und gemeinsame Entwicklung zu verbinden und zu einem gelassenen Engagement in der Beziehung zu finden, und wie können wir sie dabei unterstützen? Auftrag der Therapie und Beratung ist die Unterstützung bei der Entflechtung und die Dialoganbahnung, aber auch Bewältigung der unaufhebbaren Spannung zwischen Sein und Sollen (vgl. Kolbe 2008). Letzteres wird jedoch erschwert durch das Beziehungsideal, das wir verstärkt seit dem Ideal der Romantik im 18. Jahrhundert kultiviert haben.

DAS ROMANTISCHE BEZIEHUNGSIDEAL UND DIE REALITÄT DES PAARES

Viele Paare hoffen insgeheim, die Verstrickung aufheben, ins Paradies zurück zu können. Das hängt unter anderem mit der Vorstellung zusammen, dass wir, da wir unseren Partner selbst wählen können, in der Lage sein sollten, die Beziehung auch weiterhin erfüllend zu gestalten. Das entscheidende Kriterium für die Partnerwahl ist dabei, trotz Internet und Kontaktbörse, weniger die gesellschaftliche oder psychologische Kompatibilität, als vielmehr die subjektiv erlebte Anziehung, spürbar als Verliebtheit. „Wir sehnen uns, ach! unser ganzes Wesen hinzugeben, uns mit aller Wonne eines einzigen, großen, herrlichen Gefühls ausfüllen.“ seufzt Goethes Werther. Seit der Romantik wurde die freundschaftliche und erotische Liebe zu einem Muss in der Ehe. Sie wurde nicht mehr als gesellschaftliche Notwendigkeit und

religiös-moralische Absicherung, sondern als Krönung der Liebe von zwei Individuen gesehen (vgl. Luhmann 1982). Mit dem Infrage-Stellen religiöser, politischer, naturwissenschaftlicher und gesellschaftlicher Anschauungen und Normen wurde die Gestaltung eines glücklichen, sinnvollen und erfolgreichen Lebens Aufgabe und Herausforderung des Individuums und der Paarbeziehung. Man sucht im anderen nun sein Spiegelbild, die Integration der eigenen Schattenanteile und sein Entwicklungspotential.

Auf den PartnerInnen lasten somit hohe Erwartungshaltungen. Wenn die Liebe mit dem Liebeserleben gleichgesetzt wird, dann bedeutet es auch, dass mit dem Abflachen der Verliebtheit die Partnerwahl in Frage gestellt wird. Der natürliche Prozess der Korrektur und Erweiterung der Wahrnehmung der eigenen Person und des Partners/der Partnerin nach der Verarbeitung des emotionalen Rauschs der jungen Liebe wird als persönliches Versagen und als Enttäuschung erlebt. Das Happy End der Hollywoodblockbuster weckt, trotz kognitiver Richtigstellung, tiefe Sehnsüchte, die nach Erfüllung streben.

In der „befreiten Sexualität" wird das vitale Angesprochen-Sein und die erotische Anziehungskraft zum Gradmesser für die Qualität der Beziehung. Die Paare fragen sich irritiert, warum sie so wenig Lust auf Sex haben. Ihnen ist zu wenig bewusst, dass die Voraussetzungen für das Aufkeimen von Begegnung, Erotik und Lust oft nicht ausreichend gegeben sind. Raum und Zeit, sich einzulassen auf den anderen, aber auch das Erleben der eigenen Authentizität, welches die Spannung der Liebe trägt, sind oft defizitär, und so stellt sich die ersehnte Öffnung und die erwartete Vitalität nicht ein. Die Fremdheit und Wildheit des/der anderen macht Angst, ist nicht kontrollierbar wie die leicht zugängliche virtuelle Lust, nicht hygienisch sauber verpackt, unverbindlich, wiederholbar. Umgekehrt wollen Männer und Frauen jedoch nicht auch in diesem intimen Bereich noch etwas beweisen oder „funktionieren", und reduzieren unbewusst die sexuellen Impulse, wobei häufig einer den Anklagenden, der andere den eher schuldbesetzten Part übernimmt. Beide halten gemeinsam die Ambivalenz aufrecht. In der Therapie von sexuellen Störungen weckt erst die Kunst des Lassens – des sich berühren Lassens, des Zurücklassens der Alltagsrealität, des Loslassens von Zielvorgaben das erotische Potential der Liebenden (vgl. Längle 2012).

Wo die Lust abhandenkommt, stellen sich Dynamiken ein, die die Lücke füllen sollen – sowohl Möglichkeiten der persönlichen Bedürfnisbefriedigung, also jegliches Suchtpotential der beiden Partner, als auch Halt gebende Elemente für die Beziehung, vorwiegend auf der funktionalen Ebene. Wenn längst kein Gespräch mehr stattfindet, wäscht sie ihm noch die Wäsche, wenn Sex nur mehr eine schwache Erinnerung hervorruft, fährt er ihr Auto noch zum Reifenwechsel. Leider werden diese Gesten nicht mehr mit Dankbarkeit und Wertschätzung (sich und dem anderen gegenüber) wahrgenommen, sondern als selbstverständlich, als notwendige, aber lästige Pflicht, als Benutzt-Werden – was, weil es nicht mit echter Zustimmung geschieht, nachvollziehbar ist. Die Beziehung bleibt erhalten, die Liebe geht in den Untergrund.

Der Traum von der anhaltenden Verzauberung mit dem idealen Partner/der idealen Partnerin wurde in der Postmoderne nicht aufgegeben, sondern im Gegenteil die perfekte Beziehung zum Marktwert und Statussymbol erhoben. Das „Gelingen" von Beziehungen hat großen Einfluss auf die Bildung der eigenen Identität und die Erhaltung des Selbstwerts. Durch die individualisierte Entscheidung zur Ehe wird deren Scheitern als persönliches Versagen erlebt. Obwohl heute scheinbar alles erlaubt ist und die Scheidungsrate steigt, ist die soziale Sanktionierung der Veränderung von Familienstrukturen wesentlich selbstwertschädigender als der fast heroische Liebeskummer des romantischen Helden. Durch die selbstwertbildende Funktion und die leichtere Auflösbarkeit von Beziehungen (zu zwei Drittel von Frauen initiiert) muss die Anerkennung des anderen rasch gewonnen und unbedingt erhalten werden. Das setzt in Zeiten der Individualisierung ein hohes Maß an zur Schau gestellter Schein-Autonomie, sprich „kultivierter Bindungsvermeidung" voraus. „Männer verhalten sich wie in einem Markt, in dem ein Angebot an Liebe, das größer ist als die Nachfrage nach ihr, von vornherein ein Ungleichgewicht erzeugt, das diese Männer zwingt, sich irgendwie zu distanzieren." (Illouz 2011, 157) Frauen wiederum, in der verständlichen Komplementärreaktion „„suchen mit saugendem Blick und einer bald schmeichelnd werbenden, bald nörgelnden Stimme die Männerwelt ab, ob endlich die ideale Mischung von Bindungsbereitschaft und Gefühlssicherheit auftaucht, die ihrem Wunsch nach Zärtlichkeit und differenziertem Gespräch standhält" (Schmidbauer 1985, 103).

Doch der Schein trügt. Frauen zeigen sich in der Paartherapeutischen Praxis bei näherem Hinsehen oft weniger bereit, sich aus der Wunschhaltung, der Partner möge sich endlich weiterentwickeln, zu lösen, als es zunächst den Anschein hat. Diese Haltung macht sie ohnmächtig, weil abhängig von seinem Engagement, und mindert die Fähigkeit, sich wirklich auf die tiefe emotionale Verbindung einzulassen. Hinter der vermeintlichen Autonomie der Männer wiederum wird oft nach und nach Angst vor dem Ausgeliefert-Sein sowie erstaunliche Beeinflussbarkeit und Verletzbarkeit durch die Partnerin sichtbar (vgl. Pointner 2016).

Die Kenntnis der rapiden Veränderung, der die Vorstellung von Ehe, Zusammenleben und Familie im letzten Jahrhundert unterworfen war und auch gegenwärtig ist, kann KlientInnen entlasten und gleichzeitig ermutigen, die Suche nach authentischen Wegen eher als Pionierarbeit zu sehen, als sich an traditionellen Rollenbildern gescheitert zu erleben. Frankl (1985) mahnt, dass es zu einfach sei, das Sinnlosigkeitsgefühl auf die gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedingungen zurückzuführen. Es gilt, die KlientInnen zu ermutigen, die beste Möglichkeit vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Wirklichkeit zu wählen.

Oft wird der erste Schritt das Akzeptieren der Grenze des Machbaren in der Paarbeziehung sein. „Freies Wollen gründet sich in der nicht fassbaren Tiefe des Personseins. Der Weg dahin geht über das sich Lassen-Können. … Denn wenn sich nicht zeigen darf was ist … positioniert man sich außerhalb der Realität." (Längle 2012, 18/19) Manchmal ermöglicht erst das Thematisieren der Trennung, jedenfalls der Unterschiedlichkeit der PartnerInnen eine neue Offenheit in der zwar schmerzhaften, aber ehrlicheren Begegnung. Arnold Retzer (2010) spricht sich in seinem Buch „Lob der Vernunftehe" dafür aus, dass der Weg von der „Illusion des Vertragens zur Reife des Ertragens" beschritten wird. Die „resignative Reife" zeichnet sich durch einen Verzicht auf

die Lösung von Problemen aus, weil die meisten Paarprobleme nicht lösbar sind, sondern sich nur der Umgang und die Sichtweise verändern kann. Weiters verzichtet sie auf Glück im Sinne des anhaltenden Lustempfindens und auf eine „realistische Sicht des Partners" im Sinne einer Bereitschaft, immer auch das Potential, das Beste im anderen vorwegzunehmen. Und sie verzichtet auf ausgleichende Gerechtigkeit im Sinne des Tauschhandels der Liebe.

Es scheint, dass die pathische Dimension, wie Frankl sie nennt, sprich die Leidensfähigkeit des Menschen, wieder salonfähig wird. Das kann, muss aber nicht bedeuten, sich auch in der täglichen Lebensgestaltung vom Partner zu trennen. Die bewusste Entscheidung, dauerhaft oder vorübergehend nicht in einer Partnerschaft zu leben, kann ein wichtiger und wertvoller Entwicklungsschritt sein, sofern die Bereitschaft gegeben ist, die problematischen Beziehungsmuster mit oder ohne den getrennten Partner zu verarbeiten.

PERSONALE BEGEGNUNG

Die Sehnsucht, die Mann und Frau, Himmel und Erde eint, muss scheitern, wenn moderne Paare mit der Erwartung in die Beziehung gehen, dass sie vom Höhenrausch der jungen Liebe direkt in die tiefe geistige Verbundenheit des weisen, zusammengewachsenen Paares gleiten. Und doch: Der Hüter der Paradiesschwelle drückt öfter mal ein Auge zu. Im Sein und Wachsen erleben wir den „Rest des Paradieses", im Sich-selbst-Sein und In-anderem-Werden reifen wir in die existentielle Begegnung in der elaborierten Ebene (Längle 2014). Es gibt auch in der langjährigen Paarbeziehung das Flow-Erleben, die „Unio mystica", die Selbsttranszendenz, die unbegreifliche Wandlungskraft der Liebe, und immer wieder neu die Chance, diese neu zu entdecken und zu entfalten.

Die Herausforderung besteht darin, KlientInnen darin zu unterstützen, ihr Innerstes und Eigenstes zu bewahren und gleichzeitig doch dem Gegenüber zu öffnen, damit es sich auch selbst öffnen kann – um es aufzuschließen, damit es von seiner noch unreifen oder „verwunschenen" Gestalt lassen und sich in seiner wahren Gestalt zeigen kann. Es ist die Schutzlosigkeit, die gerade unsere Zärtlichkeit weckt. Der Weg aus dem Machtkampf muss sich mit der Verwundbarkeit des anderen auseinandersetzen. Daraus erwächst das Verständnis für sein „Anders-Sein", „seine Fremdheit" und sogar seine zeitweilige „Grausamkeit". Verstehen heißt nicht gutheißen, sich dem willenlos oder ungeschützt auszusetzen oder für alle Ewigkeit als gegeben hinzunehmen. Im Gegenteil, durch das annehmende In-den Dialog-Treten auch mit diesen Anteilen des Partners hole ich sie ans Licht und damit auch in die Notwendigkeit der Stellungnahme durch den Partner. Ich belasse es jedoch in seiner Verantwortung, wie er den weiteren Umgang mit den verwundet-verwunschenen Aspekten gestaltet – die Anfrage an mich liegt darin, eine mich schützende, respektvolle, authentische und sinnvolle Antwort darauf zu finden.

Konkret heißt das in Therapie und Beratung: Den Weg zu einer Auseinandersetzung mit der Verletzung, Angst, Wut, Sehnsucht eröffnen – für sich selbst und für den Partner; zu einem Begreifen, Befühlen und Verstehen des (möglicherweise blockierten) Entwicklungsweges der beiden miteinander. Die Stärke des existenzanalytischen Ansatzes liegt in dieser Anregung zum Dialog mit sich und der Welt, in dem Mittler-Sein zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Anleitung zur phänomenologischen Wesensschau – also dem Erhellen der Beweggründe, die hinter den Vorwürfen oder dem verzweifelten Mauern liegen – und letztlich, in der Tiefe, immer Lebendigkeit, Werthaftes, Sinnvolles, Erlösendes wollen.

Paare begegnen einander nicht nur, weil ihr Riechhirn sie als optimale Genkombination zusammenführt. Manche Paare wollen im physischen Sinn fruchtbar werden, die meisten wollen eine sinnvolle Begegnung auf der geistig-personalen Ebene erhalten. Sie wollen einander unterstützen, beleben, zur Entwicklung anregen und gemeinsame Aufgaben erfüllen. Dazu gehört nicht nur das Schaffen und Erhalten der gemeinsamen Welt, sondern auch das beiderseitige Herausführen aus dem Getrieben-Sein, das Verändern von unfreien Mustern, die vielfach schon über Generationen zur Familientradition gehören. Sich den Wünschen des Partners/der Partnerin und seinen/ihren Erwartungen anzupassen, sich ihnen in stiller Verweigerung zu entziehen oder sich an ihnen in zermürbendem Aufbegehren wundzulaufen, bringt keine Vertiefung der Liebe und kein Wachstum der Person. Es gilt vielmehr, dem emotionalen Druck im Zusammensein standzuhalten, und das bedeutet, auch in der Intimität wahrhaftig auf die eigene innere Stimme zu hören. Veränderungen geschehen, wenn die PartnerInnen ihre kleinen Schocks bis zu dem großen Trennungsschock zurückverfolgen, durch ihn hindurchgehen und den essenziellen Qualitäten von Weite, Liebe und Annehmen Raum geben. Dann erfahren sie in der Abgrenzung die Grenzenlosigkeit.

Literatur:

Flasch K (2005) Eva und Adam. Wandlungen eines Mythos. München: C.H. Beck

Frankl V E (1985) Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn. München: Piper

Illouz E (2011) Warum Liebe weh tut. Berlin: Suhrkamp

Kolbe C (2008) Existenzanalytische Paartherapie. Existenzanalyse 25/2, 4–11

Längle A (2007) Das Bewegende spüren. Phänomenologie in der (existenzanalytischen) Praxis. Existenzanalyse 24, 2, 17–29

Längle A (2012) Vom gelassenen Wollen zum erzwungenen Lassen. Zur Praxis der realen Freiheit. Existenzanalyse 29/2, 15–30

Längle A (2014) Längle A (2014) Die Aktualisierung der Person. Existenzanalytische Beiträge zur Personierung der Existenz. In: Existenzanalyse 31/2, 16–26

Luhmann N (1982) Liebe als Passion. Zur Codierung von Intimität. Frankfurt: Suhrkamp

Pointner S (2016): Adam wo bist Du? Eva was tust Du? Befreiung aus Isolation und Abhängigkeit in Paarbeziehungen. Orac. Wien.

Retzer A (2010) Lob der Vernunftehe. Eine Streitschrift für mehr Realismus in der Liebe. Wien: Fischer

Schmidbauer W (1985) Die Angst vor Nähe. Reinbek: Rowohlt

Anschrift der Verfasserin:

Mag. Susanne Pointner

Einwanggasse 23/12

A – 1140 Wien

susanne.pointner@existenzanalyse.org

SEXUALITÄT UND INTERNET

Susanne Adamek

Das Internet ist heute nicht mehr wegzudenken und Sexualität und Pornographie sind fester Bestandteil von Suchanfragen. Mehr als 30% des Datenverkehrs weltweit sind pornographisch. Dieses Phänomen verändert die Gesellschaft, ihre Vorstellung von Sexualität, Geschlechterrollen und Erotik. Sexualität und Zeitgeist lassen sich nicht trennen. Exzessiver Konsum ist jedoch ein Symptom, das in der psychotherapeutischen Praxis nicht nur angefragt, sondern auch behandelt werden sollte.

SCHLÜSSELWÖRTER: Pornographie, Internet, „sex pour sex", gesellschaftliche Veränderung – Befreiung und Gefahr

SEXUALITY AND INTERNET

The internet today has become indispensible, and sexuality and pornography are firm components of search queries. More than 30% of the worldwide data traffic is pornographic. This phenomenon transforms society, its concepts of sexuality, gender roles and eroticism. Sexuality and zeitgeist cannot be separated. However, excessive consumption is only a symptom which shouldn't only be taken into account in psychotherapeutic practice but treated as well.

KEYWORDS: pornography, internet, "sex pour sex", social change – liberation and risk

DAS THEMA POLARISIERT

Zitat aus einem Artikel in der Zeit vom August 2014: „Wenn man etwas über Sex wissen will", so schreibt Marie Schmidt, „darf man sich nicht schämen, sondern geht ins Internet. Da findet man die vernünftigste Pornografie, die es je gab. Sie kostet nichts, und man kann sie auf dem eigenen Bildschirm sehen. Man gibt etwas mit der Partikel „porn" in die Adresszeile ein und wird gefragt, ob man volljährig ist. Es gibt Knöpfe für „Ja" und „Nein". Das ist einfach. Pornografie ist jetzt für jeden zugänglich." (Schmidt 2014, 35)

Hier sehen wir ein ganz typisches Beispiel für einen Diskurs, der heute mit deutlich größerer Unbefangenheit geführt wird als je zuvor. Was einst als schmuddelig, schmutzig und verboten angesehen wurde, ist gesellschaftsfähig geworden.

In einem Schlussplädoyer desselben Artikels heißt es: „In der professionellen Sex-Ratgeberliteratur wird zum Beispiel dringend zur Masturbation angehalten, dem Zweck der Pornografie. Der Orgasmus gehört zur Volksgesundheit, und Pornos, an denen nur einverstandene, zurechnungsfähige Erwachsene beteiligt sind, werden als nützliche Sauerei aufgefasst, solange sie dazu beitragen." (ebd., 35)

Die geposteten Kommentare der Leserschaft fallen fast durchwegs positiv aus.

Aber natürlich finden sich nicht nur Anhänger dieser Haltung. Es gibt auch Menschen, die sich besorgt äußern. Besorgt, dass Intimes so öffentlich gezeigt wird, dass Partnerschaften darunter leiden, dass sexuelle Gewalt gefördert würde, dass Kinder und Jugendliche einen zu leichten Zugang zu Pornografie haben und diese nächste Generation – Johannes Gernert (2010) nennt sie „Generation Porno" – sich Sexkonsum-orientiert, süchtig und weniger beziehungsfähig entwickle. So ist zum Beispiel vor einigen Jahren in Deutschland ein Buch erschienen mit dem Titel: „Deutschlands sexuelle Tragödie. Wenn Kinder nicht mehr lernen, was Liebe ist." (Siggelkow & Büscher 2008) Ein anderes hat den klingenden Titel „Digitales Verderben" (Wöhrle, et al. 2014) und ist im letzten Jahr erschienen – wie der anfangs zitierte Artikel.

VOM RANDPHÄNOMEN ZUM MEGATREND

Das Internet ist heute nicht mehr wegzudenken, und Sexualität und Pornographie sind fester Bestandteil von Suchanfragen. Jeder dritte Download und jede vierte Suchanfrage im Netz betrifft Pornographie. Das sind 30% des Datenverkehrs (Verein Safer Surfing 2015)!

Die Zahlen der Porno-User bewegen sich zwischen 50% und 80% der Bevölkerung.

Es handelt sich nicht um eine Subkultur, wir sprechen also nicht von *den anderen,* sondern von Ihnen, von uns, unseren Kindern und unseren Eltern!

Einerseits bewirkt dieser Pornoboom eine Befreiung einer traditionell sexualfeindlichen Kultur, und man kann durchaus argumentieren, dass die Darstellungen von sexuellen Handlungen auch nicht hässlicher, schädlicher oder perverser sind als die Darstellungen des Tötens und Mordens. Doch daran sind wir offenbar schon mehr gewöhnt. Andererseits ist der Anteil an Gewalthandlungen mit sexuellem Charakter auch gestiegen, und das ist diskussionswürdig.

Was früher zumindest Kindern meist verborgen blieb, ist nun allgemein zugänglich. Seit es Smartphones gibt, müssen Eltern kapitulieren. Denn es gibt zwar Kindersperren, aber die meisten Eltern kennen sich viel zu wenig aus, um sie zu installieren – und außerdem: Wenn auch das eigene Kind kein Smartphone besitzt, dann haben es eben genug andere in der Schule. Kinder und Jugendliche werden mit Sex und Pornografie im Internet konfrontiert. Das durchschnittliche Einstiegsalter: 10–14 Jahre. Hier gibt es Handlungsbedarf.

Faktum ist: Die Generation der heute 20 Jährigen ist zu über 90% mit pornographischen Inhalten sozialisiert worden. Und zweifellos wurde ihre Vorstellung von Sexualität, Geschlechterrollen und Erotik durch Pornographie mitgeprägt.

Es ist soziologisch und medienwissenschaftlich gesichert, dass ein großer Teil dessen, was bis vor 15 Jahren mit dem Begriff Pornographie bezeichnet wurde, zum Mainstream geworden ist (Ehalt 2014).

Wir können also durchaus von einer **Pornographisierung unserer Gesellschaft** sprechen. Aus einem Randphänomen ist ein Megatrend geworden.

Was bedeutet es aber für uns, wenn das, was früher anstößig war, nun ganz normal wird, im Sinne „das machen die meisten", oder schon geworden ist? Das ist zweifellos eine massive Veränderung und eine große Herausforderung. Und ich möchte sie zunächst in die Reihe der großen Veränderungen im vergangenen Jahrhundert stellen.

DIE GROSSEN VERÄNDERUNGEN

Schauen wir zunächst kurz zurück: Wann haben diese großen Veränderungen unserer westlichen Gesellschaft in Bezug auf Sexualität begonnen?

Zwei Diskurse bestimmen die heutigen sexuellen Verhältnisse:

Die sogenannte „sexuelle Revolution" fand in den 60er und 70er Jahren des 20. Jahrhunderts statt und brachte den großen Umbruch. Dieser **liberale Diskurs** brachte eine Befreiung von den sehr strikten Normen, über die es davor keine Diskussion gab. Die Zeit davor war:

- Eheorientiert; nicht nur Beziehung, sondern die Ehe war das eigentliche Ziel.
- Penetrationsorientiert; gelingende Penetration ist gleich gelingende Sexualität und
- Patriachal; bis in die 70er Jahre war der Mann noch gesetzlicher Haushaltsvorstand!

Der 2. Diskurs, der **Selbstbestimmungsdiskurs** der 80er Jahre, wurde vor allem von den Frauen geführt. Sie thematisierten sexuellen Zwang, sexuellen Missbrauch, sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz, Vergewaltigung (auch in der Ehe), Sexismus im Alltag und auch Pornographie.

Dies führte zu einer Sensibilisierung und brachte einen neuen Sexualkodex hervor, mit dem Ziel sexueller Umgang soll herrschaftsfreier, berechenbarer, friedlicher und kommunikativer sein.

Diese beiden Diskurse brachten tatsächlich einen großen Wandel. Die alte Sexualmoral verschwindet. Die Anzahl der Sexualpartner ist gestiegen, das Alter des sexuellen Erstkontakts gesunken. Das Strafrecht wurde geändert. Sexuelle Verbrechen und Vergehen sind in akzeptierte Sexual- und Geschlechtsformen transformiert worden. Ein anschauliches Beispiel ist die Homosexualität. Hierfür reichte die Palette an Strafen von Todesstrafe bis zu Gefängnis, später galt sie noch lange als Krankheit und Perversion (vgl. Eder 2009). Und heute ist Conchita Wurst ein international gefeierter Star.

Die heutige Sexualmoral heißt: Zwei erwachsene Menschen bestimmen, was sie gut und aufregend finden und was eben nicht. Die Akteure und nicht die Handlung bestimmen die Moral. Wir leben im Zeitalter der seriellen Monogamie, in einer „Verhandlungs- bzw. Konsensmoral." (Schmidt 2005, 10)

Mit diesen neuen Freiheiten entstanden aber auch neue Ansprüche: Gelingende und befriedigende Sexualität soll die großen Glücksmomente erleben lassen. Guter Sex zählt im Ranking für Wünsche an Partnerschaft zu den wichtigsten Werten. Gelingende Sexualität ist Teil des gelingenden Lebens.

SEXUALITÄT IM INTERNET – DER NEUE DISKURS

Und nun befinden wir uns erneut in einem Diskurs. Das Internet und seine Angebote verändern unsere Sexualität, unsere Geschlechterrollen, unsere Beziehungen. Es gibt eine Vielzahl an Plattformen für Kontaktbörsen, Cybersex und Pornographie. **Anonym, kostenlos und jederzeit verfügbar.**

Viele Menschen bewegen sich in Erotikchatrooms. Die beteiligten Personen suchen sexuelle Erregung und Befriedigung, während sie einander digitale Botschaften übermitteln. Cybersex, so der terminus technicus, gehört inzwischen für einen beträchtlichen Teil der Bevölkerung zum sexuellen Repertoire und kann zumindest für Männer als eine neue Sexualform – eine „Neosexualität" – (Sigusch 2005) bezeichnet werden. Im vollen Umfang gilt das für homosexuelle Männer.

Ob man beim Cybersex bleibt oder es durch die Kontaktaufnahme auch zu einem realen Treffen kommt, entscheiden die Beteiligten. Alles ist möglich.

Das große Geschäft aber ist die Pornographie, ein Massenmedium und ein Wirtschaftsimperium ungeahnten Ausmaßes, und das Internet ist ihr wichtigster Verbreitungsweg geworden.

Ein Beispiel für eine gut besuchte Internetplattform ist *Youporn,* nach dem Modell von Youtube, zum kostenfreien Austausch pornographischer Videos. Sie existiert seit 2006. Die Seite kann auf Stichwörter – da gibt es ein riesiges Inhaltsverzeichnis - durchsucht werden. Die Videos enthalten Ausschnitte aus kommerziellen Pornofilmen, Werbespots für pornographische Websites und eine große Anzahl an Amateurvideos. Was können wir sehen?

EGOMANIE – LUST – ECHTHEIT – SEX POUR SEX

Alles Erdenkliche und Phantasierte, aber auch nicht Erdachtes und jenseits der eigenen Phantasie, was Frauen mit Männern, Frauen mit Frauen, Frauen mit Gegenständen, Männer mit Männern, Menschen mit Tieren sexuell, also mit ihren Geschlechtsteilen und allen Körperöffnungen tun können.

Die meisten Videoclips dauern zwischen 3 und 30 Minuten, es gibt keine eigentliche Handlung, es geht um den sexuellen Akt selbst, sex pour sex.

Die Akteure sind meist sauber und rein, rasiert, epiliert, schlank oder rund, mit oder ohne Silicon in den Brüsten, alle Hautfarben, aus allen Kontinenten, auf der Couch, im Bett, in der Küche. Viele Amateurvideos, viele so-als-ob Amateurvideos, oft ohne Kopf, nur der Rumpf (vielleicht will man ja nicht erkannt werden).

Wichtig ist – und das gilt für alle Pornovideos –, dass die Kamera die Geschlechtsteile in Großaufnahme filmen kann. Hardcore eben. Es geht nicht um Romantik, Liebesgefühle, Rücksichtnahme. Es geht nicht um Glaubwürdigkeit der Handlung, wenn es denn eine gibt. Eine eventuelle Handlung dient nur als kurzer Impuls für eine sexuelle Phantasie, wie z.B. Inzestbeziehungen (Vater/Tochter, oft Stiefvater/Tochter, auch Opa/Enkelin) oder spontane sexuelle Beziehungen, wie z.B. eine Frau wird auf der Straße angesprochen und hat bereits nach wenigen Minuten Sex mit einem oder mehreren fremden Männern. Das entspricht zwar kaum

der Realität, eignet sich jedoch erfolgreich als beliebter Plot.

Es geht im Grunde egomanisch zu. Es geht um Begierde, Lust und um eindeutige Beweise, um Echtheit; die Ejakulation muss deutlich zu sehen sein.

PORNOGRAPHIE UND GEWALT

Dass auch Gewalt und Schmerz echt und drastisch gezeigt werden, fand ich bei meiner Forschung irritierend, beängstigend und unsympathisch. Ich weiß nicht, ob es Inhalt des überwiegenden Teils der Pornofilme ist, aber eine Verherrlichung von Gewalt ist leider in vielen Pornoclips zu finden.

Die Diskussion über Pornographie und Gewalt fand, wie bereits erwähnt, erstmals in der Frauenbewegung in den 1980er Jahren einen Höhepunkt.

Gunther Schmidt (1991, 147) publiziert in dieser Zeit „Das große Der Die Das“ und nennt den Sadomasochismus das eigentliche Leitthema der Pornographie: „Anonymität, Fetischisierung, wobei der Penis der Oberfetisch, das Objekt höchster Verehrung sei, und ohne Macht und Unterwerfung, ohne Triumph und Demütigung ist Pornographie nicht denkbar.“

Was die Auswirkungen betrifft, so formuliert er **3 Thesen,** die nichts an Aktualität und Gültigkeit verloren haben:

Die Entlastungsthese, der zufolge Pornographie hilft! Die Umsetzung gefährlicher sexueller Impulse in Handeln wird vermieden, die Tendenz zu Gewalt- und Straftaten reduziert. Pornographie hat eine Ventilfunktion.

Die Immunthese, der zufolge nur solche Pornographie interessiert und konsumiert wird, die zu den eigenen erotischen Phantasien und Vorlieben passt. Man schaut sich nur das an, was einem gefällt, was man selbst als erregend erlebt. Pornographie kann die sexuelle Eigenart eines Menschen nicht umdrehen, nicht „pervertieren“.

Die Ansteckungs- und Degenerationsthese, der zufolge die Pornographie die Sexualität (der Männer) brutalisiert, sie zu Frauenverachtung, -hass und -vernichtung degenerieren lässt. Diese Auffassung vertritt auch Alice Schwarzer. Sie verlangte schon 1987 in ihrer Kampagne PorNO ein Anti-Porno-Gesetz. Auf den Protest der Feministinnen wurde stereotyp erwidert, die Pornografie sei nicht nur ein unverzichtbarer Teil von Meinungsfreiheit bzw. Kunst, sie sei auch eine Art Ventil zur Triebabfuhr.

NEUE VERÄNDERUNGEN

Heute – 30 Jahre später – lassen sich durch die Omnipräsenz der Bilder **neue Auswirkungen** feststellen:

- Eine **Kommerzialisierung** von Sexualität,
  („Sex Sells“); Die Werbung verwendet die Bilder der Sexualität, und wir werden massiv beeinflusst.
- Eine **Banalisierung** von Sexualität;
  „Abstumpfung“ und öde Stereotypisierung, überall sexuelle Themen und Bilder, die übersättigen. Das führt in vielen Fällen zu sexueller Unlust in der Partnerschaft.
- Die **Ästhetisierung** von Sexualität;
  Schmutz und Sünde? Das war einmal! Sex ist zu einem ästhetischen Thema geworden und passt zu einem neuen Körperbewusstsein. Geschlechtsteile sind rein und appetitlich. Ein Großteil der Frauen lebt real mit Intimrasur, Schamlippenkorrekturen sind keine seltenen Operationen mehr, und selbst der Anus wird gebleicht, „gebleached“ – sicher eine Folge der Pornographie. Die Körper müssen gepflegt, gestyled und fit sein, denn die Performance soll perfekt sein.
- **Vielfalt an Genres**
  Heute wird nicht mehr gefragt: Was ist normal, was ist pervers? Viel mehr: alles ist möglich und ich bin nicht allein damit.
- **Neue Vorbilder**
  Pornographie schafft Vorbilder und einen ganz gewaltigen Druck: Ich möchte oder ich muss (?) umsetzen, was ich gesehen habe, was mein Vorbild ist. Das sind zum einen die glatten, jungen Körper: Bin ich attraktiv und schlank genug? Glatt und gepflegt? Sauber und duftend? Zum anderen ist es die Leistung: Bringt der eigene Penis in der Realität auch die Leistung wie im Film? Ist die Erektion stark genug, hält sie lang genug? Ist die Ejakulation auch stark? Ist mein Repertoire auch vielfältig genug – Stellungswechsel, Oral-, Analsex? Perfektes Aussehen, perfekte Leistung, perfekte Performance. Alles zielt auf eine narzisstische Selbstdarstellung ab. Die Sexualität wird selbstoptimiert, selbstdiszipliniert und kann – so formuliert es Sigusch (2005) äußerst treffend – wegen ihres hohen Anteils an Egoismen auch „Selfsex“ genannt werden. Das ist ein Trend, der gut zu beobachten ist, z.B. auf der Love Parade oder ähnlichen Events.

Real gelebte **Sexualität in der Partnerschaft** unterscheidet sich aber grundsätzlich von den Vorgaben der Pornoclips. Es sind vor allem die erwachsenen Frauen, die bestimmen, wie Sexualität in der Partnerschaft tatsächlich gelebt wird. Sie steuern in der Praxis massiv gegen die Pornographisierung, während Männer, nicht nur junge Männer, Pornos konsumieren – regelmäßig und zum Teil exzessiv.

Dieses Thema findet sich durchaus häufig in der psychotherapeutischen Praxis.

Manche Frauen beklagen den Pornokonsum ihrer Männer. Sie leiden vor allem dann, wenn der Partner sich nur noch mit den Frauen im Internet beschäftigt und sie keine gemeinsame Sexualität mehr erleben. Andere fühlen sich gekränkt und betrogen, auch wenn sie mit ihrem Partner Sex haben.

Manchen Frauen macht es gar nichts aus, sie sehen den Pornokonsum des Partners als eine eigenständige Form der Sexualität neben ihrer gemeinsamen Sexualität. Hier sehen wir, wie Paare dieses Thema unterschiedlich verhandeln. Die eine Frau fühlt sich betrogen, die andere entlastet. Die Haltungen, die dahinter stehen, sind unterschiedlich: Unser Sex gehört ausschließlich uns. Oder aber: Wir haben unseren Teil der Sexualität und es gibt auch einen Teil, der jedem ganz allein gehört.

Bei Mädchen und jungen Frauen verhält es sich zum Teil anders. Um nicht als prüde zu gelten, beteiligen sie sich an Handlungen, die sie vielleicht oder eigentlich nicht mögen, und geben dem Druck der neuen Ansprüche nach (Mundschitz 2014). Es ist nicht wie früher der moralische Druck von oben, sondern ein anderer, der nun sexuelle Praktiken wie in den Filmen verlangt.

„GENERATION PORNO“

Wie berechtigt ist die Angst um die Jugendlichen?

Jugendliche erleben Pornographie vor einer realen Partnererfahrung. Sie wachsen nicht hinein, sondern sie wachsen damit auf. Damit ist Neil Postman's Publikation aus den 80er Jahren „Das Verschwinden der Kindheit“ (1982) zur Realität geworden .

Auch hier wird sehr kontrovers argumentiert: So glauben manche Experten an eine starke Beeinflussung durch Pornokonsum bis hin zu einer Prägung für sexuelles Handeln (siehe Ansteckungsthese), so beruhigen andere (siehe Immunthese), wie die folgende Studie:

Eine 2011 veröffentlichte Interview-Studie von Matthiesen & Schmidt kam zu diesen Ergebnissen: „Jugendliche gehen mit dem Internetangebot wählerisch um, ihre sexuellen Vorlieben und Strukturen bestimmen den Pornographiekonsum, nicht umgekehrt. Jugendliche unterscheiden klar zwischen ihrer realen und der virtuellen sexuellen Welt und wollen die eine nicht durch die andere ersetzen. Sie gucken sich solche sexuellen Fertigkeiten und Variationen ab, die zu ihren sexuellen Wünschen passen, und beginnen heute vermutlich früher damit, orale Praktiken und unterschiedliche Stellungen auszuprobieren. Sie grenzen sich kritisch vom in der Pornografie vermittelten Frauenbild ab und haben wenig Angst sich damit anzustecken. Ihr Umgang mit Pornographie ist unaufgeregter als die öffentliche Diskussion darüber.“

Ich kann diese Ausführungen aus meiner Feldforschung und aus meiner Praxis nur bestätigen.

SUCHT?

Es existiert keine Einigkeit bezüglich des Krankheitsbildes, einer Mischung von Sexsucht und Internet- oder Onlinesucht. Experten sprechen von Pornographiesucht, Cybersexsucht oder Internetsexsucht. Andere Wissenschaftler glauben nicht an ein eigenständiges Krankheitsbild. Sie nehmen an, dass eine Abhängigkeit, die mit dem Internet zusammenhängt, immer in Kombination mit anderen psychischen Krankheiten vorkommt.

Über Anzahl der Pornosüchtigen kursieren sehr unterschiedliche Behauptungen. So hört oder liest man mancherorts, dass nur einer von 1000 süchtig ist, während andere von bis zu 12 % abhängigen Porno-Usern sprechen (diese Zahlen kommen aus Amerika).

Was meint man mit Sucht in diesem Kontext? Ich beziehe mich hier auf einige Leitsymptome nach dem Sexualforscher und Psychiater Giese (1962): Es sind Menschen, vor allem Männer, die völlig beherrscht sind vom Konsum der Pornographie. Sie sind dem Verlangen ausgeliefert wie ein Suchtmittelabhängiger seiner Droge, mit Kontrollverlust und Steigerung des Verlangens – also zunehmender Frequenz, und gleichzeitig wird das Gefühl der Befriedigung immer schwächer. Das Verlangen wird immer wieder als dranghafte innere Unruhe und Sexualnot erlebt.

Wolfgang Berner und andere (2009) sprechen von Sexsucht erst dann, wenn die Symptome über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten bestehen. Außerdem müssen die Phantasien oder Verhaltensweisen klinisch relevante Schwierigkeiten oder Einschränkungen in wichtigen Bereichen zur Folge haben. Wie z.B. grobe Vernachlässigung der Alltagsaufgaben, Beruf, völliger Rückzug von realen sozialen Kontakten. Es ist ein Beherrschtsein von pornographischen Bildern und Szenen, ein Nicht-mehr-anders-Können als stundenlanges Konsumieren vor dem Bildschirm mit oder ohne Masturbation.

Aus meiner Praxis weiß ich: Es gibt viele, die regelmäßig konsumieren. In den allermeisten Fällen ist der Konsum nach etwa 8 Minuten aus den bekannten Gründen abgeschlossen. (Ganz im Gegensatz zu den Onlinespielen!)

PORNOKONSUM – ENTLEERUNG STATT ERFÜLLUNG

Wenn auch nicht von Sucht im klinischen Sinn wie beschrieben, aber von einem exzessiven Konsum wird in meiner Praxis doch häufig berichtet. Hier ist die Frage zu stellen: Welche **Funktion** hat der Konsum, wozu dient er?

Angst, Frustration, Leere, Einsamkeit sind häufig Motor für gesteigerten Sexkonsum im Internet. Für mich immer nur ein Symptom und nicht die Störung. Daher spielen Grunderkrankungen wie Persönlichkeits- und Beziehungsstörungen, wie auch persönliche Krisen eine Rolle für exzessiven Pornokonsum, die eine Behandlung notwendig machen. Ziel der Therapie ist es, nicht virtuell, sondern im realen Leben, in Beziehung zu treten: Mit der Welt, den Menschen, den Aufgaben, damit nicht nur Entleerung sondern Erfüllung erlebt werden kann. Mit der Entscheidung für eine psychotherapeutische Behandlung ist bereits ein erster wichtiger Schritt vollzogen.

AUSBLICK

Wir brauchen Kinderschutz in verstärktem Ausmaß:

Eltern, die ihre Kinder und Jugendlichen interessiert, liebevoll und schützend begleiten, die sie auch und gerade in der Pubertät nicht vernachlässigen, sondern den Kontakt halten und sie zu Menschen mit starkem Selbstwert erziehen.

Engagierte LehrerInnen, die das Thema mutig aufgreifen, die Medienkompetenz zu einem Unterrichtsfach machen und in Sexualpädagogik ausgebildet sind.

Als praktizierende PsychotherapeutInnen können wir viel dazu beitragen, weil wir ja mit Eltern, Paaren, Lehrenden, ErzieherInnen arbeiten.

Ein Mehr an Freiheit braucht ein Mehr an Verantwortung. Das gilt für den privaten wie für den beruflichen Bereich als Berater und Beraterin, als Therapeut und Therapeutin, als Mutter und Vater, als Person, die ihr Leben zu jeder Zeit wertorientiert gestaltet.

Literatur:

Berner et al (2009) Syndrome sexueller Sucht. In: Batthyany & Pritz. Rausch ohne Drogen. Substanzungebundene Süchte. Wien, New-York: Springer Verlag

Eder F (2009) Kultur der Begierde. Eine Geschichte der Sexualität. München: Verlag C.H. Beck

Gernert J (2010) Generation Porno. Jugend, Sex und Internet. Köln: Fackelträger-Verlag

Giese H (1962) Psychopathologie der Sexualität. Stuttgart: Enke

Matthiesen S & Schmidt G (2011). What do boys do with porn. In: Berner et al (2011) Zeitschrift für Sexualforschung Vol. 24. Stuttgart: Thieme, 352–379

Postman N (1982) Das Verschwinden der Kindheit. Frankfurt am Main: S. Fischer

Schmidt G (1991) Das große DER DIE DAS. Über das Sexuelle. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, 147

Schmidt G (2005) Das neue DER DIE DAS. Über die Modernisierung des Sexuellen. Gießen: Psychosozial-Verlag

Schmidt M (2014) Porno gucken. Eine kleine Anleitung. Sex im Netz ist die vernünftigste Sauerei der Welt. Die Zeit (Feuilleton) 21.8.2014 Nr 35, 35

Sigusch V (2005) Neosexualitäten. Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion. Frankfurt am Main: Campus Verlag

Siggelkow B & Büscher W (2008) Deutschlands sexuelle Tragödie. Wenn Kinder nicht mehr lernen, was Liebe ist. Asslar: Gerth Medien

Verein Safer Surfing (2015) Nackte Tatsachen. Eine Plattform zu Sexualität, Pornographie- und Sexabhängigkeit und Kinderschutz. www.nacktetatsachen.at

Wiener Vorlesung (2014) Generation Porno? Mainstream, Befreiung? Gefahr? Podiumsdiskussion mit Eder F, Mundschitz S und Ehalt H am 11.6.2014

Wöhrle A et al. (2014) Digitales Verderben. Wie Pornografie uns und unsere Kinder verändert. München: by mvg Verlag

Anschrift der Verfasserin:

Dr.phil. Susanne Adamek

Rodaunerstraße 46

A – 1230 Wien

susanne@adamek.cc

IMPRESSUM

EXISTENZANALYSE – Internationale Fachzeitschrift für existenzanalytische Psychotherapie, Beratung, Coaching, Supervision, Pädagogik.
EXISTENZANALYSE ist das offizielle Organ der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.)
ISSN: 1024-7033
ISSN: 2409-7306 (Online-Version)

Medieninhaber, Herausgeber und Hersteller:
Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International (GLE-Int.) www.existenzanalyse.org

Redaktion:
Chefredaktion: Dr. Silvia Längle, *Stellvertretung:* Dr. Astrid Görtz,
Themenheft: Dr. Barbara Gawel; Mag. Christine Koch, Mag. Karin Steinert, Christine Wicki-Distelkamp; Ian Lindner
Kongressbericht: Mag. Markus Angermayr, Franziska Linder, Mag. Susanne Pointner, Mag. Stephanie Häfele-Hausmann; Ian Lindner

Redaktionsadresse:
GLE-International
Eduard Sueß Gasse 10
1150 Wien/Österreich
Tel./Fax: 0043/1/9859566
redaktion@existenzanalyse.net

Layout & Satz: Ruth Veres
Druck: Druckerei Glos, Semily (CZ)

Erscheinungsweise und Preise:
Jährlich 2 Hefte (je Heft ca. 70–140 Seiten)
Jahresabonnements: € 30,–; Online-Version € 25,–
Einzelpreis: Frühjahrsausgabe (Einzelheft) € 15,–; Online-Version € 12,50;
Herbstausgabe (Doppelheft Kongressbericht) € 20,–; Online-Version € 17,50
Alle Preise inkl. Versand Europa.
Die Umrechnung der Preise in Schweizer Franken erfolgt tagesaktuell.
Mitglieder erhalten die Zeitschrift kostenlos.

Bezugsbedingungen:
Die Zeitschrift erscheint halbjährlich, im Juli u. Dezember.
Das Abonnement verlängert sich automatisch, sofern es nicht bis 30. November des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wurde.

Abonnement: GLE-International, Eduard Sueß Gasse 10, 1150 Wien
subscription@existenzanalyse.net
www.existenzanalyse.net

Bankverbindung lautend auf GLE-Int.:
Österreich: Erste Bank – BIC:GIBAATWW; IBAN: AT932011100004033884
Deutschland: Evangelische Kreditgenossenschaft eG – BIC: GENODEF1EK1; IBAN: DE15 5206 0410 0005 1858 40
Schweiz: Credit Suisse – BIC: CRESCHZZ63A; IBAN: CH16 0483 5020 3054 1055 6
Andere Länder: Wir bitten um Zahlung mittels Postanweisung oder mittels DC, VISA, EC/MC

Namentlich gekennzeichnete Beiträge erscheinen in Verantwortung der Autoren und stellen nicht unbedingt die Meinung der Redaktion dar.

© GLE-International/Wien

OFFENLEGUNG NACH § 25 MEDIENGESETZ
Medieninhaber ist zur Gänze die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse-International, Eduard Sueß Gasse 10, A-1150 Wien. Die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse ist ein gemeinnütziger Verein im Sinne der Bundesabgabenordnung.
Dem Vorstand gehören folgende Personen an:
Präsident: Univ. Prof. DDr. Alfried Längle. Vize-Präsident: Dr. Christoph Kolbe. Schriftführerin: lic.phil. Brigitte Heitger. Stellvertretende Schriftführerin: Dr. Silvia Längle.
Kassier: Dr. Christian Probst. Stellvertr. Kassiererin: Mag. Renate Bukovski, MSc
Grundlegende Richtung: EXISTENZANALYSE ist das wissenschaftliche Organ des Vereins und dient der Veröffentlichung von Forschungen, Grundsatzarbeiten, Kongressinhalten, Diskussionen, fachlichen Briefen („letter to the editor") u.ä. mit dem Ziel, die Inhalte der Existenzanalyse und Logotherapie weiterzuentwickeln und die Anwendungsmöglichkeiten und ihre Bereiche aufzuzeigen und zu reflektieren.

BACKGAMMON UND POKER INSIDE –

Aufstieg und Fall eines Berufsspielers

Gerhard Schiesser

Was macht den Unterschied zwischen einem Berufs- und einem Amateurspieler?
Was genau macht einen Berufsspieler aus? Was sind die Gefahren in eine Spielabhängigkeit zu verfallen? Und wie sind die Gefahren beim Online-Spiel?

SCHLÜSSELWÖRTER: Berufsspieler, Spielabhängigkeit

BACKGAMMON AND POKER INSIDE – RISE AND FALL OF A PROFESSIONAL PLAYER

What makes the difference between a professional and an amateur player? What characterizes a professional player? Which dangers exist to become addicted? And where are these dangers when it comes to online games?

KEYWORDS: professional player, gambling addiction

GERHARD SCHIESSER – SEIN WEG

- 56 Jahre, geboren in Ingolstadt,
- gelernter Hotelkaufmann.
- Im Alter von 20 Jahren bereits in Hamburg ein Spezialitätenlokal, eine Kneipe und einen Tennis- und Squashclub geführt,
- mit 22 Jahren Pächter/Geschäftsführer eines Hotels in Kampen auf Sylt.
- Zwischenzeitlich verheiratet und Vater einer Tochter, startete er 3 Jahre später seine
- Karriere als Berufsspieler mit Backgammon.
- Aufenthalte im Winter hauptsächlich in St. Moritz, Gstaad und Amerika, im Sommer an der Côte d' Azur oder in Spanien.
- Er spielte unter anderem mit Prominenten wie Omar Sharif, Prinz Kalid von Saudi Arabien und auch mit diversen Fußballstars und Schauspielern in der ganzen Welt.
- Zeitschrift „Bunte“ 1994: Deutschlands erfolgreichster Berufsspieler aller Zeiten!
- Regisseur Sönke Wortmann wollte sein Leben verfilmen.
- 2000: Ende seiner Karriere als Backgammon-Profi.
- 2004: Start als Pokerprofi mit eigener Pokerschule in München.
- Unrühmliches Ende der Pokerkarriere 2008 in Las Vegas.

EINBLICKE IN DIE WELT EINES EHEMALIGEN BERUFSSPIELERS

In meiner aktiven Zeit als Berufsspieler wurde ich oft gefragt, was ich beruflich mache. Mit der Antwort „Ich bin Berufsspieler“ konnten die meisten nichts anfangen. Dazu hatte man kein Bild – zumindest kein positives. Man dachte ich sei ein spielsüchtiger Zocker, der sich auf sein Glück verlässt und eher in der Welt der Verbrecher unterwegs ist. Es gibt ja genügend Spielfilme in diese Richtung.

Nur wenige konnten glauben, dass es im Kern nicht auf Glück ankommt, sondern vielmehr auf Geschicklichkeit, Disziplin, Selbsteinschätzung, Fleiß und Kreativität, um als Berufsspieler erfolgreich zu sein.

Spielen auf diesem Level bedeutet auch Bücher lesen, lernen, trainieren, reflektieren, taktieren und sich weiter entwickeln. Alles Anforderungen, die man in jedem Beruf braucht, um Karriere zu machen. Somit auch notwendig für den Erfolg eines „Berufs-Spielers“.

Hinzu kommt „Vertrieb“. Es klingt so locker, zu sagen, man spielte mit den Besten der Welt und vielen Prominenten. Nur, wie macht man sich bekannt und attraktiv?

Das hat viele Komponenten von Vertrieb und Marketing. Auf diesem Level umgeben sich die Menschen auch gern mit Ihresgleichen. So war auch mein Geschick und mein Selbstbewusstsein gefragt, mich in der High Society zu bewegen und zu etablieren.

Und nicht zu vergessen: Talent! Sportler, Schauspieler, Manager – alle brauchen auch Talent bzw. müssen irgendwie der Typ dazu sein. Da hatte ich Glück: Ich hatte und habe viel Talent fürs „Spielen“.

Das Leben eines Backgammon-Profis ist vergleichbar mit dem eines Tennisprofis, der das ganze Jahr von Turnier zu Turnier zieht. Es gab damals Backgammon-Turniere auf der ganzen Welt und auch die reichen Kunden waren über die ganze Welt verteilt.

Ein Leben, das auch nicht jedem liegen würde. Für mich war es damals spannend, bunt und faszinierend.

DIE ATTRIBUTE EINES BERUFSSPIELERS

Geschicklichkeit

In Karten oder Brettspielen erspiele ich mir durch besseres Spielen einen mathematischen Vorteil, der letztendlich meiner Gewinnerwartung entspricht. Je größer der spielerische Unterschied desto höher ist meine Gewinnerwartung. Wie gesagt, dazu lese, lerne und übe ich viel. Gleichzeitig bringe ich aber auch ein Talent, eine Geschicklichkeit mit, die mir den Level des Berufsspielers ermöglichen.

Disziplin

Disziplin und Selbststeuerung sind unglaublich wichtig. An sich die Kernkompetenzen! Was bei Spielen mit einem Glücksfaktor immer wieder mal vorkommt, sind Perioden, in denen es nicht so gut läuft. Hier gilt es ruhig zu bleiben und nicht zu versuchen, mit Gewalt durch höheres Risiko im Spiel

oder durch Erhöhung des Einsatzes sein Glück zu erzwingen bzw. den Rückstand sofort und zeitnah ausgleichen zu wollen.

Fitness

Zudem sind körperliche Fitness und Kondition unbedingt erforderlich. Die Turniere dauern oft lange. Im privaten Spiel mit einem „Kunden", weiß man nie, wie lange der Andere spielen will, vor allem, wenn er zurück liegt und sein Geld gerne wieder zurückholen will. Die körperliche Kondition ermöglicht auch eine längere Konzentration.

Selbsteinschätzung

Natürlich muss ich wissen, wie gut ich bin und erfassen, wie gut mein Gegner ist.

Die eigenen Grenzen und Mankos kennen, die eigenen Muster, die eigene Wirkung.

Nur mit einem klaren Blick auf mich selbst kann ich souverän spielen.

Fremdeinschätzung mit Empathie

Wenn ich meinen Gegner nicht kenne und mich mit ihm das erste Mal hinsetze, um zu spielen, ist es in den ersten Stunden ungeheuer wichtig zu erkennen, wie gut er ist, wie er in bestimmten Situationen reagiert, wie lange er die Konzentration halten kann, wie er sich verhält, wenn er gewinnt und – noch viel wichtiger – wenn er verliert. Nur so kann ich erkennen, ob ich der bessere Spieler bin und einen echten Vorteil habe. Erkenne ich keine Fehler oder Schwächen beim Anderen (spielerische oder persönliche), werde ich nicht weiterspielen, da es sonst tatsächlich nur ein „Zocken" wäre und ich keine positive Gewinnerwartung hätte.

Akquisition und Marketing

Da die Spieler in der Regel nicht bei mir anklopfen und darum bitten, mit mir spielen zu dürfen, muss ich mich aktiv ins „Spiel" bringen – also akquirieren. Ich muss also dort sein, wo potenzielle Spieler sind. Bei Turnieren oder an Plätzen, an denen regelmäßig gespielt wird. Aber auch an den richtigen Urlaubsorten oder in den passenden Lokalen verweilen. Das heißt, man muss auch sehr kontaktfreudig sein, gut bei den Menschen ankommen, potenzielle Kunden/Spieler erkennen und Gespräche geschickt in die richtige Richtung lenken können.

Da bleibt wenig Zeit für Privatleben und Freunde und auch die finanziellen Investitionen sind anfangs herausfordernd. Wenn man dann erst mal reich ist und auf Augenhöhe, ist dies deutlich leichter. Auch hier zahlt man einen Preis für „Karriere".

Zielgruppen, Vertriebskanäle, Akquisitionskonzept, Networking, Analyse – eher professionelles Business als „Spielerei".

Kreativität, aktiver Vertrieb oder Manipulation?

Kreativität ist oft erforderlich, um den Gegenspieler an den Tisch zu bringen und ihn, wenn er es nicht von sich aus will, zu dem Einsatz zu motivieren, der wirklich ein lukratives Geschäft verspricht. Da braucht jede Person und Persönlichkeit andere Impulse. Manche schätzen Freundlichkeit, Kontakt und gute Beziehung, Andere muss man herausfordern und sie dazu bringen, sich profilieren zu wollen – meist vor Publikum (bedeutsame Personen oder oft auch Frauen). Wieder andere spielen nur risikoreich und mit hohen Einsätzen, wenn sie getrunken oder Drogen konsumiert haben.

Risikomanagement

Man muss auch in etwa einschätzen können, welche Höhe an Verlust sich der Gegenspieler leisten kann. Denn dann stellt sich die Frage, ob ich Kredit gewähre und wie hoch. Denn man spielt eher selten um Bargeld, sondern schreibt auf – besonders wenn es um größere Summen geht. Hat man zu viel gewonnen, besteht natürlich immer die Gefahr, dass man nicht ausbezahlt wird und nicht nur sein Geld nicht bekommt, sondern auch seinen Kunden verliert. Diese Gefahr besteht vor allem, wenn man seinen Kunden noch nicht kennt. Insofern gilt es für nachhaltige Kundenbeziehungen auch das eigene „Gewinnen" zu steuern.

All das sind Anforderungen an Berufsspieler aus meiner Sicht.

Was aber macht den größten Unterschied zum „Zocker"?

Distanz und Selbststeuerung

Distanz zum Spiel ist der wesentliche Faktor – nicht die Liebe zum Spiel oder der Spaß daran. Ich spiele, weil ich es kann. Ich folge meinen Fähigkeiten. Ich spiele diese Spiele aber nicht gerne oder leidenschaftlich. Ich erlebe es als Business, das es professionell zu steuern gilt. Da ich als Person der Schlüsselfaktor bin, muss ich also vor allem mich selbst steuern können. Muss wissen, wie ich mit Erfolg und Misserfolg umgehe. Muss planvoll agieren, anstatt getrieben zu sein.

Dies können die typischen Spieler und Spielsüchtigen nicht. Sie erliegen dem Kick, der Leidenschaft und der Aussicht auf schnellen Gewinn.

Wie und warum wird Spiel zur Sucht?
Worin liegt die Attraktivität?

Natürlich trifft man als Berufsspieler immer wieder süchtige Spieler. Hier seien ein paar typische Kategorien genannt:

Egospieler zum Beispiel, sind meist im Berufsleben sehr erfolgreiche Unternehmer.

Sie haben eine so hohe Meinung und einen so hohen Anspruch an sich, dass sie – egal was sie machen oder spielen – immer der Bessere sein müssen. Sollte ihr Gegenspieler gewinnen, wird ihm immer nur Glück unterstellt. Sie würden sich niemals eingestehen, dass sie einfach nicht gut genug sind. So spielen sie immer weiter, aus der vermeintlich besseren Position heraus und um es zu beweisen.

Solche Kundenbeziehungen sind sehr leicht zu pflegen, da sie immer wieder auf Revanche aus sind.

Sucht nach schnellem Geld ist ein weiterer Faktor. Viele Spieler können einfach der Verlockung des schnellen Reichtums nicht widerstehen. Dem Prinzip Hoffnung folgend ist in deren Realität der große Gewinn immer im Bereich des Möglichen. Gerade Poker, das ganz eindeutig auch einen höheren Glücksfaktor hat, verleitet zu Spielen mit viel zu hohen Einsätzen und immer wieder neuen Anläufen, um immer wieder alles zu verlieren. Sind sie mal auf der Gewinnerspur wird sofort der Einsatz erhöht, um so schnell als möglich reich zu werden. Dies wird ohne Plan und Können jedoch nie gelingen bzw. käme eher einem Lotto-Sechser gleich.

Ein weiterer Aspekt, der oft gar nicht so offensichtlich

ist, ist die **Sucht nach Erniedrigung.** Genauso wie es den Gewinnsüchtigen gibt, gibt es auch den Typ Spieler, der gar nichts gewinnen will, sondern erst zufrieden ist, wenn er alles mitgebrachte Geld verloren hat. Dieses Phänomen trifft man sehr häufig bei im Berufsleben sehr erfolgreichen und bestimmenden Menschen an. Suche nach Demütigung. Endlich mal was anderes als Macht und Erfolg. Die einen wollen im Bordell dominiert werden, die anderen im Spiel mal ein Verlierer sein. Abwechslung zum Alltag? Raus aus dem Gewohnten? Mal schwach und klein sein dürfen? Menschlicher – nicht immer nur der Häuptling mit all der Verantwortung?

GEFÄHRLICHKEIT DES SPIELENS IM INTERNET

Manipulation

Bei Geldspielen im Netz, egal ob Casinos, Poker, Backgammon-Plattformen oder Kartenspielen mit mehr als zwei Spielern ist die Gefahr der Manipulation und damit des Verlusts enorm groß. Casinos wollen und dürfen nicht verlieren und niemand kontrolliert die Software. Eine Manipulation ist relativ wahrscheinlich.

Bei Poker- und Backgammon-Anbietern ist die Sicherheit nicht sehr groß und es gibt angeblich Software, die es einzelnen Spielern ermöglicht alle Karten sehen zu können. Beim Backgammon existiert diese Software angeblich zur Manipulation der Würfel.

Verfügbarkeit

Die größte Gefahr ist jedoch das Suchtpotential im Internet.

Die Verfügbarkeit der Anbieter rund um die Uhr ermöglicht es dem Spieler zu spielen, wann immer er will und mit Einsätzen so hoch er will. Nicht einmal Öffnungszeiten oder ein Gang zur Bank stören oder verzögern das Spielen. Es ist extrem einfach. Man muss nicht aus dem Haus, setzt sich nur an den Computer – egal zu welcher Zeit, egal in welcher Kleidung, egal in welchem Zustand.

Tempo

Hinzu kommt die Geschwindigkeit der einzelnen Spiele, die um ein zehn- bis zwanzigfaches höher ist als bei Live-Spielen. Dies erhöht auch die Verlusterwartung um ein Vielfaches, da dieses Tempo vom Spieler eine viel höhere Konzentration fordert und die Entscheidungen viel schneller getroffen werden müssen. Im normalen Präsenzspiel ist viel mehr Zeit für strategische Überlegungen oder andere Gedanken, die einen wieder ans reale Leben erinnern. Beim Tempo des Online-Spiels ist man so gefangen genommen, dass man die Welt förmlich vergisst. Gleichzeitig hat der Spieler bei den meisten Spielarten einen mathematischen Nachteil gegenüber den professionellen Spielern, der sich in dieser schnellen Taktung viel eher negativ auswirkt.

Virtueller Einsatz

Das besonders Gefährliche bei Online-Geldspielen ist auch, dass man das Geld nie physisch in den Händen hält, sondern sich alles nur virtuell über ein Konto abspielt, auf das man schnell Geld einbezahlen kann via Kreditkarte, PayPal usw. Also, alles nur Spiel! Einfach, schnell, spielerisch. Nach Stunden online in diesen Spielwelten verliert sich die Klarheit gegenüber der Realität und bezüglich der Konsequenzen. Die Selbstüberschätzung, der Kick, der Gewinntrieb, der Wahn gewinnen die Oberhand.

Vereinsamung

Hinzu kommt die Vereinsamung, die durch die Häufigkeit, die Bequemlichkeit, die Verfügbarkeit und die Sucht entsteht. Der Spieler lebt in einer virtuellen Welt und geht irgendwann gar nicht mehr aus dem Haus. Sehr bald verliert der Spieler den sozialen Kontakt zu seinem Umfeld – oft sogar zur Familie. Dies ähnelt den Suchtkomponenten der Gamer. Nur wenn er kein Geld mehr hat, wird er sich bewegen und versuchen dieses zu besorgen, meistens von Freunden oder von der Familie. Er wird sich immer mehr verschulden, bis alles zusammenbricht.

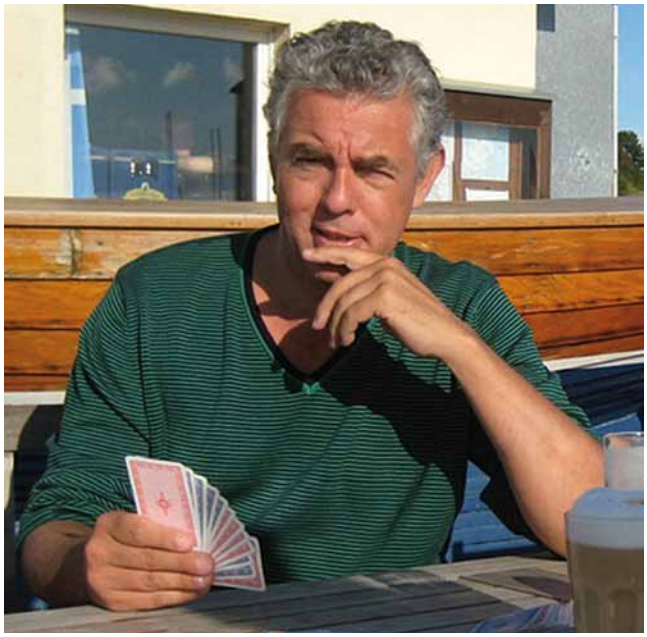
DAS SPIELEN UND ICH

2008 ging meine Spielerkarriere in Las Vegas zu Ende. Warum eigentlich?

Wie oben beschrieben braucht es für das professionelle Agieren als Berufsspieler viel Disziplin, ein starkes Fundament im Leben und viel Halt in sich selbst.

Meine zweite Karriere als Berufsspieler mit „Poker“ brachte nicht so viel Geld wie damals als Backgammon-Spieler. Ich war ein anderes Level gewohnt und lebte weiter wie bisher – über meinen Verhältnissen.

So wurde das Geld knapper, der Druck zu gewinnen stieg, ich war zudem nicht mehr in einer tragenden privaten Beziehung. Als ich in Las Vegas war, starb mein treuer Gefährte Wladimir, mein Hund, meine Beziehung ging in die Brüche, ich verletzte mich und konnte nicht nach Hause fliegen, ich verlor meine Handy und damit all meine Telefonnummern und meine Wohnung in Deutschland wurde aufgelöst. Ich wusste, wenn ich zurückkomme, habe ich erst mal nichts mehr. Mit täglichem kleinem Spiel hielt ich mich in Las Vegas monatelang über Wasser.



Vieles, was mein Fundament ausmachte, war weg und es gab kaum mehr haltgebende Strukturen. Und ich selbst – meine Stärke? Ich war müde von diesem Leben.

Ich wollte nicht erneut einen weiteren Anlauf nehmen.

Das Online-Spiel war dann auch für mich ein lukrativer Weg, als ich zurück in Deutschland war. Doch auch mir ist es online nicht gelungen auf Dauer Gewinn zu machen, da ich den Bezug zum Geld nie wirklich herstellen konnte. So verlor ich mein einbezahltes Geld und die oft erheblichen Gewinne, die ich mir erspielte, bei schlechten Serien im-mer wieder. Ich konnte nicht akzeptieren, dass es schlecht lief. Ich war überzeugt, die Verluste wieder zurückholen zu können. Nicht irgendwann! Gleich! Ich blieb sitzen, spielte und spielte. Versunken in meiner Welt, unansprechbar, unerreichbar.

In den vielen Jahren des Live-Spiels konnte ich die Distanz und Professionalität ohne Probleme halten. Da gab es eine Realität, mehr „spüren", mehr andere Impulse von außen, mehr reale Welt und echtes Leben. Auf diesem einen Quadratmeter vor dem Computer verlor ich mich im Schein der virtuellen Welt. Ich war zum typischen Spieler geworden.

Es hat nicht funktioniert.

Das gewinnorientierte Spielen ist im Life-Spiel schon sehr schwer und nur ca. 5% aller Spieler gehen dabei als Gewinner hervor. Beim Onlinespiel jedoch sind es nur 1% oder weniger, die auf lange Sicht gewinnen – abgesehen von den Veranstaltern, die Millionen verdienen und die dauerhaften Gewinner sind.

Spielen – auch um Geld – ist durchaus prickelnd und hat seinen Reiz. Doch es bedarf, wie gesagt, eines klaren Blickes auf sich selbst und viel Disziplin, um nicht einer Spielsucht zu erliegen und sich in den finanziellen Ruin zu treiben.

Anschrift des Verfassers:
Gerhard Schiesser
gerhardschiesser@web.de

AUDITORIUM NETZWERK

Salzburg 2015

SUCHT

Wege aus dem Verfallen-Sein

Live-Mitschnitte der Vorträge von:

Michael Musalek – Das Mögliche und das Schöne als Antwort
Alfried Längle – Die Zustimmung in der Süchtigkeit Ein existenzanalytischer Zugang
Reinhold Fartacek – Sucht und Suizidalität
Emmanuel J. Bauer – Verzweiflung im Selbst – Zu den tiefenexistentialen Ursachen der Sucht
Anton Nindl – Sucht: Im milden Glanz der Täuschung an den Abgrund
Jana Bozuk – Ich schaffe nichts außer Arbeit!
Zdenka Davet – Aber hungern will ich nicht!
Wibke Voigt – Sucht – Schutz und Trutzburg
Thomas Mell – Neurobiologie der Sucht am Beispiel der Alkoholabhängigkeit

Aus den Symposia:

Alfried Längle / Gerhard Schiesser – Backgammon und Poker inside
Christoph Jenner – Spiritualität als Ressource zur Bewältigung von Suchtkrankheiten
Ingo Zirks – Wenn alles überstanden ist, ist es noch nicht vorbei!
Astrid Görtz / Silvia Längle – Erfolgskontrolle von Suchttherapie im stationären Bereich Forschungsmethoden im Vergleich
Helene Drexler – Existenzanalytische Therapie von Essstörungen
Svetlana Marodian – Emotional dependency out of personal infantilism (englisch)

auf CD und DVD bestellbar bei:

Auditorium Netzwerk
Tel.: 0049/7631/170743, Fax 170745
audionetz@aol.com
www.auditorium-netzwerk.de

VERBUNDEN UND DOCH GETRENNT

Christian Gutschi

Die exzessive Nutzung von Socialmedia-Anwendungen im Sinne einer psychisch krankmachenden Abhängigkeit und deren Folgen ist wenig untersucht und im schnell wechselnden Mediennutzungsverhalten von Jugendlichen schwer zu fassen. Über die Auswirkungen der virtuellen sozialen Interaktion auf reales Verhalten und die soziale wie emotionale Persönlichkeitsentwicklung von Jugendlichen sind sich Experten uneinig. Der Artikel beschreibt jene Faktoren, welche insbesondere Jugendliche an Socialmedia faszinieren, Kriterien, ab wann eine Person als abhängig eingestuft werden kann, und welche Hintergründe Suchtverhalten begünstigen. Das positive Entwicklungspotential von Socialmedia wird beschrieben und Ideen für die Behandlung dargestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Internetabhängigkeit, Socialmedia, Sucht, Jugendliche addiction, socialmedia, adolescent

CONNECTED BUT YET DISCONNECTED

The excessive use of social media applications in the sense of psychologically pathogenic addiction together with their consequences have been barely researched and are difficult to grasp in adolescents due to their rapidly changing media behavior. Experts are divided about the question concerning the effects of virtual social interaction on real-life behavior and on the social and emotional personality development of juveniles. This article describes the factors which fascinate juveniles particularly in social media, the criteria when a person can be classified as dependent and which backgrounds promote addictive behavior. Positive developmental potentials are described, and ideas for treatment are presented.

KEYWORDS: internet addiction, social media, dependency, adolescents

Sich verbunden fühlen ist ein zentrales Grundbedürfnis, im Verbunden-Sein steckt ein wesentlicher Aspekt der menschlichen Existenz, ein Kernphänomen von sinnvoll erlebtem Dasein. Tatsächlich fühlen sich Menschen, die mit anderen in Socialmedia-Anwendungen in Kontakt stehen, *wirklich* verbunden. Dafür gibt es eine Reihe persönlich wirkender Ausdrücke: „ich bin drinnen“ [im Internet], „ich bin connected“, „verbunden sein“ etc. Ein gewichtiges Problem ist die Tatsache, dass der virtuelle Kontakt sich wie ein realer Sozialkontakt anfühlt. Man tut Klienten unrecht, wenn man den online-Kontakt mit anderen als „virtuell“ abtut. Allerdings wird vor einem Bildschirm hauptsächlich der visuelle Sinn angesprochen, teilweise auch der akustische. Alles haptisch-sensorische, die Gestik, die Mimik, Gerüche, Nähe-Distanz im körperlichen Sinne, bleiben ausgespart. Daher fehlt dem virtuellen Kontakt die ganze Bandbreite realer menschlicher Interaktion, und das Verhalten des Abhängigen wird zunehmend fremdbestimmt. Über die zentrale Bedeutung von innerlich erlebter Verbundenheit und die Gefahr von Fremdbestimmung, schreibt Alfried Längle: „Der Akt der Zustimmung (…) führt zu einem Erleben innerer Verbundenheit und Verantwortung (…) Hingabe darf aber nicht verwechselt werden mit ‚sich hergeben‘. Sich hergeben ist ein ‚Sich-aus-der-Hand-Geben‘. Das bedeutet, dass das eigene Handeln von außen bestimmt wird (…) Die Handlung selbst wird in der Folge als entleerend und nicht als erfüllend empfunden.“ (Längle 2013, 36)

Der deutsche Psychiater und Gehirnforscher Manfred Spitzer dazu: „Die intensive Nutzung sozialer online-Netzwerke vermindert nicht nur die Anzahl realer Freundschaften, sondern auch die soziale Kompetenz, die hierfür zuständigen Gehirnareale schrumpfen. Mehr Stress und zunehmender Verlust der Selbstkontrolle sind die Folgen. Eine soziale Abwärtsspirale setzt ein, die einem erfüllten Leben in der Gemeinschaft entgegensteht.“ (Spitzer 2012, 127)

Spitzer zitiert eine Reihe seriöser Studien, welche den Zusammenhang zwischen Socialmedia-Nutzung und Größe bzw. Ausformung von Gehirnregionen, die für soziale Kompetenz zuständig sind, beschreiben. Insbesondere bei Jugendlichen nehmen bedenkliche soziale Verhaltensweisen unter dem Deckmantel der Anonymität deutlich zu (Spiel mit verschiedenen Identitäten, übertriebene Selbstdarstellung, sozialer Exhibitionismus, Lügen etc.). Ein weiteres Problem ist der Umgang bzw. das Auslösen von starken Emotionen (Ängste bis zur Panik, Zorn, Beschimpfung, Verspottung, Mobbing etc.) sowie die Reduktion komplexer Sachverhalte auf eine einfache „like-dislike“-Ebene (vgl. Wired Magazin 2015). So wird einer differenzierten Betrachtungsweise sozialer wie emotionaler Prozesse jegliche Grundlage entzogen. Selbstverständlich laufen in sozialen Prozessen ständig Bewertungen ab. Im Virtuellen fehlt aber das reale Gegenüber, fehlt die unmittelbare Reaktion, werden Hemmschwellen außer Kraft gesetzt. Wenn niemand weiß, wer man ist, kann man sich ohne Konsequenzen völlig daneben benehmen. Beurteilt man das Ganze unter einer breiteren Perspektive, liegt in solch einer Kommunikationsform die Gefahr von vereinfachter Urteilsbildung, was Medienkonzernen oder manch politisch-gesellschaftlichen Strömungen im Sinne der Lenkung der Massen durchaus willkommen scheinen mag.

Zu alldem kommt noch die ungesunde Körperhaltung: wer ein Smartphone in Händen hält und den Kopf um ca. 60Grad nach unten zum Bildschirm neigt, auf dessen Nackenmuskulatur lasten rund 27kg. Schwere Verspannungen bei exzessiver Nutzung sind naturgemäße Nebenerscheinungen.

BEHANDLER WISSEN ZU WENIG

Eine von mir durchgeführte Befragung im KollegInnenkreis hat ergeben, dass bis auf wenige bewusste Medien-

verweigerer fast alle ein Smartphone besitzen und rund die Hälfte sich auf einer Socialmedia-Plattform (z.B. facebook) angemeldet hat. Wirklich aktiv und regelmäßig ist dort allerdings nur noch ein sehr geringer Prozentsatz zu finden. Die meisten schaffen es ja nicht einmal, ihre Homepage aktuell zu halten. Daher stelle ich drei Hypothesen auf, die Ärzte, PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und PädagogInnen betreffen:

1. Als BehandlerInnen wissen wir viel zu wenig differenziert über Suchtverhalten und Suchtgründe im Bereich Medien / Internet / Socialmedia Bescheid. Was Jugendliche derart an Socialmedia fasziniert, dass sie den Großteil ihrer Zeit damit verbringen, bleibt unverstanden, weil man es selbst nicht erlebt bzw. nachvollziehen kann.
2. Mit der Verwendung Neuer Medien im Sinne einer Kulturtechnik überholt die junge Generation die Ältere.
3. Socialmedia-Sucht zählt zu den bisher wenig erforschten Verhaltenssüchten (Ausnahme: Spielsucht) und wir können heute noch nicht einschätzen, welchen Schaden oder auch welchen Nutzen für unsere Gesellschaft oder jeden persönlich die soziale Vernetzerei bringen mag.

Das Abhängigkeitsverhalten im Bereich der Socialmedia-Anwendungen wird zu den Verhaltenssüchten gezählt, wobei der Abhängigkeitsbegriff („Mediensucht", „Internetsucht") oft wenig präzise gefasst wird und rein auf das zeitlich exzessive Konsumieren von Medien beschränkt bleibt. Bei aktivem Socialmedia-Engagement geht es nicht nur um reines Konsumieren oder Spielen. Hier wird sozial aktiv interagiert, und die Person steht mit all ihren Eigenschaften im Zentrum der Aktivität. Also geht es vorwiegend um die Prozesse und Verhaltensweisen, die Abhängige zeigen und bei anderen Teilnehmern wiederum auslösen. Daher wird die Abgrenzung zwischen Sucht und „normalem" Verhalten zum Problem. Der amerikanische Psychiater Allen Frances stellt fest: „Der Idee der ‚Verhaltenssucht' liegt ein fundamentaler Fehler zugrunde, weil sie uns alle trifft. Wiederholtes Streben nach Lust ist keineswegs eine psychische Störung, sondern liegt in der Natur des Menschen […] in seiner korrekten Definition sollte der Begriff ‚Verhaltenssucht' nur auf jene zutreffen, deren Lustsystem über die Stränge schlägt und die das entsprechende Verhalten zwanghaft wiederholen, obwohl keine kurzfristige Belohnung mehr eintritt und langfristige Schäden (gesundheitlich, soziale Isolation etc.) nicht erkannt werden." (Frances 2014, 270)

Gerade im Bereich dieser neuen, scheinbaren Abhängigkeiten wird die Definition der Sucht zum Problem. Wie weit geht der Genuss, und wo beginnt die Abhängigkeit? Bin ich süchtig, wenn ich keine zwei Stunden verbringen kann, ohne meine mails zu checken oder einen post auf facebook zu verfassen? Wie bereits bei anderen medialen Neuerungen (z.B. der Wandlung des Fernsehens vom Informationsmedium zum überwiegenden Unterhaltungsmedium) wird von selbsternannten Experten vorschnell eine mediale Ausdrucksform und deren Möglichkeiten verteufelt. Niemand Erstzunehmender spricht heute mehr von der Gefahr, dass wir durch exzessiven TV-Konsum verdummen, wie dies Neil Postman in seinem Buch „Wir amüsieren uns zu Tode" im Jahr 1987 behauptete. Das Fernsehen ist heute nur noch ein Kanal von vielen Medienflüssen. Und den meisten Menschen heute bedeutet der Anschluss an das Internet immer noch mehr Genuss und Produktivität als Leiden und Beeinträchtigung. „Wir haben noch keine akkurate Definition von Onlineabhängigkeit und wir wissen nicht, wie viele der exzessiven Internetnutzer in Wahrheit an einem anderen psychischen Problem leiden und ob übersehen wird, dass die Internetabhängigkeit nur ein Ventil darstellt." (Frances 2014, 274)

Somit zeigt sich, wie bei vielen Verhaltensphänomenen, dass dem vordergründig beobachtbaren Suchtverhalten immer tieferliegende Störungen zugrundeliegen.

WAS FASZINIERT JUGENDLICHE AN FACEBOOK?

Die nach wie vor weltweit erfolgreichste und beliebteste Socialmedia-Anwendung ist facebook mit mittlerweile rund 1,5 Milliarden aktiven Nutzern weltweit, rund 30 Millionen in Deutschland und 3,4 Millionen Nutzern in Österreich (statistica 2015). Übrigens nutzen rund 80% aller 14-18jährigen facebook aktiv und regelmäßig. Andere vergleichbare Anbieter, wie etwa google plus bleiben mit ihren Nutzerzahlen von derzeit 359 Millionen weit dahinter (futurebiz 2014). Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren sind in Deutschland rund drei Stunden am Tag online im Netzwerk (n-tv 2014). Ein Kriterium für die Definition von Abhängigkeit hat sich als brauchbar erwiesen: jemand der länger online ist als er schläft.

Nun stellt sich die Frage, was macht facebook derart attraktiv und worin liegen die möglichen Abhängigkeitsfaktoren begründet?

1. **Spielwiese für neugierige Exploration:** Auf facebook gibt es immer etwas zu tun, die Einträge von Freunden zu lesen, selbst zu posten, auf die vielen anderen posts in seinem Tagebuch zu antworten, zu liken, zu kommentieren, sein Profil zu bearbeiten. Die Tagebuchfunktion hat ja den Sinn, dass man dort möglichst täglich etwas von sich gibt und online stellt. Beim Abhängigen stellt sich das Gefühl ein, immer dabei sein zu müssen. Die spielerische Exploration kommt abhanden. Es wird zu einem zwanghaften Abarbeiten von Aufgaben, weil man ja nichts versäumen möchte.
2. **Adressbuch und Organizer:** Mit diesen Werkzeugen ist es ganz einfach, Geburtstage, persönliche Daten zu verwalten, Veranstaltungen zu organisieren, Events mit Einladungen zu planen, also das soziale Leben zu organisieren und zu planen. Es scheint Jugendlichen egal zu sein, dass alle persönlichen Daten vom Unternehmen gespeichert werden und niemand genau weiß, wie diese verwendet werden.
3. **Raum nur für Jugendliche:** Die Jugendlichen fühlen sich in facebook unter sich (ohne Erwachsene). Auch wenn es gegen alle Logik spricht: Das Gefühl, frei, unbeobachtet und ohne Kontrolle Dinge von sich geben zu können, ist real und lässt die oft im Selbstwert schwachen Abhängigen sich als mächtig und selbstwirksam erleben. Dies ist leider eine der größten Täuschungen, die von den Nutzern allerdings selbst aufrechterhalten wird. Solange kein Elternteil mitliest, ist facebook für viele Jugendliche das geheime und gleichzeitig veröffentlich-

te Tagebuch. Man befindet sich in seinem persönlichen Raum, der mit Gleichgesinnten oder Freunden geteilt wird. So wird dieser virtuelle Raum zum Abgrenzungsraum gegenüber der Erwachsenenwelt. Vor allem solange diese sich nicht wirklich damit beschäftigen. Und wer seine Freunde wirklich kennt, der wird auch einen kontrollierenden Elternteil unter einem nickname nicht als Freund akzeptieren.

4. **Permanente Verbundenheit:** Wer sich selbst wenig spürt, wer scheinbare Verbundenheit sucht, erhält dieses Gefühl solange er sich online befindet. Für Jugendliche ist die Verbundenheit mit der Peergroup das wichtigste Kriterium. Der Schulhoftratsch kann online weitergehen und wer kein Ende mehr findet (weil man ja immer online sein kann und immer auch weiß wer online ist) läuft Gefahr, ein Opfer für die Abhängigkeit zu werden.
5. **Selbstdarstellung, Spiel mit Identitäten:** Das ist mit Sicherheit *der* Punkt, weshalb Socialmedia und facebook im Besonderen bei Jugendlichen derart beliebt sind: Viele Jugendliche spielen mit ihren Identitäten, es geht gar nicht um Wahrheit (die kann virtuell ja keiner nachprüfen), es geht ums hemmungslose Vergleichen, Abgrenzen, Erfinden, Übertreiben, Nachmachen, Lügen etc. Das machen viele Jugendliche schon bei ihrem echten Profil. Und die wirklich gefährdeten Abhängigen haben mehrere Profile angelegt, teils sehr verschiedene und führen so ein virtuelles Leben mit verschiedenen Identitäten. Es geht ums große Ausprobieren des sozialen Verhaltensspektrums und der emotionalen Wirkungen. Zugegeben, in der realen Beziehung kann man so etwas niemals machen. Solange man virtuell herumprobiere, könne ja nicht viel passieren, meinen Verharmloser. So einfach ist die Sache nicht: Erstens wird auf facebook hauptsächlich impulsiv, unreflektiert, grob vereinfachend und abwertend miteinander umgegangen, viel schärfer als dies selbst in einer „hartgesottenen" Peergroup in der Realität passieren würde. Und zweitens fehlt den Jugendlichen meist die Möglichkeit der Orientierung an einer lebenserfahreneren Person. Die Außenwirkung des Profils fließt somit ungefiltert in die eigene Selbstbewertung. Das heißt, die an sich schützenswerten jungen Menschen liefern sich selbst den anderen aus, ohne sich die Möglichkeit zu geben, das Erfahrene zu reflektieren, zu verarbeiten und geschweige denn die positiven Erfahrungen zu integrieren. Dass vor allem hierin eine große Gefahr für die Persönlichkeitsentwicklung und weiterführend vielleicht für das soziale Gefüge in kommenden Generationen schlummern könnte, darüber hat noch niemand wirklich nachgedacht. Es gibt dazu auch keine verlässlichen Forschungsdaten. Aus meiner praktischen Erfahrung heraus sehe ich lediglich bei jenen Socialmedia-Abhängigen eine wirkliche Gefahr, welche den virtuellen Raum kaum oder gar nicht verlassen und so den Bezug zur sozialen Realität menschlicher Interaktion verlieren. Socialmedia-Süchtige werden Gefangene in ihrem an sich so faszinierenden Identitätspiel, indem die online-Identität(en) wichtiger werden als die reale Identität. Es kann in extremen Fällen zur Vermischung von realem und virtuellem Leben kommen. Als Symptome werden Depressionen, psychotische Symptome und verschobene Wahrnehmungen berichtet.

Bei allen anderen überwiegt die reale Erfahrung im sozialen Miteinander, und die Kinder und Jugendlichen können so im echten sozialen Kontakt ihre Persönlichkeit und sozialen Kompetenzen herausbilden – idealerweise durch reibende Abgrenzung zu den Erwachsenen und gleichzeitiger Orientierung an positiven Vorbildern.

WAS HILFT IN DER THERAPIE

Tieferliegende Hintergründe für jugendliches Abhängigkeitsverhalten sind überwiegend Defizite auf der 1. Grundmotivationsebene, insbesondere ein gestörtes Halt- und Raumerleben (zu wenig, zu viel Raum) und ein Mangel an SoSein-Dürfen im kindlichen Beziehungsalltag und daher Beziehungs- bzw. Bindungsstörungen.

Was hilft in der therapeutischen Arbeit mit Klienten, die in Abhängigkeiten zu ihren virtuellen sozialen Netzwerken geraten sind? Im Grunde dieselben therapeutischen Interventionen wie bei allen Suchterkrankungen: Es ist hilfreich lustvolle Gegenwelten aufzubauen, weil den Süchtigen der reale Genuss von ganz einfachen sozialen Prozessen abhanden gekommen ist oder sie diesen gar nie erfahren haben. Weiters hilft es Rituale zum Aufhören zu finden und konkret zu üben. Die TherapeutInnnen können auch in die mediale Erfahrungswelt miteintauchen, um so besser verstehen zu können, welche sozialen Prozesse ablaufen und wo man mit den Klienten an einer Veränderung arbeiten könnte. Weiters ist es hilfreich, die Folgen der Abhängigkeit bewusst zu machen und diese zum therapeutischen Prozess im Sinne der Stärkung der Eigenverantwortung werden zu lassen. Wie bei allen modernen Suchttherapien geht es letztlich um die von innen kommende, eigenverantwortliche Entscheidung des Klienten, sein Verhalten zu steuern und herauszufinden, was das Gute und Nützliche an der Socialmedia-Anwendung ist. Der Klient soll idealerweise dahin begleitet werden, selbst zu entscheiden, wo es für ihn nicht mehr tragbar und schädlich wird. Mit Verboten oder Verteufelung der Medien erreicht man eher das Gegenteil.

Handelt es sich bei den Klienten um minderjährige Jugendliche, sind die Kindeseltern bzw. Erziehungsverantwortliche in den therapeutischen Prozess zwingend miteinzubeziehen. Abhängigkeiten entstehen ja immer aus dem Zusammenspiel von persönlichen Neigungen und anderen Hintergründen (Beziehungssehnsucht, Flucht, etc.). Zuerst einmal gilt es durch sachliche Information über die Suchtphänomene, den Angehörigen die Hilflosigkeit zu nehmen und gleichzeitig ihre oftmalige Rolle als Co-Abhängige bewusst zu machen. Häufig werden Zeit und Raum nicht als persönliche oder soziale Werte in der Familienbeziehung gelebt. Die Eltern sind durch die Beschäftigung mit sich selbst und ihren eigenen Problemen oft blind dafür, was ihr Kind im Internet wirklich macht. Darüber wird in den meisten Familien überhaupt nicht gesprochen.

Es geht vor allem darum, dass der Wert von sozialem Miteinander gelebt und erfahren werden kann – dann wird die virtuelle soziale Welt schlagartig uninteressanter. Der Schlüssel auf der Elternebene liegt in der Beziehungsgestaltung mit ihren Kindern und in der Reflexion der Bezie-

hungsgestaltung zwischen ihren Kindern und der Peergroup. Wenn sich Eltern dieser, ihrer Verantwortung bewusst werden, dann ist schon viel erreicht.

SINN AUS NEUEN MEDIEN ZIEHEN

Gerade bei den Verlockungen der sozialen Netzwerke muss man gelernt haben widerstehen zu können, sich gut abzugrenzen, auf seine Bedürfnisse und seine Grenzen achten können – genau das können ja nicht einmal viele Erwachsene (vgl. Adams 2013), und Jugendliche mitten in der oft krisenhaften adoleszenten Identitätsentwicklung schon überhaupt nicht. Daher ist diese Altersgruppe besonders gefährdet, in Abhängigkeit von Socialmedia und deren vielfältiger Mechanismen zu geraten. Dazu Manfred Spitzer: „Wer seine sozialen Kompetenzen bereits auf herkömmlichen Wege erworben hat (face to face), wird durch soziale Netzwerke kaum Schaden nehmen und diese als Kontaktmittel verwenden (…) wer hingegen noch kaum Möglichkeit hatte, sein Sozialverhalten zu entwickeln, sozial also im Netz lebt, dessen Gehirnareale, die für das Sozialverhalten zuständig sind, werden sich nicht normal entwickeln, das legen neueste Studien nahe.“ (Spitzer 2013, 127)

Welchen Einfluss auf Denken, Fühlen, Handeln die Nutzung von Socialmedia nun wirklich hat, darüber gehen die Meinungen auseinander (vgl. Welt online 2012): „Jugendlichen können Neue Medien helfen, das Leben zu gestalten und ‚Sinn‘ daraus zu ziehen, wenn es darum geht, Beziehungen zu pflegen. Das kann gerade in einer Welt wertvoll sein, in der der Aufbau von Bezogenheit und Beziehungen immer schwieriger wird. Einen Blog zu unterhalten, ist nun einmal eine wunderbare Form der Teilhabe, ja der Sinnstiftung. Sich mit anderen abzustimmen, ob per facebook, mail, twitter kann Verbindungen schaffen. Und manchen Kindern öffnen die Neuen Medien Entwicklungswege, die ihnen früher verschlossen geblieben wären.“ (Renz-Polster et. al 2013, 159)

Das Verbundenheitsgefühl kann sich ja auf vieles beziehen – ausgehend von der frühkindlichen Entwicklung bezieht sich dieses Gefühl auf eine konkrete Person, die körperlich fassbar, anwesend ist, die spürbar, riechbar, hörbar, schmeckbar ist. Verbundenheit in seiner vollen Ausprägung heißt mit allen Sinnen leben – mit riechen, hören, schmecken, tasten und letztlich schauen. Das Problem beim virtuellen Verbundensein ist, dass wichtige menschliche Sinne gar nicht vorkommen, daher eine mögliche Tiefe menschlicher Erfahrung nicht gelebt wird. Dass ein Smartphone auch als Erfahrungsinstrument erlebt werden kann, zeigt eine 14jährige Klientin in meiner Praxis, die wörtlich zu ihren Eltern sagt: „Wenn ihr mir mein iphone wegnehmt, dann ist das für mich so, als wenn ihr mir mein Herz herausreißt.“

Laut neuesten Meldungen aus den USA und Deutschland brechen die Nutzungszahlen von facebook bei Jugendlichen ein, weil es nicht mehr möglich ist, völlig anonym zu bleiben und sich zu viele Erwachsene mittlerweile auf facebook befinden (spiegel-online 2014). In Amerika tendieren Jugendliche derzeit stark zu Anwendungen, wo man anonym ist (z.B. Whisper). Ein jugendlicher Klient: „Seit meine Oma auch auf facebook ist, ist das für mich uninteressant geworden, ich muss mir ein anderes Netzwerk suchen.“ Tatsache ist, dass der Mediennutzungswandel bei Kindern und Jugendlichen extrem schnell vor sich geht und es daher in der therapeutischen Arbeit nicht darum geht, ob ein Socialmedia-Programm „gut“ oder „schlecht“ ist, sondern phänomenologisch auf das Verhalten, Fühlen und Denken des einzelnen Kindes zu achten und so die Hintergründe für Abhängigkeiten ausfindig machen zu können und zu behandeln.

Literatur:

Adams G (2013) The facebook diet. Boston: Live conciously publishing.

Frances A (2014) Normal. Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Köln: DumontLängle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. Wien: facultas

Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen. Wien: facultas

Renz-Polster H & Hüther G (2013) Wie Kinder wachsen. Natur als Entwicklungsraum. Ein neuer Blick auf das kindliche Lernen, Fühlen, Denken. Weinheim: Beltz

Spitzer M (2012) Digitale Demenz. Wie wir uns und unsere Kinder um den Verstand bringen. München: Droemer

Welt online (2012): Facebook macht süchtiger als Alkohol und Nikotin: http://www.welt.de/gesundheit/article13851130/Facebook-macht-suechtiger-als-Alkohol-und-Nikotin.html

Wired Magazin (2015): Social Media Junkies und die Sucht nach likes: https://www.wired.de/collection/latest/wie-social-media-sucht-die-lebensqualitat-verringert

futurebiz (2014): Google Nutzerzahlen http://www.futurebiz.de/artikel/google-nutzerzahlen-359-mio-aktive-nutzer-56-2-mobile-nutzer/

n-tv.de (2014): So lange sind Jugendliche online http://www.n-tv.de/wissen/So-lange-sind-Jugendliche-online-article13086326.html

spiegel-online (2014): JIM Jugendstudie http://www.spiegel.de/netzwelt/web/jim-studie-weniger-jugendliche-nutzen-facebook-a-1005641.html

statistica (2015): Anzahl der Nutzer von facebook in Österreich http://de.statista.com/statistik/daten/studie/296115/umfrage/facebook-nutzer-in-oesterreich/

Anschrift des Verfassers:

Mag.Dr.phil. Christian Gutschi

Kinderpraxis am Augarten

Treustrasse 4/1

A – 1200 Wien

www.christiangutschi.at

praxis@christiangutschi.at

EXISTENZIELLE PÄDAGOGIK

Einführung und Standortbestimmung

Kerstin Breckner

Was hat eine Psychotherapierichtung mit Pädagogik zu tun? Welche Aspekte der Logotherapie können im Erziehungs- und Bildungskontext zum Einsatz kommen? Wie kann Existenzanalyse im pädagogischen Feld eingesetzt werden? Eine Arbeitsgruppe innerhalb der Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse setzt sich in Anbindung an die neuere Existenzanalyse mit dieser Thematik auseinander. Nachdem die pädagogische Ausrichtung lange Zeit in der „Personalen Pädagogik" gesehen wurde, findet sie nun in einer Weiterentwicklung zur „Existenziellen Pädagogik" ihren Ausdruck. Im vorliegenden Artikel werden die bisherigen Entwicklungen und das aktuelle Konzept vorgestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Existenzielle Pädagogik, phänomenologische Haltung, personale Begegnung, (Erziehungs-) Ziele, Entwicklung, Entfaltung

EXISTENTIAL PEDAGOGY
Introduction and location determination

What does a method of psychotherapy have to do with pedagogy? Which aspects of Logotherapy can be employed in the context of education? How can Existential Analysis be applied in the field of pedagogy? A task group within the "Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse" is dealing with this issue in connection with the latest Existential Analysis. After the pedagogic direction was seen in the "Personal Pedagogy" for a long time, it now finds its expression in an advanced "Existential Pedagogy". In this article previous developments and the current concept is presented.

KEYWORDS: Existential Pedagogy, phenomenological approach, personal encounter, educational goal, development, evolvement

Der Begriff der Pädagogik wird in der neueren Literatur durch den der Erziehungswissenschaft ersetzt und erfasst durch die zunehmende Ausweitung der Lernräume und -zeiten längst nicht mehr nur den Arbeitsbereich von Schule oder die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen, wie z.B. in Andragogik, Freizeitpädagogik oder Psychoedukation deutlich wird. Sie versteht sich als Wissenschaft über die Theorie und Praxis von Erziehung und Bildung und befasst sich vorwiegend mit Fragen der Entwicklung und Begründung von Zielen derselben. „Ein wesentliches Feld der Pädagogik ist heute jedoch auch die kritische Auseinandersetzung mit den ihr zugrunde liegenden Menschenbildern und den daraus resultierenden Werten, Normen und Zielen." (Breckner-Trobisch 2015, 123)

Da Viktor Frankl die Logotherapie als Ergänzung zur Psychotherapie der damaligen Zeit gründete und in der Existenzanalyse eine anthropologische Forschungsrichtung sah, findet sich in seinen Schriften nur wenig zur Pädagogik. Er beschreibt die Schulung des Gewissens als Spürorgan für Werte als wesentliches Anliegen von Erziehung (vgl. Frankl 2005, 129ff). Waibel & Aregger definieren Existenzielle Pädagogik folgendermaßen: „In der existenziellen Pädagogik werden für den Menschen existenzielle Fragestellungen aufgegriffen und in pädagogisches Denken und Handeln umgesetzt. Sie befasst sich beispielsweise mit Fragen der Person, der personalen Begegnung, der personalen Werte, der Existenz, der Freiheit der Entscheidung und der Verantwortung, dem eigenen Sinn und der personalen Motivation." (Aregger & Waibel 2006, 8)

In diesem Sinne handelt es sich bei der Existenziellen Pädagogik nicht um eine neue Pädagogik, um noch einen weiteren Stil, der sich in die lange Liste pädagogischer Konzepte einreiht. Existenzielle Pädagogik ist weniger Technik, Methodik oder Didaktik, sondern meint vielmehr eine phänomenologische Grundhaltung und ein prozessuales Denken, in dem einem (heranwachsenden) Menschen begegnet wird. Auf Basis des dreidimensionalen Menschenbildes möchte die Existenzielle Pädagogik den Menschen in seiner Ganzheit im Blick behalten und diese Entwicklung fördern. Dabei richtet sich der Fokus auf die Entfaltung der Person in ihren körperlichen, seelischen und geistigen Bezügen. „Es geht darum, den in den Heranwachsenden angelegten Möglichkeiten zur Entfaltung zu verhelfen, und um die Förderung der Fähigkeit, Bedeutsames entschieden im eigenen Leben verwirklichen zu können. Diesen Existenzvollzug sollten PädagogInnen prozesshaft anleiten und die Heranwachsenden ganz im Sinne des Leitspruches „BEDEUTSAMES LEBEN KÖNNEN" (Anm.: Zitat aus der Arbeitsgruppe „Existenzielle Pädagogik" der GLE-I, 23. Sep. 2012) auf ihrem Weg begleiten (Breckner-Trobisch 2015, 124).

Existenzielle Pädagogik versteht sich demnach eher als Metaebene, die über der einen oder anderen Methode steht, bzw. als Grundlage für verschiedene pädagogische Ausrichtungen: eine Haltung, die das alles durchdringt. Das Spezifische der Existenziellen Pädagogik ist die Ermöglichung und Anregung der Entfaltung der Person.

Ziel Existenzieller Pädagogik ist es, die körperliche, emotionale und geistige Entwicklung des Kindes sowie die Entfaltung der Person zu ermöglichen und anzuregen. Es soll in einen dialogischen Austausch mit sich selbst, seiner Potenzialität, seinen Werten, seinem Wollen und mit der es umgebenden Welt herangeführt werden. Ein Umgang mit Freiheit und Verantwortung soll altersadäquat erprobt und erlernt werden. In der achtsamen Präsenz eines (erwachsenen) Gegenübers sollen Kindern gefordert und gefördert werden, um zu authentischen Stellungnahmen zu gelangen. Begriffe wie Wille, Freiheit und Verantwortung sind im Umgang mit heranwachsenden Menschen unter besonderer Berücksichtigung ihrer (Un-) Mündigkeit und Abhängigkeit von Erwachsenen zu betrachten (vgl. Breckner-Trobisch 2015, 130).

DIE HALTUNG DER PÄDAGOGINNEN

Die phänomenologische Grundhaltung der Offenheit ist getragen von Achtsamkeit und Präsenz, was zu einer Arbeitsweise führt, die dem Menschen (Erwachsenen als auch Heranwachsenden) als sinnausgerichtetes Wesen entspricht.

Phänomenologie ist der Versuch zu erfassen, wer dieses Wesen vor mir eigentlich ist und worum es ihm jetzt geht. Etwas Wesentliches vom Anderen zu erfassen kann nur gelingen, wenn ich selbst ganz an-wesend bin. Ich kann nur unter Anbindung an mein eigenes Wesen in Beziehung zu einem Gegenüber sein. Die dafür nötige Offenheit beinhaltet das Wagnis, eigene Vorstellungen, Erwartungen, auch erworbenes Wissen hintan zu stellen und den Blick wieder frei zu machen für das, was hier und jetzt ist.

Achtsamkeit meint ein Gewahr-Sein, ein Wahrnehmen dessen, was ist – ohne schon zu beurteilen oder in Kategorien (gut, schlecht, richtig, falsch) einzuteilen. In dieser vorurteilsfreien und absichtslosen Begegnung ist noch nichts zu tun – es wird sich zeigen. Auch der Begriff der Präsenz drückt die dringend notwendige Anwesenheit des Pädagogen/der Pädagogin im Sinne einer ganzheitlichen Aufmerksamkeit aus: mit allen Sinnen zugegen sein, dabei sein. Diese von PädagogInnen bewusst wahrgenommene Gegenwärtigkeit erfordert Übung.

In der hier beschriebenen Haltung wird deutlich, dass die konsequente Orientierung an der Person nicht gleichgültig oder phlegmatisch erfolgen kann. Es geht nicht um Beliebigkeit, Grenzenlosigkeit oder die Wiederaufnahme eines „Laissez-faire-Stils“. Jedoch ein Kind auf eine Vorstellung hin zu manipulieren, oder sein Mensch-Sein vorauszuplanen, würde die personale Entfaltung behindern. Eine Erziehung zu Gehorsam und Anpassung wird der Person nicht gerecht. Vielmehr ist die Eigenheit eines Menschen letztlich unberechenbar – und so soll in der Existenziellen Pädagogik die Person des Kindes „herausgeschält“ werden.

Vieles in der menschlichen Entwicklung und personalen Entfaltung kann nicht „gemacht“ werden, sondern ereignet sich. Ausgangspunkt ist die Gegenwart hier, das Leben jetzt. Im Blick liegt das zukünftig Mögliche, die Potenzialität des Menschen. Erziehungs- und Bildungsziele sind oft von Absichten geprägt und fordern „nur“ Anpassung, was eher zu Misserfolg führt. Menschen wehren sich zu Recht gegen manipulative Zugriffe, was sich u.a. in Verweigerung zeigen kann. Unter Erziehungszielen werden in der Existenziellen Pädagogik weniger konkrete Vorstellungen und Erwartungen verstanden, da sie die personale Entfaltung der Beteiligten hemmen. Vielmehr geht es um mögliche Entwicklungsperspektiven, die sich in der Haltung der Pädagoginnen eröffnen.

PädagogInnen sollen eher „EntwicklungshelferInnen“ sein, deren Verantwortung es ist, die Umgebung für die Kinder vorzubereiten, ihre Welt so zu gestalten, dass sie sich zu einer gesunden Persönlichkeit entwickeln und das Eigene gut entfalten können. Existenzielle Pädagogik versteht sich als Prävention, während Psychotherapie schon die Nachreifung von versäumten Entwicklungsschritten bzw. Behandlung von seelischem Leiden bedeutet (vgl. Höfig-Renner 2015, 144).

PädagogInnen stehen also vor der Herausforderung, in einer gelungenen Mischung aus zuversichtlicher Gelassenheit und wohlwollend zugewandter Präsenz ihr Gegenüber in seiner Entwicklung und Entfaltung zu begleiten und dabei die gemeinsame Aufgabe, z.B. die Inhalte eines Lehrplans oder Bildungsstandards, im Blick zu behalten. Es ist die zentrale pädagogische Arbeit, diese Haltung (die konsequente Orientierung an der eigenen Person und der des Kindes und an den jeweiligen personalen Themen) mit den Bedingungen und Anforderungen z.B. eines schulischen Alltags abzustimmen.

An dieser Stelle wird in der Existenzanalyse auf das Werterleben verwiesen. Personale Themen zeigen sich in der subjektiven Bedeutsamkeit von Werten. Als personaler Wert wird das verstanden, was der Person nahegeht, sie berührt, anzieht (vgl. Längle 1991, 22–59). Werterleben erfordert Emotionalität, die somit in der Existenziellen Pädagogik ebenfalls einen wesentlichen Stellenwert einnimmt. „Menschen können im Grunde nicht lernen ohne emotionale Verbundenheit. So braucht es den äußeren Reiz, damit ein Kind beispielsweise seine Arme ausstreckt und versucht, mit seinen Händen die Puppe zu greifen. Kein Kind könnte die Worte „Mama“ oder „Katze“ als abstrakte Aneinanderreihung von Lauten lernen – das kann es nur durch die komplexe emotionsgeladene und ganzheitliche Wahrnehmung vieler Facetten dieser Begriffe.“ (Breckner-Trobisch 2015, 126)

Kinder brauchen die Möglichkeit, Werte zu erleben, zu erfühlen, sie benötigen Begleitung in ihrem Heranwachsen und in ihrem Lernen. Um Interesse und Begeisterung zu wecken, ist eine Verbindung zwischen Erwachsenen und Kindern nötig, die auch durch Unlust hindurch auf dem Weg zu (Bildungs-)Zielen motiviert. Dabei werden nicht lediglich Inhalte an das Kind herangetragen, sondern innerhalb eines personalen Dialogs zwischen Pädagoge/Pädagogin und Heranwachsendem wird eine Beziehung zwischen Kind und Aufgabe hergestellt. Die Kunst pädagogischen Handelns liegt wohl darin, aus einer inneren Offenheit heraus diese drei Pole (ICH – DU – WERT) in Beziehung und Abstimmung zueinander zu bringen.

Bevor ein Kind beispielsweise leidenschaftlich gern mit dem Rad fährt, geht diesem Genuss meist eine Phase des Trainings und je nach Begabung auch der Plagerei und Frustration voraus. Wenn es dann erstmals spürt, ein gewisses Maß des Könnens erreicht zu haben, erlebt es ein großes Glücksgefühl. Das Üben (Lernen) wird jetzt als sinnvoll erlebt und deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit fortgesetzt. Die dem Erfolgserlebnis vorangehende Phase des Übens ist aber oft eine mühsame Durststrecke, in der Kinder die beständige, ermutigende und anleitende Begleitung durch zuversichtliche Bezugspersonen brauchen. Ausdauer erlangen Heranwachsende nur durch die verbindliche Beziehung zu konkreten Personen, mit denen sie die Erfahrung machen können, dass jemand an sie glaubt, ihnen etwas zutraut und deshalb auch etwas von ihnen fordert (vgl. Breckner-Trobisch 2015, 127).

PERSONALE BEGEGNUNG IN DER EXISTENZIELLEN PÄDAGOGIK

Menschen haben ein soziales Grundbedürfnis, eine Sehnsucht nach Begegnung und Verbundenheit. Kinder brauchen echte Beziehungen als Voraussetzung für jede Entwicklung, Entfaltung und jedes Lernen. Wie die vorangegangenen Überlegungen zeigen, können sie sich die Welt nicht alleine er-

schließen. Ein zentraler Schritt im Erziehungsprozess ist daher die Ermöglichung einer personalen Begegnung. Der viel zitierte Satz von Martin Buber bringt das zum Ausdruck: „Der Mensch wird am Du zum Ich!“ (Buber 1995, 12) Personsein entwickelt und entfaltet sich in einer vertrauensvollen Beziehung, durch Auseinandersetzung und Stellungnahme.

Existenzielle Pädagogik geht davon aus, dass Person im Menschen von Anbeginn vorhanden ist und, während der junge Mensch sich entwickelt, sich mehr und mehr entfalten kann, angeregt durch eine phänomenologische Herangehensweise, die vorgefertigte Erziehungskonzepte beiseite stellt und dadurch frei ist für ein aktives Wahrnehmen des Gegenübers in seiner Ganzheitlichkeit, Einfühlung in sein Wesen und Begleitung auf seinem Weg. „Das Kind will in seiner ganzen Bandbreite gesehen werden, in seinen Stärken und Schwächen. Es soll seine Möglichkeiten ausschöpfen können und hervortreten aus den Bedingungen, um sein Leben aktiv, eigenverantwortlich und sinnvoll zu gestalten; Zutrauen und Zumuten, Fördern und Fordern sind entscheidend.“ (Breckner-Trobisch 2015, 125) Daher steht am Beginn einer personalen Begegnung im pädagogischen Kontext die Person des Pädagogen/der Pädagogin.

Sein/ihr eigentliches Werkzeug ist er/sie selbst als Person. Sich als Person zu zeigen, ermöglicht erst Beziehung und Dialog. Dazu sollen PädagogInnen offen, ansprechbar und berührbar sein, sie sollen sich Zeit nehmen für das Kind, sollen etwas von sich zum Ausdruck bringen und darin authentisch sein. „Viele Lehrer meinen, sie dürften mit Rücksicht auf ihre berufliche Rolle keine persönlichen Eigenschaften und Emotionen zeigen, und verhalten sich aus diesem Grund zu wenig echt oder authentisch. Wenn ich eine gute Beziehung zu den Schülern gestalten will, muss ich mich auch als Person zu erkennen geben, ich muss Gefühle, auch Ärger, zeigen dürfen. Selbstverständlich muss dies unter Wahrung der beruflichen Rolle geschehen.“ (Bauer 2004, 38)

Es braucht also die Bereitschaft, aus der eigenen Rolle, der Funktion herauszutreten und sich selbst als Person zu zeigen. Beziehung gelingt nicht von Rolle zu Rolle oder von Funktion zu Funktion, sondern nur von Person zu Person. Im pädagogischen Alltag stehen Methodik, Didaktik oder Technik oft zwischen dem Pädagogen/der Pädagogin und dem Kind. Erwartungen und Vorstellungen verhindern aufrichtige Begegnungen im Sinne der geforderten phänomenologischen Offenheit.

„Da die Person nicht direkt gesehen werden kann, braucht es große Sensibilität, um sie im Kind aufzuspüren, zu erspüren. Dieser Respekt vor der Person, ihrer Würde, Freiheit und Verantwortung beginnt bereits bei den Kleinsten. Schon bei Säuglingen drückt sich die Einmaligkeit und Einzigartigkeit der Person aus (z.B. im individuellen Schlaf-Wach-Rhythmus, im Mögen bestimmter Klänge und Geräusche, im Ablehnen gewisser Berührungen etc.) und kann mit zunehmender Reife immer deutlicher sichtbar werden.“ (Breckner-Trobisch 2015, 125) „Person erkennt man dann, wenn man darauf achtet, womit der Mensch in Beziehung steht, wo er am liebsten verweilt, wo er sich auseinander setzt, womit und wie er mit etwas umgeht, wofür er Verantwortung übernimmt, wie und wo er sich öffnen kann und in welcher Einzigartigkeit und Einmaligkeit er sichtbar wird.“ (Kolbe 2006, 39f)

Menschen sind nicht nur mit anderen Menschen und mit der sie umgebenden Welt, sondern auch mit sich selbst in Beziehung. Ein Mensch wird in der Art und Weise in einen Dialog mit sich und anderen/anderem treten, wie ihm begegnet wurde. Im dem Ausmaß, in dem einem Kind Achtung, Respekt und Würde widerfährt, kann es das später sich und anderen zugestehen. In diesem Sinne sind Kinder fragwürdig, würdig angefragt zu werden.

ZUSAMMENFASSUNG

Zusammenfassend soll festgehalten werden, dass Erziehung und Bildung im Sinne der Existenziellen Pädagogik in ein personales und dialogisches Beziehungsgeschehen eingebettet sind. Das Wesen der Existenziellen Pädagogik liegt in der phänomenologischen Grundhaltung, die von Offenheit und achtsamer Präsenz gekennzeichnet ist. Wesentliches „Werkzeug“ ist die Person des Pädagogen/der Pädagogin selbst, weshalb die eigene Persönlichkeitsentwicklung und Selbsterfahrung unerlässlich sind. Der Blick richtet sich auf die ganzheitliche Entwicklung des Kindes, im Besonderen auf die Entfaltung der Person, die wahrgenommen und ernstgenommen werden will, was in ebendieser Haltung impliziert ist. In der Weiterentwicklung der Existenziellen Pädagogik wird es verstärkt um die konkrete praktische Umsetzung dieser Gedanken gehen.

Literatur:

Aregger K & Waibel E (2006) Einleitung. In: Aregger K & Waibel E (Hg.) Schulleben und Lebensschule – Beiträge einer existenziellen Pädagogik. Donauwörth/Luzern: Auer/Comenius Verlag, 8

Bauer J (2004) Ein Lehrer kann seine Schüler nicht einfach entlassen, wenn sie ihm nicht passen. In: Psychologie heute, 1/2004, 34–38

Breckner-Trobisch K (2015) Säuglinge, Kinder und Jugendliche an der Nahtstelle von Pädagogik und Psychotherapie. In: Biberich R, Kunert A, Adenbeck B, Steinbacher R (Hg.) Existenzanalytische Psychotherapie mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Konzepte. Wien: GLE Verlag, 123–139

Buber M (1995) Ich und Du. Stuttgart: Reclam Verlag

Frankl V (2005) Ärztliche Seelsorge. Wien: Paul Zsolnay

Höfig-Renner J (2015) Die Welt des Kindes – Eine vorbereitete Umgebung zur gesunden Persönlichkeitsentwicklung. In: In: Biberich R, Kunert A, Adenbeck B, Steinbacher R (Hg.) Existenzanalytische Psychotherapie mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Konzepte. Wien: GLE Verlag, 141–159

Kolbe C (2006) Die personale Motivation und Dialogfähigkeit in der Pädagogik. In: Aregger K & Waibel E (Hg.) Schulleben und Lebensschule – Beiträge einer existenziellen Pädagogik. Donauwörth/Luzern: Auer/Comenius Verlag, 36–46

Längle A (1991) Wertberührung. In: Längle A (Hg.) Wertbegegnung. Wien: GLE Verlag, 22–59

Anschrift der Verfasserin:

Mag.(FH) Kerstin Breckner, MSc BEd

Attergaustr. 68

A – 4880 St. Georgen i. Attg.

www.kerstinbreckner.at

kerstin.breckner@existenzanalyse.at

MIT ACHTSAMKEIT DER SUCHT BEGEGNEN.

Workshop zum Thema „Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention“

Karin Canazei

Menschen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, verstricken sich in einen unheilvollen Suchtkreislauf, in dem sie ihre innere Freiheit verlieren. Sucht ist gekennzeichnet durch Flucht aus dem aktuellen, nüchternen Zustand. Das „Hier und Jetzt“ wird abgelehnt. Achtsamkeit kann helfen, dem Sucht- bzw. Fluchtdruck standzuhalten, da zu bleiben, ihn zu akzeptieren und sich dem als unangenehm Empfundenen zuzuwenden. So kann Achtsamkeit zu einer Sensibilisierung der Auslöser für Rückfälle und die darin beinhalteten Denk- und Fühlmuster führen, alternative Handlungsmöglichkeiten können erkannt werden.
In diesem Artikel wird der Frage nachgegangen, inwieweit Achtsamkeit eine Rückgewinnung der in der Sucht verlorenen inneren Freiheit ermöglicht. Im Speziellen wird die Wirksamkeit der Achtsamkeit in Hinblick auf die Grundmotivationen beleuchtet. Es werden Elemente aus dem MBRP-Programm („Mindfullness-Based Relapse Prevention“) nach Sarah W. Bowen, Neha Chawla und G. Alan Marlatt (2012) vorgestellt und deren Anwendungsmöglichkeiten am Beispiel eines psychotherapeutisch begleiteten Wohn- und Arbeitsprojekts für suchterfahrene Menschen dargestellt.

SCHLÜSSELWÖRTER: Sucht, Achtsamkeit, Selbstdistanzierungsfähigkeit, innerer Beobachter, innere Freiheit, Selbstmitgefühl

ENCOUNTERING ADDICTION WITH ATTENTIVENESS
Workshop on the issue „attentiveness based relapse prevention“

Persons suffering from addictive disorders become ensnared in a disastrous addictive cycle in which they lose their inner freedom. Addiction is characterized by an escape from the present sober condition. The “here and now” is rejected. Attentiveness can help withstand the escape-pressure and craving, rendering it possible to stay, accept it and turn towards what is perceived as unpleasant. In this manner attentiveness can lead to a sensitization of the relapse trigger and its included thinking and feeling patterns, and alternative behavioral options can be recognized.
This article pursues the question to what extent attentiveness enables the recuperation of inner freedom lost in addiction. In particular, the efficacy of attentiveness with regard to the fundamental motivations is illuminated. Elements from the MBRP-Programme ('Mindfullness-Based Relapse Prevention') according to Sarah W. Bowen, Neha Chawla und G. Alan Marlatt (2012) are presented, and their application options delineated by the example of a psychotherapeutically supported residential and job project for persons with addiction experience.

KEYWORDS: addiction, attentiveness, self-detachment ability, inner observer, inner freedom, compassion for oneself

Seit mehr als zwei Jahrzehnten gewinnt „Achtsamkeit“ in der Genesung von psychischen Leiden immer mehr an Bedeutung. Ursprünglich kommt diese praktische Lebenshaltung aus dem 2500 Jahre alten Buddhismus und hat in ähnlicher Form in bekannten philosophischen und spirituellen Richtungen Tradition, dann jedoch unter anderen Kennzeichnungen. Hingewiesen sei beispielsweise auf das „phänomenologische Schauen“ in der Existenzanalyse, auf das „Gewahrsein im Hier und Jetzt“ in der Gestalttherapie oder auf die „gleichschwebende Aufmerksamkeit“ in der Psychoanalyse. Jon Kabat-Zinn hat die Schulung der Achtsamkeit vor allem zur Behandlung von Stresserkrankungen eingeführt und darin Elemente aus der Vipassana-Tradition (Einsichtsmeditation) eingesetzt (Kabat-Zinn 2013).

WAS IST MIT ACHTSAMKEIT GEMEINT?

Der vietnamesische buddhistische Mönch Thich Nhat Hanh beschreibt Achtsamkeit als eine Fähigkeit, die uns hilft, in unserem Leben wirklich präsent zu sein. Diese Fähigkeit stehe grundsätzlich jedem Menschen zur Verfügung. "Wenn sie gepflegt wird, wird sie stark. Wenn sie nicht geübt wird, verkümmert sie. … Achtsamkeit lässt uns erkennen, was im gegenwärtigen Augenblick in uns und um uns herum wirklich geschieht" (Thich Nhat Hanh 1998, 19), und er fügt dem noch eine ethische Dimension hinzu: „Achtsamkeit heißt in die Tiefe sehen … dann siehst du deinen Teil der Verantwortung.“ (Thich Nhat Hanh in: Lüchinger 1998) Auch Alfried Längle sieht im phänomenologischen Schauen – das als Haltung der Achtsamkeit betrachtet werden könnte – ein Schauen, welches tiefer geht. „Diese Veranlagung zum tieferen Sehen und Verstehen ist eine personale Kraft im Menschen, dank derer er sein Leben so gestalten kann, dass er sein eigenes Wesen zum Einsatz bringen kann. Das macht das Leben sinnvoll und erfüllend.“ (Längle 2013) Für den amerikanischen Professor Jon Kabat-Zinn ist Achtsamkeit jenes Gewahrsein, das entsteht, wenn sich die Aufmerksamkeit mit ganzer Absicht und frei von Bewertung auf Erfahrungen richtet, die sich von Moment zu Moment entfalten (vgl. Kabat-Zinn in: Weiss H, Harrer M E, Dietz T (Hrsg) 2013, 19).

WOZU ACHTSAMKEITSSCHULUNG?

Eine achtsame Selbstbeobachtung kann zur Selbsterkenntnis führen, dass ich mehr bin als meine Gedanken, meine Gefühle und mein Körper. Und dieses Mehr könnte als das Geistige bezeichnet werden, in dem die Möglichkeiten zur Selbstdistanzierung, Selbsttranszendenz und Verantwortung für mich liegen. Diese Beobachterposition oder dieses Zeugenbewusstsein, wie es in vielen Meditationstraditionen

genannt wird, ist ein zentraler Wirkfaktor unter anderem auch in der Psychoimaginativen Traumatherapie (PITT) nach Reddemann (2004). Demnach wird das Bewusstsein durch die bewusste, achtsame Aufmerksamkeitslenkung kultiviert. Es ist eine Entwicklung des Menschen hin zum *homo sapiens sapiens,* hin zum Menschen, der weiß, dass er weiß. Er entwickelt ein Bewusstsein von seinem Bewusstsein. Er kann innere und äußere Vorgänge mit ungeteilter, entspannter Aufmerksamkeit beobachten. Das ganze Bild kann wahrgenommen werden (vgl. Harrer 2015).

Die Praxis der Achtsamkeit ist somit wesentlich, um die Fähigkeit der Selbstdistanzierung zu stärken. In der Distanz zum Wahrgenommen, in diesem Raum zwischen Objekt und Subjekt wird die Freiheit zur personalen Antwort auffindbar. Der sich in Achtsamkeit übende Mensch kann sich zunehmend (besser) aus Reiz-Reaktionsmustern befreien und zu verantworteten Stellungnahmen gelangen. Der Freiheitsraum des Geistigen vergrößert sich. Die geistigen Fähigkeiten des Menschen zu Freiheit, Verantwortung und Selbsttranszendenz werden vertieft.

WOZU ACHTSAMKEIT IN DER SUCHTTHERAPIE?

In der Suchttherapie gewann die Schulung der Achtsamkeit erst in den letzten Jahren an Bedeutung. Im Zentrum stehen dabei die Stärkung des Beobachters, insbesondere die Förderung seiner Fähigkeit zur Selbstdistanzierung. Denn das Spezifische der Sucht ist das apersonale Verhalten, in das sich der Süchtige verliert, das Hineingleiten in den Autopilotmodus der Suchtdynamik. Die Sucht beherrscht ihn, er hat den Schlüssel zu seinem „Freiheitsraum" des bewussten Handelns verloren. SuchtpatientInnen zeigen meist multikausale Defizite, wobei es unterschiedliche Gewichtungen gibt. Existenzanalytisch betrachtet liegt die Störung der Sucht vor allem im Mangel an einer gefühlten Beziehung zum Leben, und je weniger Beziehung der Mensch zu seinem personalen Sein hat, desto flacher ist sein Erleben. Je weniger er sich spürt, desto mehr verlangt er nach dem Erleben der eigenen Lebendigkeit und umso anfälliger ist er für die Ersatzbefriedigungen der Sucht. Die Not hinter der Sucht kann unter anderem im Hunger nach dem Erleben der eigenen Vitalität verortet werden (vgl. Längle & Probst 1997, 85). Gelingt es in der Therapie jedoch, eine achtsame Haltung aufzubauen, verliert der süchtige Mensch sich immer weniger im Suchtverhalten, ihm bietet sich die Chance, seine Lebensfreude zurückzugewinnen.

AUS DER PRAXIS

Der Handlungsspielraum in meiner Arbeit als Suchttherapeutin wurde weiter, seitdem ich die Achtsamkeit aus der Perspektive der existenzanalytischen Grundmotivationen betrachtete und mir die Frage stellte, in welcher Art und Weise die Schulung der Achtsamkeit die Grundmotivationen stärken kann.

Erste Grundmotivation – Ja zur Welt: Die Achtsamkeitspraxis kann helfen, das Sehen, Hören, Riechen, Tasten und Schmecken bewusst zu erfahren. Die Welt wird mit allen Sinnen zugänglich und erfahrbar. Zudem wird der Körper konkret spürbar, das Atmen immer bewusster. Das „Hier und Jetzt" im Außen und Innen kann als gut und sicher erlebt werden. Wahrnehmen, was ist, und es lernen anzunehmen – das gibt Halt und Sicherheit. Ich bin da – und es ist, wie es ist. Es kann wieder Ja zur Welt gesagt werden. So kann der Suchtdruck bewusst erlebt werden, ohne ihm nachgeben zu müssen. Im Annehmen wird das Paradox erfahren, dass er sich verändert. So kann auch im Veränderlichen Halt gefunden werden. Es können Erfahrungen von tiefem Gehaltensein und die Berührung mit dem Seinsgrund möglich werden.

Zweite Grundmotivation – Ja zum Leben: Die Achtsamkeitspraxis hilft, das Beobachten von Gefühlen anzuregen und zu stärken: Welche Gefühle sind da, wie verändern sie sich und was für eine Botschaft haben sie. Es kommt zu einer Selbstzuwendung, es kann dabei geübt werden, intensive Gefühle und Empfindungen – eben auch unangenehme – kennenzulernen und mit ihnen zu sein, ohne diese gleich loswerden oder ihnen nachgeben zu müssen. Dies ist eine Übung in der Selbstannahme. Mit einem achtsamen Blick kann der Mensch wertfühlig werden. Scheinbar Alltägliches wird zu etwas Besonderem, Dankbarkeit kann entstehen. Das individuell Wertvolle wird wieder bewusst, es entsteht eine neue gefühlte Beziehung zu den eigenen Werten. In der Haltung der Achtsamkeit erhält der Mensch einen Tiefenblick, eine Wesensschau wird möglich. Die Kostbarkeit der Dinge wird sichtbar. Der Grundwert Leben-Mögen kann auf ganz elementare, greifbare, fühl- und spürbare Art und Weise erfahren werden. Dies ist in der Suchttherapie ein wesentlicher Baustein zu einer zufriedenen, glücklichen Abstinenz.

Dritte Grundmotivation – Ja zur Person: Die Achtsamkeitspraxis kann helfen, ins Beobachten meiner Gedanken zu kommen. Eine Desidentifikation mit dem Gedachten kann möglich werden. Ich kann erkennen, dass Gedanken, Wörter und Bilder lediglich in meinem Bewusstsein entstehen, jedoch keine äußere Realität haben. Die Haltung des Meditierenden entspricht einem am Fluss sitzenden, dessen Gedanken wie Blätter im Fluss vorüberziehen. Dies ist eine Übung zur Selbstdistanzierung. So werden Gedanken in der Meditation zum Objekt der Aufmerksamkeit gemacht. Der Zusammenhang zwischen signifikanten Gedanken und durch sie ausgelöste Rückfälle wird erarbeitet, Einsicht in Rückfallketten, eigene Bewertungen und unbewusste Denkmuster werden zunehmend klarer gesehen. Aus unbewussten und ungewollten Reiz-Reaktionsmustern kann früher ausgestiegen werden. Die je eigenen, personalen Antworten auf die Anfragen des Lebens können gefunden werden. Achtsamkeit führt zu einer Lockerung und Befreiung von Bewertungen, auch von Selbstbewertung, was wiederum zu einem klaren Selbstwert führt. Es kann der Wert der Dinge, aber auch der Wert des eigenen einzigartigen So-Seins erkannt werden. Man sieht sich, versteht sich in seinem So-Sein und kommt zur Stellungnahme zu sich. Es kommt zu entschiedenem, authentischem Handeln.

Vierte Grundmotivation – Ja zum Sinn: In der Achtsamkeitspraxis werden die wertvollsten Handlungsmöglichkeit bewusst. Es wird mit mehr innerer Freiheit entschieden und das eigene Tun verantwortet. Wofür will ich leben? Ich gebe mich in der entschiedenen Aufmerksamkeit

hin und erlebe Sinn und Fülle. „In der Achtsamkeit schenke ich allem mein Bestes“ (Verfasser unbekannt). Es wird vor allem möglich, weil sich in meiner Haltung und meinem Blickwinkel etwas verändert. Es wird bewusst, dass trotz aller Einschränkungen und biographischen Bedingungen eine sinn- und wertvolle Lebensgestaltung möglich ist. Die in der Sucht verlorene Offenheit der Welt und sich selbst gegenüber wird zurückerlangt. Es wird der Weg beschritten von der Selbstfürsorge zur Fürsorge für andere und für das große Ganze. Im neuen Fokus der Freiheit und Verantwortung wird Selbsttranszendenz möglich.

ERFAHRUNGEN MIT DER ACHTSAMKEIT IN EINER TEILSTATIONÄREN NACHSORGEEINRICHTUNG

Der Verein Emmaus ist eine suchttherapeutische Einrichtung, die langfristig und abstinenzorientiert Wohnen, Arbeit und Psychotherapie anbietet. Betroffene mit einer Abhängigkeitsdiagnose als primäre oder sekundäre Erkrankung wohnen für ein bis fünf Jahre in betreuten Wohnhäusern, arbeiten im vereinseigenen Hausmeisterbetrieb und werden dabei psychotherapeutisch und psychiatrisch begleitet. Es finden wöchentliche Einzelgespräche und Gruppentherapien statt und auch ein psychiatrischer Consiliardienst steht zur Verfügung.

In den letzten fünf Jahren beschäftigten wir uns als Team mit dem Thema „Achtsamkeit“. Seither gibt es ein Bemühen, diese Haltung im Team und in der Arbeit mit den KlientInnen einfließen zu lassen. Früchte daraus sind das fünfminütige „Innehalten in Stille“ am Anfang jeder Teamsitzung und ebenso in Arbeitsbesprechungen. Darüber hinaus findet wöchentlich eine offene „Achtsamkeitsgruppe“ statt. Elemente aus dem im weiteren Verlauf vorgestellten achtsamkeitsbasierten Rückfallpräventionsprogramm werden in die Therapiegruppen eingebaut. Das gesamte Programm wurde als dreitägiges Pilotprojekt in einem Meditationszentrum in den Bergen angeboten.

Unserer Arbeit zugrunde legen wir Konzept und Therapieprogramm von Alan G. Marlatt und Mitarbeitern, worin auf die Stärkung der Achtsamkeit als einer wichtigen Ressource für die Rückfallprophylaxe zugegriffen wird. Das 2011 entwickelte Therapieprogramm wird als ein Nachsorgeprogramm gesehen, das die Behandlungserfolge einer Entwöhnungstherapie und einen nachhaltigen gesunden Lebensstil verstärken möchte. Die achtsamkeitsbasierte Übungspraxis rückt dabei ganz in das Zentrum der Rückfallprävention. Die Übungen kultivieren die Fähigkeit innezuhalten, die gegenwärtige Erfahrung zu beobachten und die verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten, die in jedem Augenblick zur Verfügung stehen, zu erkennen. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass in der Reflexion des Beobachteten keine Bewertungen erfolgen und Interpretationen diskutiert werden, vielmehr soll mit „Forschergeist“ im phänomenologischen Betrachten verweilt werden.

Im Zentrum steht das eigene, unmittelbare Erleben. Dieses wird gemeinsam nach den Übungen im sogenannten Inquiry („Untersuchung“) reflektiert. Es wird unterschieden zwischen dem unmittelbaren Erfahren (Körperempfindungen, Gefühle) und den Reaktionen des Bewusstseins wie Gedanken, Bewertungen und Interpretationen. Im weiteren Verlauf wird reflektiert, ob aufkommende Erfahrungen vertraut sind und welche Zusammenhänge es zu bekannten Schwierigkeiten und deren Bewältigung gibt, insbesondere zu Substanzkonsum und Rückfälligkeit. Dieses Erforschen führt zu mehr Selbstdistanz und Einsicht. Ähnlichkeiten zwischen den Übenden werden erfragt, um allgemeine Aspekte des Bewusstseins sichtbar zu machen. Auch auftretende Widerstände und Hemmnisse sollen dabei genauso achtsam mit Empathie und Neugier beobachtet werden. Ziel ist es zu lernen, dass Achtsamkeit als personale Fähigkeit in uns allen wohnt.

EINBLICKE IN DIE INHALTE DES MBRP-PROGRAMMS[1]

Psychoedukativ wird zu Beginn den Gruppenmitgliedern der sogenannte „Autopilotmodus“ vorgestellt. Damit wird die allgemein menschliche Tendenz bezeichnet, automatisch auf Sinneseindrücke, Gefühle und Gedanken zu reagieren, ohne sich dessen bewusst zu sein. Bei Suchtdruck ist sehr häufig der Autopilot aktiviert, d.h. der Betroffene gibt dem Verlangen nach, ohne dass ihm wirklich bewusst ist, was geschieht und welche Konsequenzen darauf folgen. Achtsamkeit beginnt mit dem Erkennen der Tendenz in den Autopilotmodus zu gehen. Verdeutlicht wird dies mit der „Rosinenübung“ unter Einbeziehung aller Sinne.

In allen Sitzungen wird eine formelle Meditationspraxis durchgeführt, zu Beginn der „bodyscan“, im weiteren Verlauf die „Atemmeditation“ im Sitzen, jeweils mit einem besonderen Fokus, beispielsweise auf Geräusche, Empfindungen, Gedanken oder die Gehmediation.

Der achtsame Umgang mit dem Suchtverhalten wird anhand des sogenannten „Wellenreitens“ verdeutlicht. Es wird eine typische, nicht allzu schwierige Situation vergegenwärtigt, die ein Suchtmittelverlangen oder einen Impuls zu unerwünschtem Verhalten auslöst. Diese Situation wird in der Vorstellung durchlebt, darin das Auf- und wieder Abschwellen des Verlangens achtsam wahrgenommen. Marlatt betont, dass diese Wellen meist erlernte Reaktionen sind, die von bestimmten Reizen ausgelöst werden. So wie bei einer Welle nehmen erlernte Reaktionen an Intensität zu, bis sie einen Höhepunkt erreichen. Wenn man dem Verlangen auf diesem Höhepunkt nachgibt, wird das süchtige Verhalten verstärkt. Jedes Mal, wenn man diesem Verlangen jedoch nicht nachgibt, schwächt sich der erlernte Automatismus, zudem werden Selbstakzeptanz und das Gefühl von Selbstwirksamkeit verankert (vgl. Bowen et al. 2012, 78f).

Da die Übung des „Wellenreitens“ aufwühlend und belastend sein kann, wird daran anschließend die „Bergmeditation“ durchgeführt. Darin wird angeleitet, einen Berg zu imaginieren, sich dessen Eigenschaften der Stabilität, Stärke und Würde zu vergegenwärtigen und sich vorzustellen, mit

[1] Es gibt inzwischen auch eine Pilotstudie zur Evaluierung dieses Rückfallprogramms (2013) von Beiglböck, Mayr und Waigmann-Pölzl – Mitarbeiter des API.

dem Berg zu verschmelzen, sich dessen Stabilität und Stärke zu eigen zu machen und mit dieser Bergqualität in sich in Berührung kommen (vgl. Bowen et al. 2012, 81).

Um die Achtsamkeit auch in Bewegung zu schulen, werden einfache Hatha-Yoga Übungen durchgeführt. Es geht um eine verbesserte Körperwahrnehmung, denn auch der Suchtdruck zeigt sich im Körper und kann dort beobachtet werden.

Rückfalle lösen bei Betroffenen häufig Versagens-, Schuld- und Schamgefühlen aus. Die achtsame Haltung versucht auch diesen Gefühlen mit Wohlwollen und Güte zu begegnen. Resignation kann als Gedankenmuster erkannt werden, das beobachtet werden kann und dem kein Glaube geschenkt werden muss. In der Metta-Meditation („Liebende Güte") schickt der Meditierende sich selbst und anderen gute Wünsche. Gerade diese Übung kann Gefühle des Widerstandes auslösen. Insbesondere Übende mit häufigen Gefühlen von Ärger, aber auch mit mangelndem Selbstwert berichten, dass sie anderen oder sich selbst gegenüber kaum Freundlichkeit empfinden können. Auch hier ist die möglichst nichtbewertende Beobachtung dieser Reaktion als Teil der Übung zu betrachten. Die Metta-Meditation soll keinen bestimmten Gefühls- oder Bewusstseinszustand auslösen, vielmehr soll allem was auftaucht, achtsam begegnet werden. Es gibt kein „richtiges" Erleben (vgl. Bowen et al. 2012, 124).

MBRP FÜR TRAUMAPATIENTINNEN

Achtsamkeitsübungen können manchmal als unangenehm empfunden werden, sie sollten aber nie als beunruhigend erlebt werden. Besonders für Menschen mit Traumaerfahrungen ist es wichtig, sich sicher und wohl zu fühlen. Deshalb braucht es ein klares, geschütztes Umfeld. Eine gute vertrauensvolle Beziehung zum Leiter bzw. der Leiterin ist wesentlich. Diese/r sollte im Idealfall traumatherapeutischen Erfahrungen haben, um speziellen Bedürfnisse besser erkennen zu können. In der beschriebenen Einrichtung wird das Programm von PsychotherapeutInnen durchgeführt, die teilweise die EinzeltherapeutInnen der Übenden sind, es besteht also schon eine therapeutische Beziehung im Vorfeld. TraumapatientInnen haben oft Probleme mit Stille und stillsitzen. Wichtig dabei ist, dass sie die Kontrolle behalten. Die Übungen können jederzeit unterbrochen werden, dann werden die Augen geöffnet, ein Zurückkommen in das „Hier und Jetzt" über die Sinne wird möglich. Es können die Augen auch durchgängig offen gehalten werden und der „body-scan" kann im Sitzen gemacht werden. Ebenso hat die Bauchatmung meist eine beruhigende Wirkung. Traumaerfahrene brauchen meist mehr Anleitung während der Übungen, sie wollen nicht allein gelassen werden in der Stille. Ebenso wichtig ist die Transparenz, wozu die Übungen gemacht werden. Das Verstehen durch die Psychoedukation gibt Halt. Grundlegend ist die mehrmalige Wiederholung der Intention, allen Erfahrungen – auch den schmerzvollen – mit Neugier, Präsenz und Freundlichkeit zu begegnen. Es geht vor allem um eine Förderung der Klarheit und des Mitgefühls dem eigenen Erleben gegenüber. (vgl. Bowen et al. 2012, 46f).

DAS WESENTLICHE AN DER ACHTSAMKEITS-ORIENTIERTEN RÜCKFALLPRÄVENTION

Im achtsamkeitsbasierten Ansatz geht es nicht um eine Veränderung von unangenehmen und somit meist unerwünschten Symptomen wie dem Suchtdruck, sondern um eine veränderte Beziehung zu den Symptomen.

In der buddhistischen Psychologie wird nicht die Befreiung von Problemen intendiert, sondern eine Befreiung inmitten von Problemen. An dieser Stelle wirft sich mir die Frage auf, ob dieser Ansatz auch für die Suchttherapie als sehr sinnvoll betrachtet werden kann. Vielleicht geht es nicht um eine Befreiung von der Sucht, sondern um eine Befreiung, eine Heilung inmitten der Sucht.

Literatur:

Beiglböck W, M Mayr & S Waigmann-Pölzl (2013) Achtsamkeitsbasierte Suchttherapie – Möglichkeiten und Grenzen. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur Evaluierung einer deutschsprachigen Version des Therapieprogrammes „Mindfulness-Based Relapse Prevention" (MBRP) nach Marlatt. Suchttherapie 14/1, 16–21

Bowen S, Chawla N, Marlatt G A (2012) Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Das MBRP-Programm. Basel: Beltz Psychologie Verlags Union

Harrer M (2015) eigene Mitschrift der Klausur: Achtsamkeit im Team, Kronburg.

Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfullness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. Clinical Psychology: Science and Practice, 10 (2), 1–156. S. 145, Übersetzung durch die Autoren.

Kabat-Zinn J (2013) Gesund durch Meditation: Das große Buch der Selbstheilung mit MBSR, München: Droemer/Knaur

Längle A (2013) Vortrag an der Theologischen Fakultät der Universität: Das Bewegende spüren: Offenheit und Verstehen – der phänomenologische Zugang zur Person. Innsbruck.

Längle A, Probst Ch (1997) Was sucht der Süchtige? Beweggründe und Ursachen aus existenzanalytischer Sicht. In: Längle A., Probst Ch. (Hrsg.) Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten. Wien: GLE-Verlag, 71–90.

Thich Nhat Hanh (1998) Schritte der Achtsamkeit. Freiburg: Herder.

Thomas Lüchinger (1998) Dokumentarfilm: Schritte der Achtsamkeit. Thich Nhat Hanh, CH.

Reddemann L (2004) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – das Manual, Stuttgart: Klett-Cotta

Weiss H, Harrer M E, Dietz T (Hrsg) (2013) Das Achtsamkeitsübungsbuch. Für Beruf und Alltag. Stuttgart: Klett-Cotta, 4. Auflage

Anschrift der Verfasserin:

Canazei Karin, Mag. phil.
Innrain 67/4/14
A – 6020 Innsbruck
www.perlentauchen.at
www.emmaus-innsbruck.at
Karin.Canazei@gmx.at

OPIOID DRUG ADDICTION AND THE FUNDAMENTAL EXISTENTIAL MOTIVATIONS[1]

Ekaterina Evstigneeva

This article describes how an opioid-addicted person experiences existential reality on the ontological, axiological, ethical, and context (praxiological) levels of existence. My hypothesis is that in failing to manage their being at each of the four existential levels, the opioid-addicted person, "builds" an alternative "drug world" in which they carry out a 'pseudo fulfilment' of their fundamental aspirations and find "meaning".

KEYWORDS: Fundamental Motivations, Drug Addiction Experience, 'Drug World'.

OPIOID-ABHÄNGIGKEIT UND EXISTENTIELLE GRUNDMOTIVATIONEN[1]

Dieser Artikel beschreibt wie opioidabhängige Personen die existentielle Realität auf einer ontologischen, axiologischen, ethischen und praxeologischen Existenzebene erfahren. In meiner Hypothese nehme ich an, dass opioidabhängige Personen auf allen vier existentiellen Ebenen daran scheitern ihr Sein zu bewältigen und daher eine alternative „Drogenwelt" „aufbauen" in welcher sie eine „Pseudoerfüllung" ihres Grundstrebens bewerkstelligen und „Sinn" finden.

SCHLÜSSELWÖRTER: Grundmotivationen, Suchtmittelabhängigkeitserfahrung, „Drogenwelt"

While studying in an addiction clinic, I decided to research existential aspects of living with opioid dependence. I began my research by analysing the literature in this area. I found many phenomenological studies on this issue. They all highlighted different facets of the addiction experience. For example, one study focused on 'the lived body of drug addiction' (Kemp 2009a), while another looked at 'the temporal dimension of addiction' (Kemp 2009a; Reith 1999). Others examined the drug users experiences of freedom, life, death, and meaning (Wiklund 2008a,b; Zyl 2007; Trujillo 2004 and others).

While examining these papers I realised the data, which had existential themes, could be structured using the theory of the four fundamental motivations (FM) (Längle 2003a,b). In this paper I have summarised this literature and presented it in a new way. In this exercise, novel information has appeared. It became clear that, in failing to manage their being at each of the four existential levels, the opioid-addicted person *'builds' an alternative 'drug world' in which they carry out a 'pseudo fulfilment' of their fundamental aspirations* and find 'meaning'.

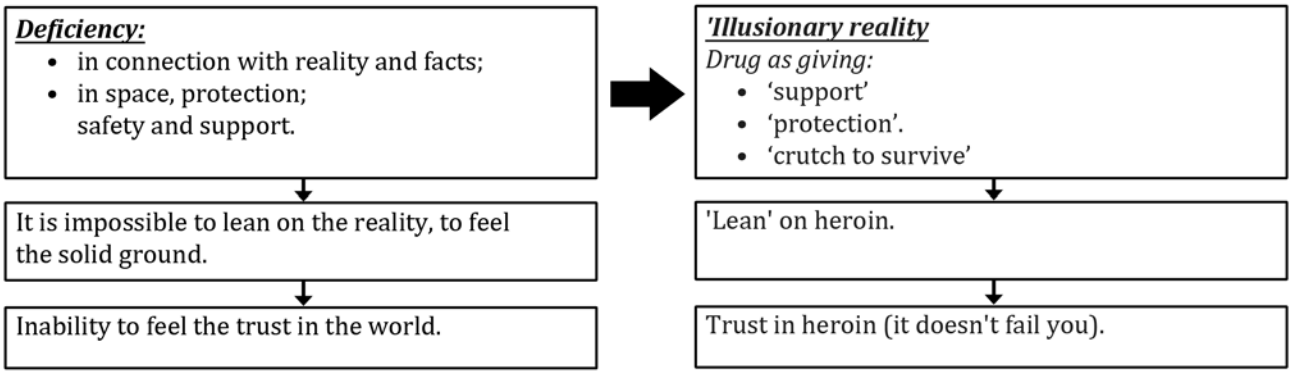
Below, I will briefly describe the data on which my hypothesis is based.

FM 1 – THE ONTOLOGICAL LEVEL

On the ontological level, an opioid-addicted person lacks the conditions necessary to confront the world in its factuality and potentiality.

- S/He becomes alienated from the body. The addict's body is no longer a 'lived-body' through which a person can achieve a fulfilling existence. It is **no longer 'a platform for being',** but a 'painful object' that 'intrudes as pain' (Kemp 2009a). Such a body becomes a cruel master: 'The body craves when it craves, it withdraws when it withdraws. It intrudes and changes on his own terms' (Kemp 2009a).
- Biological rhythms (bodily structures on which a person can lean on in his/her living) are also ruined. Most often addicted people suffer from the disruption of the sleep-wake rhythm (Kemp 2009b). But in general all the natural bodily regularities are substituted for the unusual narcotic rhythms. The basic **rhythm becomes: craving-withdrawal.** 'Addiction does not prefer to move by the normal rhythms of life' (Kemp 2009b, 9).
- An addicted-person does not live within the regularities that frame everyday life. 'Narcotic rhythms' isolate a person from social structures and patterns. For example s/he can sleep during the day or be active at night, s/he usually doesn't have to wake up to be at work, and s/he retreats from social obligations. This 'mis-attunement' (Kemp 2009b) with society does not allow the person to lean on social rhythms, mechanisms, and laws so s/he is unable to find protection and support in the rules and processes that arrange social architecture.
- The 'things' that surround an addict become flat and faceless objects. His being is **rather 'being-with-drug then being-with-World'** (Trujillo 2004). As J. Trujillo puts it: 'The crack abuser is no longer bound by the common truths and habits that structure the everyday world… His concern is not with-World but with-crack; rather, being-with crack in his World' (Trujillo 2004, 179).

[1] This article is a shortened version of an article in russian language: Evstigneeva E.A. (2013) Osobennosti perejivanija ekzistencial'nich dannostej u pacientov s opioidnoi zavisimostiju. In: Ekzistencial'nyj analiz, 5
Dies ist eine gekürzte Fassung eines russischsprachigen Artikels: Evstigneeva E.A. (2013) Osobennosti perejivanija ekzistencial'nich dannostej u paci entov s opioidnoi zavisimostiju. In: Ekzistencial'nyj analiz, 5



Scheme 1.: Creating the 'illusionary reality' as a consequence of a failure in the ability to be (Längle).

- The difficulty of confronting reality is also posed by the nature of the drug itself: it blocks out 'reality' and replaces it with **a state of dreaminess and unreality** – an 'oneiric state' (Reith 1999, 103).

Thus, the person lacks protection, space, and support. S/he is scared and cannot confront the reality of the World. The **drug creates for her/him the feeling of safety and protection.** One patient describes it in such a way:

'It <heroin> doesn't fail you… You're safe, you're capable of protecting yourself and those you care for; I feel fearless-no fear… heroin is my weapon – a crutch to survive in this world' (Zyl 2007, 65).

The ontological reality of an addict could be generalised in the scheme above (Scheme 1):

FM 2 – THE AXIOLOGICAL LEVEL

On the axiological level an opioid-addicted person lacks relationship, closeness, and time.

- In the drug addicted world people become priceless objects. They can be robbed, cheated without any gilt (Kemp 2009a, 128). The crack abuser **'disregards the existentiality of the 'other' and encounters him as a 'what'.** He dominates, manipulates, and controls the 'other' to realize his drive to be (Trujillo 2004, 179). 'One user recalled how he had lost most of his friends through drug-related deaths, but it had failed to affect him in any meaningful sense:
  'Everyone's got to go some time. We'd try to find out where he got his stuff <heroin>, cos if he's gone an' died, it means it's good stuff, strong stuff' (Reith 1999, 106).

  There is also no relation with 'things'. **'Things' are experienced as anomalous drug-focused practical values.** The World is 'filled with things that are used only to perpetuate the addictive process' (Kemp 2009a, 128).

- **The flow of time stops:** the 'relation' with drugs is 'pressing, immediate and compulsive' (Kemp 2009b, 5). It is 'the now' without past and future - lifeless and empty as a black hole.
- **No change occurs.** 'Nothing Ever Happens in the junk world' and … boredom never troubles the addict' (Burroughs 1982, 41).
- When a drug addicted person **tries to get closer to life s/he feels pain:**
  'Although the pain you're feelin' you can't maybe see, like you're not missin' a leg or an arm, but it's like inside you're torn to bits. It's like you've no way of sayin' to the world, to express, it's just like you're tryin' your best just to get through each day without being overwhelmed, so you're usin' drugs as your tool, like they-re the things to help you get through the day without killing yourself' (Reith 1999, 104).

Thus for the drug addicted the stuff becomes a 'tool' of coping with life. However, not a mere tool: the relationship with drugs becomes a personal relationship – the drug becomes personalized.

'You will never understand drug addiction, unless you understand that it is a love story' (Zyl 2007, 30), says one of the patients.

'I fell in love with heroin' (ibid., 36); *'It's demanding and cruel, but sure and nice'* (ibid., 37); *'Heroin worked – like my friend, doing things together. We go hand in hand'* (ibid., 67).

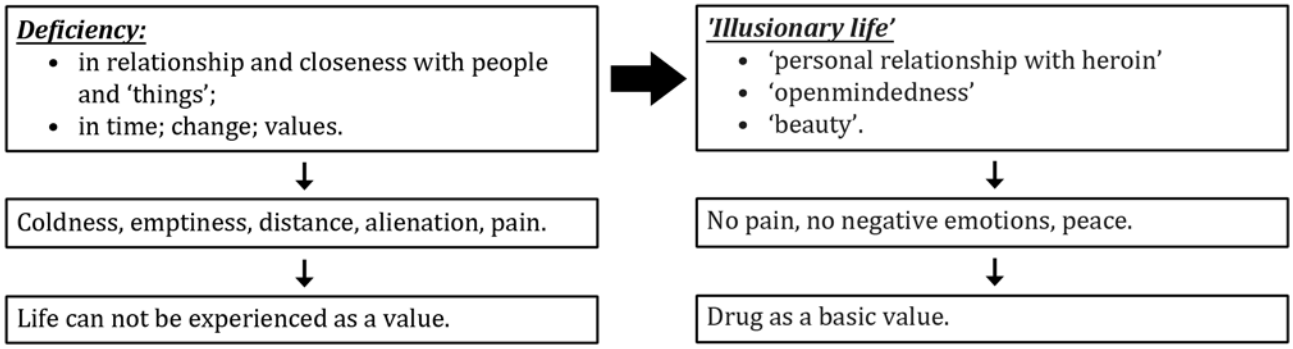
Some patients experience a shot of heroin as *'injection of life'* (ibid., 63):

It's like the whole world, life is beautiful. I feel great. I have a lot of ideas. My mind opens tremendously <…> I feel life is wonderful' (Trujillo 2004, 171).

The axiological reality of an addict can be structured as following (Scheme 2):

FM 3 – THE ETHICAL LEVEL

- The Identity of a drug addicted person is ambiguous. **As though one had two selves – an 'addict self' and a 'normal self'** (Larkin & Griffiths 2002, 291). An addicted person experiences himself as bad, worthless, guilty and 'void' (Wiklund 2008b, 38; Kemp 2009b, 10; Anderson 1998, 246). So, s/he tries to fill the 'void' by creating an 'addict self' – 'as an attempt to gain a grip on one's own self-experience' (Larkin & Griffiths 2002, 296).
  '<With heroin> I got a sense of being truly me. This is me – this is what life is all about. Heroin brings out the ultimate best. I can deal with things, I have best coping skills, I am the best I can be' (Zyl 2007, 73).



Scheme 2.: Creating the 'illusionary life' as a consequence of a failure to live (Längle).

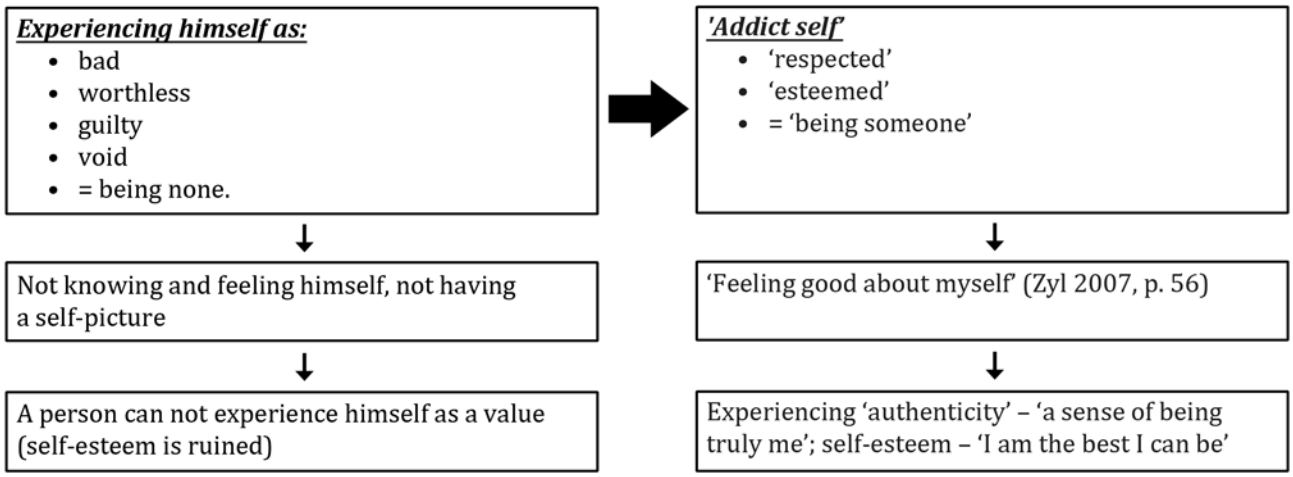
- A drug addicted person usually does not experience attention, justice, and appreciation from those around him. But **heroin creates a 'possibility' to be 'esteemed' and 'appreciated'**:
  'When I quit taking drugs, I had a tremendous identity crisis. "Who am I?" Because when taking drugs I was somebody. But without them, I was nothing, I didn't exist' (Wiklund 2008a, 30).
- While an 'addict self' gains 'appreciation' **the 'true self' becomes more and more isolated,** cut off from the others and from the person himself.

This identity ambiguity can be described as follows (Scheme 3):

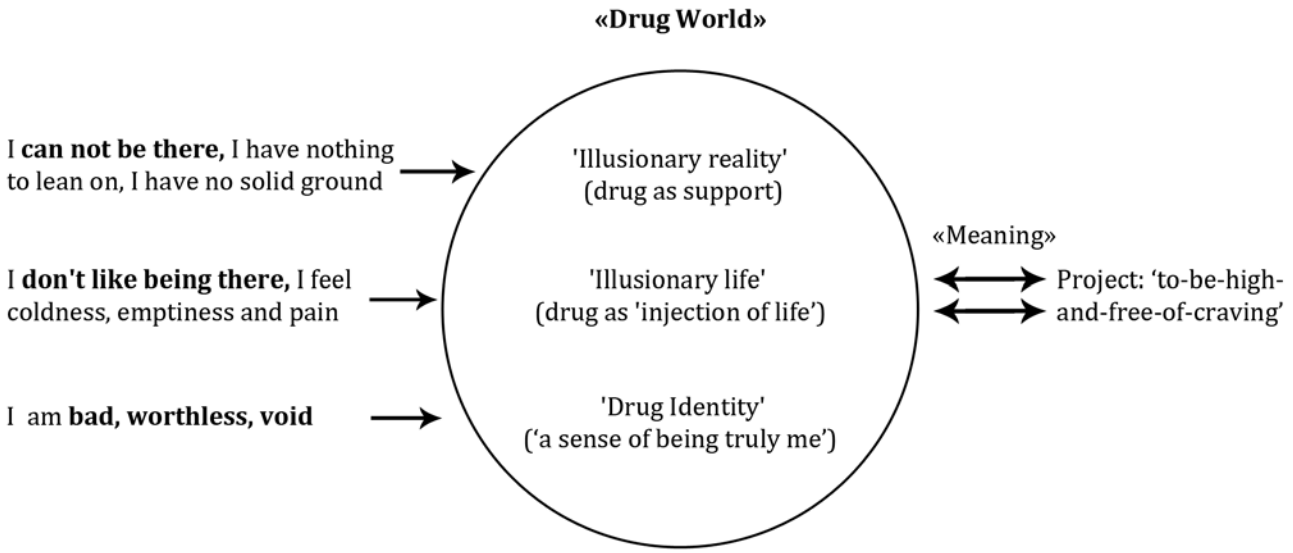
FM 4 – THE CONTEXT (PRAXEOLOGICAL) LEVEL

On the context level, an addicted person falls out of a worthy context of life – a context that structures, coordinates, and provides orientation. His/her field of activity is centered on drugs and shortened by its purchasing and usage. The future is blocked – s/he sees nothing valuable before her/him. As a result the drug addicted life lacks meaning and direction.

- **Nothing that could provide a context** and give orientation **matters.** Family, job, friends and even money – everything except the drug loses its meaning.
  'He lost his home. He lost his wife. He lost his kids <…> He no longer values. That occurs with the hit. The hit's value is more important than his shares in Microsoft or his car. The hit's value becomes greater than anything else material he might hold (Trujillo 2004, 179).
- Thus, **any framework** in which an individual can 'project himself forwards in time' (Reith 1999) **becomes demolished.** 'All the avenues which normally make up the panorama of the future – plans, projects, ambitions – are secondary to the overriding need for drugs' (Reith 1999, 105).
- **The drug 'eliminates the future'** (Reith), closes the perspective with the next hit. 'One is no longer grotesquely involved in the becoming. One simply is' (Trocchi 1992, 11).
- To this weak and exhausted 'is', drugs offer false might, life, and identity. However, **drugs also establish a context,** with 'drug-specific languages, drug-related merchandise (e.g., magazines, music), activities of the drug lifestyle (rituals, patterns of use, ways to purchase drugs)' (Anderson 1998, 248). This drug-context allows a project to appear. As J. Trujillo states it: **'He is the project to-be-high-and-free-of-craving'** (Trujillo 2004, 176). So, an addict unfolds an activity to carry out his project – he robs, steals, comes out with 'brilliant', 'unbelievable' (Trujillo 2004, 181) ways to get the drug.
- Hence **the drug provides a replacement of 'meaning' to the existence** that a drug addicted experiences as meaningless. 'Perhaps addiction is a desperate attempt to ac-



Scheme 3.: Creating an 'addict self' as a consequence of the failure to be allowed to be one's self (Längle)



Scheme 4.: Creating a 'Drug World' in which fundamental aspirations are 'fulfilled' and the 'meaning' is found.

quire meaning' – proposes R. Kemp (Kemp 2009b, 13).

On the basis of the data described above, it could be assumed that addiction is a desperate attempt to acquire not only meaning but to achieve a fulfilled existence by creating a 'Drug World' where the four fundamental realities could be 'lived through':

Thus the drug addicted 'I want to' is based on 'I can', 'I like it', 'I have the right to do it' and 'I should do it' transposed to the 'Drug World'. S/He can not be there but 'Drug world' offers her/him an **'opportunity'**; s/he doesn't like being there, but 'Drug World' offers her/him **'good life'**; s/he feels that s/he is nobody, has no right to be, but in the 'Drug World' s/he finds the **'true self'**; s/he feels that the life has no meaning, but 'Drug World' offers her/him a **'meaning'** (Scheme 4).

*'That rush becomes greater, more of an obsession than anything else in his life'. And the more that he knows that he shouldn't, the more **he wants to'*** (Trujillo 2004, 179).

Bibliography:

Anderson LT (1998) A Cultural-Identity Theory of Drug Abuse. In: Sociology of Crime, Law and Deviance 1, 233–262
Burroughs W (1982) The Naked Lunch. London: Paladin
Kemp R (2009a) The Lived Body of Drug Addiction. In: Existential Analysis 20, 1, 120–132
Kemp R (2009b) The Temporal Dimension of Addiction. In: Journal of Phenomenological Psychology 40, 1–18
Larkin M, Griffiths MD (2002) Experiences of Addiction and Recovery: the Case for Subjective Accounts. In: Addiction Research & Theory 10, 3, 281–311
Längle A (2003a) The Art of Involving the Person – Fundamental Existential Motivations as the Structure of the Motivational Process. In: European Psychotherapy 4, 1, 25–36
Längle A (2003b) The Search for Meaning in Life and the Fundamental Existential Motivations. In: Psychotherapy in Australia 10, 1, 14–19
Reith G (1999) In Search of Lost Time: Recall, Projection and the Phenomenology of Addiction. In: Time& Society 8, 1, 99–117
Trocchi A (1992) Cain's Book. London: Calder
Trujillo J (2004) An Existential-Phenomenology of Crack Cocaine Abuse. In: Janus Head 7,1, 167–187
Wiklund L (2008a) Existential aspects of living with addiction – Part I: meeting challenges. In: Journal of Clinical Nursing 17, 26–34
Wiklund L. (2008b) Existential aspects of living with addiction – Part II: caring needs. A hermeneutic expansion of qualitative findings // Journal of Clinical Nursing 17, 35–43
Zyl van JI (2007) The Meaning of Heroin Addiction: a Phenomenological Study. Master of arts in social science

Further literature can be asked at the author.

Anschrift der Verfasserin:
Ekaterina Evstigneeva, PhD
Federal Institute for Educational Development,
125319, Cherniahovskogo st., 9/1, Moscow
katevst@hotmail.com

ADDICTION AND MEANING[1]

Bruce Muir

Human beings are beings of meaning; we seek meaning in our lives and for our lives. Existential theory and practice proposes that we are beings faced with the responsibility of making free choices, choices designed to support each of us to live an authentic life in relationship with self and other. Those suffering in a life of addiction cannot experience life authentically, and suffer from a loss of meaning. Existential Analysis offers specific treatment methods designed to help individuals, through the activation of will, to be released from the bonds of addiction, so that they can live meaningful lives freely, responsibly and authentically. Two such methods include: the Meaning Searching Method, and the Horizon of Life Problem Method. The case study offered here demonstrates these methods in practice.

KEY WORDS: Addiction, case study, meaning, methods, will

SUCHT UND SINN[1]

Der Mensch ist ein Wesen des Sinns, wir suchen Sinn in und für unser Leben. Die Existentielle Theorie und Praxis stellt es in den Raum, dass wir Wesen sind, die mit der Verantwortung konfrontiert sind freie Entscheidungen zu treffen, Entscheidungen welche dafür konzipiert sind uns dabei zu helfen ein authentisches Leben in Beziehung mit dem Selbst und den Anderen zu führen. Jene hingegen, welche an einer Sucht leiden, können Authentizität nicht erleben und erleiden einen Sinnverlust. Die Existenzanalyse bietet spezifische Behandlungsmethoden an um Individuen zu helfen, durch die Aktivierung des Willens, sich der Ketten der Sucht zu entledigen um ein sinnvolles Leben in Freiheit, Verantwortung und Authentizität leben zu können. Zwei solche Methoden sind: Die Sinnerfassungsmethode und die Methode des Lebenshorizontes. Das hier angeführte Fallbeispiel veranschaulicht diese Methoden in der Praxis.

SCHLÜSSELWÖRTER: Sucht, Fallbeispiel, Sinn, Wille

WHAT IS ADDICTION?

Certainly there are myriad hypotheses as to what addiction actually is, and there are just as many thoughts as to causes. In Existential Analysis (EA), we see addiction as the simultaneous experience of an imperative that has a powerful driving character, which forces an attraction to an object or substance, while simultaneously offering the affected individual an experience of powerlessness in the face of a subjective deficit.

Unquestionably a hallmark of any addiction is suffering. What, from an EA perspective, does the addict/person suffer? 1) A loss of freedom 2) an a-personal behaviour, which I liken to being alienated from oneself; there is no relationship in addiction because it is not possible to be in authentic relationship with something.

EA sees the cause of addiction as a dynamic process. The addict/person finds herself caught in a paradoxical nightmare of experiencing something that feels like both a desire and a compulsion. She finds herself drawn toward the addictive 'thing' and quite often convinces herself that it is a good thing, a necessary thing (I will just have one; I earned this reward; no one will know etc.) only to be filled with abject remorse (How could I have done that again? Who did this to me? What was I thinking? I promised myself that I would never do that again).

For the addict/person there is an inner existential emptiness that he needs to fill in order to gain life (relief, courage, joy, numbness etc.), but this proves to be short lived. I liken it to trying to hold water in a colander. We can make a colander appear to be full, but only with a constant, powerful flow of water, and the addict/person simply cannot keep the flow turned on forever.

Earlier, I mentioned that the addict/person also loses freedom, and this is experienced in varying degrees with every addiction. Think of life as 360 degrees of possibility. These freedom degrees, if you will, are really only a pseudo possibility because of influences like our specific biology, culture, socio-economic status, trauma and attachment experience. The further one falls into the addiction, the less freedom there is available. I have worked with men and women who, from the outside, would seem to have almost no freedom as they spend hour after hour and day after day smoking on their crack pipes. The orbit of the addiction becomes so very tight that it *appears* that the individual has lost all will.

Will is of course an interesting and crucial component of any treatment plan and it is so very hard to address and activate in the addict/person. What we know in EA is that the person cannot actually fall ill (see Frankl 1985), so it is a given that behind every addiction lies a neediness, an emptiness, a seemingly insatiable hunger. Addiction simulates greediness for life by gulping in pseudo external nourishment because the addict/person is unable to find that

[1] This article reflects the content of the Presentation on Clinical Applications of the Fundamental Existential Motivations at the World Congress for Existential Therapy in London 2015, May 14th–17th
Dieser Artikel beschäftigt sich mit dem Inhalt der Präsentation der Klinischen Anwendungen der Existentiellen Grundmotivationen auf dem Weltkongress für Existenzielle Psychotherapie in London, 14.–17. Mai 2015.

nourishment from within. The addict/person engages in the addictive behaviour and there is a false, temporary sense of fullness (absence from pain, trauma, loneliness etc.), and when the colander empties the addict/person suffers all over again with each progressive experience taking the addict further and further away from the person.

Perhaps the greatest flaw that I have witnessed in providing more than 12500 hours of therapy – a significant portion of that time working with people in addiction – is the lack of the treatment provider's complete skill set. Thousands of counselors and therapists are trained in disease model addiction treatment modalities only, and they take that training into a field that is incredibly complex. I have never, not once, worked with someone who was experiencing a stand-alone, sui generis, addiction. In every case there has been some concurrent disorder. Thankfully, training in EA can help us prepare to deal with these disorders as they appear across the four fundamental motivations (Längle A 2003a, 52 ff.). There are times in treatment when anxiety is dominant (FM1), when depression crushes the therapeutic space (FM2), and when personality disorders, and/or trauma take precedence (FM3). One must be able to recognize what presents strictly from the addictive behaviour, what might have anteceded the addiction, and what obstacles might prevent the person from strengthening and moving forward. Addiction is a temporal disorder; it offers a shameful past, a fettered present, and a seemingly hopeless future. In a true addiction treatment setting the existential therapist will be equally at ease moving through each FM in a skillful, seamless manner. Yes, we keep the addiction in our line of sight, but we cannot let it blot out the sun so that we miss phenomena that need to be bracketed and treated. Interestingly, I have helped more than one person leave an addiction by helping him or her with debilitating anxiety, depression, and/or trauma. Once people feel safe in life, once they can find a value in living, once they have a better understanding of self, they can sometimes simply walk away from the addictive behaviour.

EA TREATMENT OF ADDICTION AND MEANING

History

Early on in the sessions (usually by session two), I let the client know that I will be on a bit of a fact-finding mission. I want to discover how she is imbedded in her world, so that I can get a picture of the addiction pathology, but also so that I can get glimpses of the person beneath the addiction. I will typically follow a pattern of asking:

- When was the substance taken;
- Which substance;
- How often;
- How much;
- For how long;
- To what effect;
- Under what conditions;
- Alone or with others or both;
- Did she have his own idea as to why she used;
- Was it loneliness, shame, guilt, for fun, to ease physical pain, difficulty in a relationship, a reward, a hunger to feel life, peer pressure;
- When did she start, under what circumstances; and
- Was there a family history of addiction?

This phase of treatment is crucial for a few reasons. A thorough history is never a waste because without the history we have difficulty seeing the phenomenon as it is. A telling of the history allows the patient to hear himself describe his own life to another, and begins the possibility of insight, and it also begins to create the ground for the building of the therapeutic relationship. I then establish a formative contract with the client so that we can establish what his goals are. Keep in mind, his treatment and his goals are his and not mine. Because abstinence is the model that I use for myself (and one that many others choose) it does not mean that it is the best approach for every client. As Alfried Längle explains 'this teaches the patient to become responsible to himself and another. It begins training in keeping one's word both to self and another.' If mistakes are made in the contract phase – and they almost always are – we use them as an opportunity for learning. Typical things in a contract might include: harm reduction plan, a removal of the substance from the home, an agreement to stay out of the bar, planned delays so that the client does not go straight from impulse to use, informing other people about the treatment plan etcetera.

One of the most effective methods that I use with clients includes the idea of establishing a dialogue of ambivalence (Miller & Rollnick 2012). Miller and Rollnick's work was actually a springboard to a method that I have developed that opens an arena for a dual dialogue. As we know ambivalence is being of two minds, and early in treatment the patient often feels that there is only one voice, the voice of the addict. Part of the work of treatment is discovering the essence, the true voice of the individual, so that we can see the voice of the addict and the voice of the person are in fact diametrically opposed.

Freedom From and Freedom To

One of the terms that come up again and again when I am working with addicts is the idea of imprisonment. The patient talks about feeling that she is compelled to use, forced to engage in a behaviour that goes against his best interests. I hear about how the addiction occupies the patient's waking and even sleeping mind. Certainly one goal of treatment is to help the patient achieve freedom from the addiction, but we must also help her to discover the freedom to live life, to experience relationships, to rediscover the authentic person. Here we think in terms of FM2. What do you like? What have you liked in the past? What do you imagine you would like? How can you find more value in your life?

Meaning, Personal Existential Analysis, and Will

Remember that the patient is under the illusion that they have no will. They feel compelled to use/act addictively. A fundamental tenet of EA is that the person cannot act against his or her will. We therefore need to search for explicit, specific meaning as to why someone wants to change the behaviour. What motivates this person, at this time, to leave the ersatz life of addiction? We need to help them become clear as to the reason for change.

Meaning, or its lack, comes up directly in therapy, and it often appears both ontologically and individually. The patient will say something like: What is the point of any of this? I just can't see any meaning in life. I don't see any meaning in what I am doing here? What am I doing with my life? In EA we attempt to engage the patient by employing two practical methods to help find meaning (Längle S 2003, 87).

The Meaning Searching Method (MSM)

1. **Perception:** What are the facts? What are the possibilities within those facts? How can we loosen from wishes, anxieties and pure ideas?
2. **Evaluation:** What feelings are present? What are my values? How would I rank them? Where do I feel a connection in relationship? We are trying to have the patient let go of the pure cognitive assessment of the problem;
3. **Selection:** I am sensing my essence, which puts me in a place where **I** can make a choice. I can begin to respect the consequences of that choice. I can start to loosen myself from old habits, fixations and passivity; and
4. **Action:** Here I begin to bring myself into play. I realize that my life is my responsibility. I develop a means, a strategy, an experience that gives my life personal structure, and I take the risk of stepping back into life.

Horizon of Life Problem

1. **Reference to the loss:** What happened? How did you lose meaning? Do you have your own hypothesis?
2. **Taking up the lifeline:** What was meaningful in your life? What would you have liked to do earlier? Do you have an explanation for this feeling?
3. **The existential turn:** What are the questions in which you find yourself? Is there anything waiting for you? What is the challenge of your life? What is life asking of you?

There are two other therapeutic techniques that we use in existential therapy when working with addiction:

1. **Self-Distancing:** help the client to experiment with the idea of self-distancing. In this case, we try to find out where the client might already have established some distance from his addictive behaviour. When does he not use? When does something in life occupy him? A job? A hobby? Reading? Watching movies? Again, the idea is to explore times in the client's life when he is occupied by something other than engaging in the relentless cycle of addiction;
2. **Self-Acceptance:** There are times when we find that our client is trapped in the reality of FM1. He CANNOT. If, at the current moment, he cannot disengage with the addictive behaviour, he can at least come to some kind of consent. Instead of battling, shaming, using, battling, shaming, using, the client can say, "for now, I will accept that addiction is part of my life, and I will accept the consequences that go with engaging in the behaviour. I choose to use is existentially healthier than abdicating responsibility for my actions. I am no longer driven by some demon."

Will

We think of will, in EA as a continuous process, which is carried by the emotion, conducted by the inner sensing and confirmed by the reason (see Längle A 2003b). The process of the will includes: getting moved by an appeal (being touched by a value); selection and coming to a decision (the will grows by separation and choice); resolution to unlock its power and an inner consent to a chosen value; and the action or execution of a resolution (as opposed to a reaction). We experience our will as liberating, relieving, enforcing, giving clarity, asserting and making a path. Will is identical with ego. My will is me (hence the person cannot do anything that is counter to his or her will). Will is the resolution to get involved in a chosen value. It always implies a value; it is represented in a feeling; it is judged as good; always has a why; has more value than that which I have left behind; and implies a readiness for effort and activity.

People often misunderstand the will by thinking it is rational or logical or about moral conscience, but will is riding on the back of feelings. It is directed by the moral conscience and it is controlled by the reason.

Look at all now that is moving in you and what should be done in response:

What is the inner movement?
What would be mine if I did this?
What would correspond to me?

There may be emotions leftover from last step of PEA2:

What feelings come up, what is the most important? What connects to the felt sense?

This is checking what responses are important and which most correspond with the values.

Do I live for that hour? Do I really want to do it?

It doesn't have to be realistic at this stage, just what is the movement, what the natural desire or response is. There are no expressions yet of possible limits or concerns.

You leave the client alone when you as a therapist don't know what you would do. You must, as a therapist, know what you would do if you were them, what matches your

will; this is true accompaniment.

After realization of the will, I go to the details and this is to make things real, to make it happen:

- What specifically do I want to do?
- With whom to be involved?
- How? What are the tools and means?
- When? What time do I need to prepare?

A Case Study – Dave

Dave showed up at my office with a puzzled look on his face. He explained to me that a medical professional had referred him after overdosing on ketamine on the weekend. He said that it was the first time he had ever done the drug, but admitted readily that he had a longstanding relationship with both cocaine and alcohol. He told me he was 35 years old, and he mentioned that his wife was in the waiting room with their young child, and he said that he was terrified that she was finally going to follow through with her threats to leave him. He admitted that she had almost gone a number of times, usually as a result of him going on a three day 'run', and once because she discovered that he was sleeping with someone else. Dave put his elbows on his knees, covered his face with his hands, and sobbed, " I gotta get this straightened out. I am afraid that if I lose my family that I will kill myself, maybe not intentionally, but by overdosing again, or maybe getting stabbed at a party. Man I have told myself a hundred times that I have to stop, that I can't afford to keep doing this, but after a few days I just end up right back at it again. I don't know who I am anymore."

In this case study, I will focus on applying the *meaning searching method and horizon of life problem method* with Dave. I tend to fold in the horizon of life questions within the meaning searching method.

Perception: The facts in this case are reasonably clear. The client overdosed on ketamine, and he admits to having a long-standing (over fifteen years) addiction to cocaine. Dave admits that he spends thousands and thousands of dollars yearly on his habit, and is concerned that his wife will leave him, and that his use will eventually cost him his job. During the fact gathering part of our work, Dave also admitted to me that he had lost both his mom and his dad to heroin overdoses. In telling this part of his story, Dave seemed to get an awakening of sorts as to the temporal nature of the things that addiction was bringing to his life. He could see the past losses, the current loss, and the possibility of greater loss ahead.

Evaluation: Dave told me that he felt deeply ashamed of himself and of his behaviour. When asked what his values were, he told me that he used to know, but he wasn't really sure anymore. He explained that he had always felt that his family was the most important thing to him, and that it was also extremely important that he be seen as a good boss and employee (he had a few dozen people working under him). He said that he felt scared that he might never stop his pattern of using, and feared that would lead to him losing everything that ever truly mattered to him. He cried while telling me that he really did love his wife and child, but he wondered if he could ever love himself again, and he wondered if maybe it was too late.

Selection: Dave was an interesting client in many regards, but it was in his ability to sense his essence even after two decades of acting addictively that made him accessible. Within a couple of sessions, we were able to explore a time when Dave had promised himself that he would never follow in the footsteps of his parents. He was able to clearly recall what he was like at the age of twelve, and he immediately saw that he was never 'destined' to be an addict. Over the next two sessions, we traced his beginning use, and we charted (actually graphed) his use in a way that demonstrated the negative correlation of use to value, and he felt immediately empowered when he witnessed the addict slowly taking over his life. He pounded on his knee at one point, and said 'son of a bitch! I am not going to let that bastard run my life anymore.' This was a crucial statement. Dave saw the damage, he understood the connections, and he got in touch with a part of himself that only a few weeks ago, he feared might be gone forever.

Action: I remember as if it were yesterday when Dave said, "Ok, I got it. Now what do I do? Where do I start? What kinds of things do people do when they get to where I am? Should I go get treatment? Should I go to NA? I need to be coming to see you at least once a week.' Notice the 'I' statements.

As you can see, Dave was ready to do battle; he was ready to re-engage in life. He believed that his will belonged to him and not to the addict. He understood, and repeated to me in his own words the fact that he had to orient himself to a life that had value. For Dave, value was his family, his work, his friends and his reputation. He was able to see that his life in addiction was no life at all, and we used these things to strengthen his will. He, to quote an old saying in addiction, was sick and tired of being sick and tired. When I asked him what he thought life was asking of him (we had looked at the existential turn, and he saw quickly how he needed to approach his life differently), he told me that his life had been empty too long, and that he was itching to live a life 'that mattered. I want my wife and daughter to be proud of me, and maybe just as important, I want to be proud of myself. I think that life is actually telling me that I need to wake the hell up. Maybe it's asking me, what took me so long to see what mattered because it was right in front of me all along.'

Our next step was a straightforward one, and it is a step that I do not skip in addiction treatment. Dave was ready to do something, but he wasn't sure what that something might entail. We spent a session going over the different ways in which he could get help for his addiction – something referred to in the motivational interviewing literature as designing a menu (Miller & Rollnick 2012) – including: building a harm reduction model, in patient treatment, out patient treatment, day treatment, and a traditional 12 Step/

Self Help disease model focus. Dave felt that he really needed the support of a group of people that suffered from something similar to him (the local chapter of Narcotics Anonymous), and he also felt that he would benefit from coming to see me every two weeks for a year (the year was his contract with me and with himself). He also thought that it was a good idea for his wife to get counselling from someone who understood addiction, and she agreed with him wholeheartedly and I made a referral to someone I trusted. Every two months, the four of us would meet together to assess progress and potential problems.

I met Dave almost seven years ago now. He was actually the very first client that I worked with using Alfried Längle's specific addiction treatment protocol. I think that the first workshop of Alfried's that I ever attended was on Addiction and Meaning – and the notes I took during that lecture have informed so much of this article – and I can remember to this day how it resonated within me. Dave has been clean for the full seven years. He did smoke marijuana for a few months in the third year of treatment, but decided on his own that it really did not add anything to his life, so he stopped. His daughter is doing well, and his wife is thrilled to be with 'the guy that I knew was in there all along.' The family is long since come out of debt, and they are saving for a cottage. Dave comes to see me three or four times a year 'just to make sure I'm being brutally honest with myself' he says.

Existential Analysis is a thorough, effective, and comprehensive theory and practice that offers the practitioner concrete methods to help patients suffering from a life in meaningless addiction.

References:

Frankl V (1985) Psychotherapy and Existentialism. Selected Papers on Logotherapy. Washington: Square Press

Längle A (2003a) The Art of Involving the Person – Fundamental Existential Motivations as the Structure of the Motivational Process. In: European Psychotherapy, 4, 1, 47–58

Längle A (2003b) The Method of "Personal Existential Analysis". In: European Psychotherapy, 4, 1, 59–75

Längle S (2003) Levels of Operation for the Application of Existential-Analytical Methods. In: European Psychotherapy, 4, 1, 77–92

Miller W, Rollnick S (2012) Motivational Interviewing: Helping people change. New York, NY: Guilford

Anschrift des Verfassers:

Bruce Muir, CD, BA, BSW, MA
Registered Social Worker
Pacific Therapy and Consulting
1550 Lake Trail Road
Courtenay BC V9N 9C2
Canada
bruceamuir@icloud.com

WEITERBILDUNGSTERMINE

Weiterbildungscurricula:
Neue Gruppen

Traumatherapie

Leitung: Dr.in Liselotte Tutsch, Dr.in Luise Reddemann, Mag.a Renate Bukovski, MSc
Salzburg, S: 15.–17.4.2016, 1.–3.7.2016, 2.–4.9.2016, 22.–25.10.2016, 27.–29.1.2017
Anmeldung und Info:
renate.bukovski@existenzanalyse.at

Paartherapie

Leitung: Mag.a Susanne Pointner, Marc Sattler
Innsbruck, T: ab 29.4.–1.5.2016, 28.–30.10.2016, Frühjahr und Herbst 2017
Anmeldung und Info:
susanne.pointner@existenzanalyse.org

Supervision: Block A-Fallsupervision

Leitung: Dr.in Liselotte Tutsch, Dr. Anton Nindl
Wien: 7.–9.10.2016, 2.–4.12.2016
Salzburg, S: 3.–5.3.2017, 26.–28.5.2017
Anmeldung und Info:
anton.nindl@existenzanalyse.org

Schizophrenie und andere psychotische Zustandsbilder – existenzanalytische Zugänge

Leitung: Dr.in Karin Matuszak-Luss
Wien: 18.–20.11.2016, 20.–22.1.2017, 24.–26.3.2017, 23.–25.6.2017, 22.–24.9.2017, 24.–26.11.2017
Anmeldung und Info:
info@psyordination.at

Psychosomatik

Leitung: Mag.a Renate Bukovski, MSc
Vöcklabruck, OÖ: Start einer neuen Gruppe 2017
1. Wochenende: 24.–26.2.2017,
Fr 16:00–So 13:00 Uhr
Anmeldung und Info:
renate.bukovski@existenzanalyse.at

Persönlichkeitsstörungen

Leitung: Prof. DDr. Alfried Längle
Wien: 2017 geplant
Anmeldung und Info:
alfried.laengle@existenzanalyse.org

Supervision und Coaching – Phänomenologisch-personale Prozesskompetenz

Leitung: Helmut Dorra, Dr. Christoph Kolbe
Hamburg/Hannover: April 2016

Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik

Ein einführendes Lehrbuch auf psychodynamischer Grundlage

HRSG: G RUDOLF, P HENNINGSEN, 7.ÜBERARB. AUFLAGE, 2013, GEORG THIEME VERLAG KG

Im Standardwerk für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie werden in der 7. Auflage die zentralen Themen für das psychodynamische Verständnis der Persönlichkeit, der Erkrankung und der allgemeinen Psychotherapie aktualisiert abgehandelt.

In Kapitel 1 *„Persönlichkeit und Krankheit"* werden die interdisziplinären Aufgaben der Psychosomatik verdeutlichet und dabei die daraus erwachsenden Methodenprobleme nicht übersehen. Der subjektiven Bedeutung jeglichen objektiven Geschehens wird in der Entstehung von Krankheit ebenso Rechnung getragen wie der Subjektivität jeglichen Körpererlebens, des Krankheitsverhaltens und der Krankheitstheorien, wie -bewältigungen. Psychophysiologische Grundlagen werden auch für Laien verständlich vermittelt. J C Ruegg resümiert, dass sprechende Medizin, also Psychotherapie, das Gehirn verändert, also auch biologisch wirksam ist. Selbiges gilt aus seiner Sicht für das Denken in inneren Bildern (Imaginationen) und wird in seiner enormen Wichtigkeit für das psychosomatische und psychotherapeutische Geschehen anerkannt. Entwicklungsgeschichtliche Grundlagen werden in ihren möglichen Auswirkungen für die menschliche Persönlichkeitsentwicklung mit geschlechtsspezifischen Unterschieden reflektiert. Eine große Anzahl von möglichen beschriebenen Störeinflüssen stehen einer Reihe von protektiven Faktoren gegenüber. In der Betrachtung der Entwicklungsgeschichte des Menschen wird jeder Entwicklungsabschnitt in seinem eigenen „Wert" gesehen, der mit seinen hinterlassenen Erinnerungsspuren als Möglichkeit des Erlebens und Funktionierens erhalten bleiben und in bestimmten Situationen regressiv wieder belebt werden kann. Im psychodynamischen Krankheitskonzept fungiert der entwicklungspsychologische Ansatz als heuristisches Verständnismodell für unbewusste Schichten der menschlichen Persönlichkeit. Die Begriffe Ich, Selbst und Objektbeziehung werden aus psychodynamischer Sicht in ihrem aktuellen Verständnis beschrieben. Unter dem wachsenden Einfluss der Objektbeziehungspsychologie hat sich die Aufmerksamkeit vom historisch bedeutsamen Triebkonflikt hin zum Beziehungskonflikt verschoben. Objektbeziehungen als Funktionen des Selbst meinen das Geschehen im psychischen Innenraum, die Erinnerungen als Zurückliegendes und vorstellbare Entwürfe für kommende Beziehungen zwischen dem Selbst und den Objekten. Im Falle schwieriger Entwicklungsbedingungen und gestörter Entwicklung resultiert ein zentraler Beziehungskonflikt, ein unbewusstes Grundkonzept vom Selbst und den Objekten, in dem das Gesamt der Interaktion zwischen Selbst und Objekt mitsamt den zugehörigen Wünschen und Affekten internalisiert wird. Diese Interaktionsrepräsentanzen formen ein Programm für späteres Verhalten und geben den Ausschlag dafür, wie Beziehungen wahrgenommen und erlebt werden, worin der interaktionelle Teil des Übertragungsgeschehens liegt.

Mit der zentraleren Bedeutung des Beziehungskonfliktes gegenüber dem statischen Aspekt der internalisierten Beziehungserfahrung mit den Begriffen des Introjekts und der Identifizierung erhält das Konzept mehr Nähe zum dialogischen Prinzip der Existenzanalyse. Im Bereich der Motiviertheit wird ebenso den Beziehungswünschen eine zentralere Bedeutung beigemessen als den Triebwünschen, die nunmehr als spezifische Beziehungswünsche gesehen werden. Emotionen in ihrer Funktion, ihren selbstregulierenden und kommunikativen Aspekten werden neben der therapeutischen Beziehung als Dreh- und Angelpunkt für eine psychodynamische Therapie angesehen. Die Bedeutung früher Beziehungsstörungen für die Defizite im Bereich der Emotionalität, insbesondere die Herausbildung maladaptiver Emotionen mit ihrer geringen Funktionalität und ihrer defizitären Möglichkeit der Selbstorganisation und der Einwirkung auf die Objekte werden beschrieben. Dieses Kapitel gibt somit einen, für Laien der psychodynamischen Sichtweise anspruchsvollen, kompakten Überblick über das Konzept der Persönlichkeit und die mögliche Entstehung von Krankheit.

Kapitel 2 *„Krankheitsbegriff"* erörtert die grundlegende psychodynamische Annahme: „Hinter jedem Symptom steht ein Konflikt", d.h. für den klinischen Bereich, dass das Symptom etwas Dahinterliegendes zum Ausdruck bringt, das schwer zugänglich, weil unbewusst ist. Die typischen Konfliktmuster stehen stets in Verbindung mit strukturellen Auffälligkeiten. Das Zusammenspeil von konflikthaften und strukturellen Aspekten wird in vier typischen Mustern als „Grundkonflikte", die die zentralen Grundbedürfnisse des Menschen in den Mittelpunkt stellen, beschrieben: dem Konflikt der Nähe mit dem Bedürfnis in Beziehung zu sein, der Konflikt der Bindung mit dem Bedürfnis beim anderen geborgen zu sein, der Konflikt der Autonomie mit dem Bedürfnis autonom zu sein und der Konflikt der Identität mit dem Bedürfnis identisch zu sein. Das Prinzip des zentralen Beziehungskonflikts hat als Gegenstand das prozesshafte Geschehen zwischen dem Selbst und dem Gegenüber im Umgang mit den Bedürfnissen. In der Systematisierung der vier Grundkonflikte klingen Parallelen mit den personalexistentiellen Grundmotivationen an, aber es macht auch Unterschiede deutlich. Sie weisen in detaillierten Beschreibungen auf interessante Aspekte in Bezug auf Krankheit, ihre Verarbeitung und therapeutische Gesichtspunkte. Die inhaltlichen Schnittstellen zur Theorie der Grundmotivationen wären noch genauer zu reflektieren.

Kapitel 3 greift *Krankheitsbilder und Felder der Psychosomatischen Medizin* auf. Von unterschiedlichen Autoren und Autorinnen werden die Bereiche somatoforme/funktionelle Störungen, psychosomatische Schmerzen, Anorexia Nervosa, Traumafolgestörungen, Persönlichkeitsstörungen, Funktionelle Sexualstörungen, Psychosomatische Kardiologie, Psychosomatische Gynäkologie, Psychosomatische Onkologie auf dem Hintergrund der psychodynamischen Sichtweise reflektiert. In allen Kapiteln findet der/die mit dieser PatientInnengruppe arbeitende PsychotherapeutIn, egal welcher fachspezifischen Richtung interessante, grundlegende Hinweise für die Behandlung. Beispielhaft sei hier das Kapitel zu den somatoformen/funktionellen Störungen

kurz reflektiert. Diese werden von G Rudolf hinsichtlich psychodynamischer Erklärungsmodelle zu ihrer Entstehung diskutiert, zudem werden praktische, diagnostische und therapeutische Handlungsempfehlungen für unterschiedliche Versorgungsebenen dargestellt. Unabhängig von offiziellen Klassifikationen, die sich in diesem Bereich auch gerade gravierend ändern, wird für jeden Einzelfall empfohlen, fünf unterschiedliche relevante Beschreibungsdimensionen zu unterscheiden: Die Dimensionen der Beschwerdezahl und –dauer, der Ursachenüberzeugung und Krankheitsbefürchtung, des emotionalen Distresses, des Krankheitsverhaltens und der physiologischen Normabweichung. Zusammenhänge zwischen den in Kapitel 2 beschriebenen Grundkonflikten und dem gehäuften Auftreten bestimmter somatoformer Störungen werden berichtet, wie der Grundkonflikt der Identität mit Konversionsstörungen, der Grundkonflikt der Autonomie mit somatoformen autonomen Funktionsstörungen, der depressive Grundkonflikt mit Erschöpfung bzw. muskuläre Daueranspannung und mit chronifiziertem Schmerzgeschehen. Der frühe Konflikt der Nähe führt zum Ausfall der emotionalen Bedeutungsfunktion, was im Konzept der Alexithymie mit allen Phänomenen gut beschreiben ist und auch hier Anerkennung findet. Die psychotherapeutischen Empfehlungen mit dieser Patientengruppe beziehen sich hauptsächlich auf die Akzeptanz des somatisch geprägten Krankheitsverständnisses der Patienten und Patientinnen, auf den wichtigen Beziehungsaufbau über Entgegennahme der Symptomklagen, darauf, die Therapiemotivation und Beschwerdelinderung als Therapieziel zu erarbeiten und auf die frühe Erhebung einer biografischen Anamnese mit dem Ziel, ein Verständnis der psychischen Entwicklung des Patienten und der Patientin zu gewinnen.

Kapitel 4 gibt Einblick in das *psychodynamische Verständnis von Diagnostik,* bei dem das Verstehen der Krankheit als biopsychosoziales Geschehen angestrebt wird, d.h. es werden Perspektiven des Biologisches, Personales, Interpersonellen und Soiokulturellen berücksichtigt. Den spezifischen Zielen der psychosomatischen Patienten sowie ihrer besonderen Situation der Skepsis und Abwehr soll Rechnung getragen werde, um eine therapeutische Beziehung aufbauen zu können. Die Eigenaktivität des Patienten, sich einen Behandler auszusuchen und ihn aufzusuchen, ist als einer der wichtigen Schritte in der Auseinandersetzung mit der Problematik zu würdigen. Für das diagnostische Gespräch wird empfohlen, die folgenden Themenschwerpunkte im Auge zu behalten: Klinisches Bild, symptomauslösende Konfliktsituation, aktuelle Lebensrealität, biografische Situation, alle Themen jeweils als objektive Faktoren als auch in der subjektiven Bedeutung des Patienten fokussiert. Der Therapeut hat überdies die Themen der Patient-Therapeut-Beziehung, seiner klinischen Interpretation und seiner klinischen Schlussfolgerung zu beachten. Ein umfassendes Befundschema für das diagnostische Gespräch von G Rudolf und U Rüger beschließt das Kapitel und ist auch für Fachleute anderer Therapierichtungen eine hilfreiche Zusammenschau für den Aufbau eines diagnostischen Gesprächs.

Kapitel 5 widmet sich einer allgemeinen Einführung in das *Feld der Psychotherapie* mit ihrer Definition, den Beschreibungen ihrer Wertvorstellung, ihrer stetig wachsenden Verfahren im Überblick, von Zielen aus Sicht des PatientInnen und der PsychotherapeutInnen, von Kriterien für den Aufbau einer therapeutischen Situation, der therapeutischen Beziehung und Arbeitsmotivation, der Fokusbestimmung und der Setzung von Therapiezielen, des therapeutischen Prozesses, von Wirkfaktoren, der Prognose und Indikation von Psychotherapie, der Psychotherapieforschung sowie von allgemeinen Kennzeichen guter PsychotherapeutInnen. Diese werden im Wesentlichen gesehen in der Fähigkeit, eine tragfähige Beziehung zu Menschen herzustellen, die aufgrund ihrer belasteten Lebenserfahrung dazu neigen, Beziehungen konflikthaft zu gestalten, sie zu vermeiden oder entstehende positive Ansätze zu zerstören. Überdies bietet dieses Kapitel eine grundlegende Kurzbeschreibung verschiedener Therapieverfahren (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie mit ihren Spezialanwendungen auf Krisenintervention und strukturbezogene Therapie, Psychoanalyse und Familientherapie), sowie Grundzüge von stationärer Psychotherapie, Traumatherapie und Psychotherapie mit den Personengruppen Jugendliche und alte Menschen. Somit findet der Laie am Weg in die Ausbildung hier einen punktuellen Überblick über einzelne Verfahren und die Arbeit mit spezifischen Personengruppen bzw. Störungsaspekten.

In diesem Lehrbuch findet sich eine umfassende Darstellung psychosomatischen Denkens und psychotherapeutischen Handelns aus psychodynamischer Perspektive. Es ist für den Einstieg zum Verständnis der psychotherapeutischen Denk- und Arbeitsweise kompakt aufbereitet. Eine praxisorientierte Darstellung von Symptomatik, Diagnostik und Therapie bietet einen systematischen Überblick über wichtige Krankheitsbilder. Die Texte sind leserfreundlich strukturiert, tabellarische Übersichten vereinfachen das Verstehen komplexer Themenblöcke. Ausgebildete PsychotherapeutInnen aus anderen Fachrichtungen finden zum Teil bekanntes Basiswissen, vor allem in den Kapiteln 1 – 4 aber auch ergänzend zu ihren Theorien und Methoden interessante Sichtweisen, fundiertes Wissen, Anregungen in Bezug auf das Verstehen der Patienten, der Entwicklung von Störungen und der Anwendung von psychotherapeutischen Interventionen.

Anschrift der Verfasserin:
Mag.a Renate Bukovski, MSc
Redltalerstr. 23
A – 4873 Redleiten
renate.bukovski@existenzanalyse.at

HINWEISE FÜR AUTOREN

EXISTENZANALYSE veröffentlicht Originalarbeiten, Übersichtsartikel, Projektberichte und Falldarstellungen mit Bezug zur Forschung, Anthropologie und Praxis der Existenzanalyse. Die Zeitschrift nimmt im Forum/Diskussionsteil auch Erfahrungsberichte und Fallberichte zur Anwendung der Existenzanalyse auf, weiters Forschungsimpulse, Diskussionsbeiträge zu publizierten Artikeln und Berichte aus der Redaktion.

Manuskripte sind generell per e-mail an die Redaktion (redaktion@existenzanalyse.net) zu senden. Es können Arbeiten in Deutsch oder Englisch eingereicht werden.
Voraussetzung für die Einreichung eines Manuskripts an die Redaktion ist, dass die Arbeit noch nicht publiziert oder an anderer Stelle zur Publikation eingereicht wurde.
Alle Manuskripte gehen in ein redaktionelles Gutachten.
Wissenschaftliche Arbeiten unterliegen einem peer-review-Verfahren, wobei zwei unabhängige anonyme Gutachten eingeholt werden (Review Verfahren durch den wiss. Beirat). Das Ergebnis wird dem Autor/der Autorin mitgeteilt, ob und gegebenenfalls mit welchen Änderungen die Arbeit akzeptiert wird.
Mit der Annahme und Veröffentlichung des Manuskripts geht das ausschließliche Copyright an die GLE-International als Herausgeber über.
Es liegt in der Verantwortung der Autoren die Einwilligung für die Reproduktion von Abbildungen aus anderen Publikationen einzuholen.

Formale Gestaltung der Manuskripte
Manuskripte sollen von Anfang bis zum Ende auf ein und demselben System (Microsoft Word) erfasst werden (1,5-zeilig, Schriftgröße 12, breiter Rand, ohne spezifische Formatierungen und bereits korrekturgelesen).

Am Anfang jedes Artikels stehen der ***Titel*** des Artikels, der ***Name*** des Verfassers/der Verfasserin, ein kurzes *Abstract* (5–10 Zeilen) und *3–5* ***Schlüsselwörter*** (wenn möglich auch auf englisch), die stichwortartig auf den Inhalt der Arbeit verweisen sollen.

Innerhalb des Artikels soll es im Sinne der Übersichtlichkeit ***Zwischenüberschriften*** geben.

Für ***Literaturhinweise*** *im Text* sollen in Klammern Autor und Erscheinungsjahr des Titels, auf den verwiesen wird, und bei Zitaten die Seitenzahl durch Beistrich getrennt, angegeben werden. Mehrere Verweise werden durch Strichpunkte getrennt.
z.B. (Müller 1998, 56) oder (Müller 1998, 1999; Müller & Meier 1980)

Für das ***Literaturverzeichnis*** (alphabetisch) am Ende des Artikels sind die bibliographischen Angaben wie folgt zu gestalten:
Autor (Jahr) Buchtitel. Verlagsort: Verleger
Autor (Jahr) Beitragsartikel. In: Herausgebername (Hg) Buchtitel. Verlagsort: Verleger, Seitenangabe
Autor (Jahr) Titel des Artikels. Name der Zeitschrift, Band, Seitenangabe von–bis.
Den Autor bitte jeweils mit Nachnamen und abgekürztem Vornamen angeben.
z.B.:
Maier A (1998) Psychotherapie. Wien: Deuticke
Müller B (1998) Existenzanalyse. In: Maier A (Hg) Psychotherapie. Wien: Deuticke, 50–54
Schmid C (1999) Therapiemethoden. Existenzanalyse 13, 1, 4–12

Gibt es von einem Autor zwei unterschiedliche Publikationen aus demselben Jahr, so sind diese durch „a", „b" etc. voneinander zu unterscheiden.
z.B.:
Maier A (1998a) Psychotherapie. Wien: Deuticke
Maier A (1998b) Psychologie. Wien: Deuticke

Angaben zum Autor (am Ende des Manuskripts):
Akademischer Grad, Vor- und Zuname, Anschrift, email.
(Nicht für die Veröffentlichung gedacht, sondern für die Redaktion sollen Telefonnummer und Faxnummer des Autors angegeben werden.)
z.B.:
Anschrift der Verfasserin:
Dr.phil. Susanne Müller
Beispielstraße 25/5
A–1090 Wien
mueller@existenzanalyse.org

Jede ***Tabelle*** oder ***Illustration*** mit Legenden auf einem eigenen Blatt mit Hinweis, an welcher Stelle im Text die Darstellung eingefügt werden soll. Abbildungen müssen qualitativ zur Reproduktion geeignet sein (z.B. als jpg mit mindestens 300 dpi). Abbildungen werden im Druck schwarzweiß wiedergegeben, graphische Abbildungen sollen so gestaltet sein, dass ein schwarz-weiß-Druck die Aussage wiedergeben kann, im Online-Abo der Zeitschrift sind sie auch in Farbe. Abbildungen können nur in Absprache mit der Redaktion veröffentlicht werden.

Die einzelnen Seiten sind durchzunummerieren, aber (zum Zweck der Anonymität der Begutachtung) bitte nicht mit Kurztiteln (Running heads) zu versehen.

Artikellänge: 1 Seite in der EXISTENZANALYSE ohne größere Überschriften (also ziemlich voll) hat 3.300 Zeichen (inkl. Leerzeichen). Ein wissenschaftlicher Artikel mit ca. 8–10 Seiten hat ca. 25.000–33.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen).
Ein Forumsbeitrag mit ca. 3–5 Seiten hat ca. 10.000–16.500 Zeichen

Umbruchkorrekturen sind vom Autor vorzunehmen und auf beim Satz entstandene Fehler zu beschränken.

Der Autor (die Autorin) erhält ein pdf des Beitrags und 3 Hefte als ***Belegexemplare*** kostenlos. Reduktion auf Heft-Preis für Autor für weitere Exemplare: –30%

Urheberrechte
Mit der Annahme eines Beitrags zur Veröffentlichung erwirbt die GLE-International vom Autor alle Rechte, insbesondere das Recht der weiteren Vervielfältigung zu gewerblichen Zwecken mit Hilfe fotomechanischer oder anderer Verfahren, sowie das Recht der Übersetzung in andere Sprachen. Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in dieser Zeitschrift berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Waren- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Eigentümer und Copyright-Inhaber: © GLE-International/Wien

Redaktionsanschrift
Redaktion der Zeitschrift EXISTENZANALYSE
GLE-International
(z.Hd. Dr. Silvia Längle)
Eduard Sueß Gasse 10
1150 Wien / Österreich
Tel u Fax: 0043/1/9859566
Mail: redaktion@existenzanalyse.net
Homepage: www.existenzanalyse.net

Joachim **BAUER** • Bruno **BAUMANN** • Renate **BUKOVSKI**
Helmut **DORRA** • Brigitte **HEITGER-GIGER** • Christoph **KOLBE**
Alfried **LÄNGLE** • Stephan **MARKS** • Udo **RAUCHFLEISCH**
Maike **RÖNNAU-BÖSE** • Heidi **SCHÄR SALL**

Grenze

Ende und Wende

Behandlung und Begleitung von Grenzerfahrungen im Dasein

GLE INTERNATIONAL

Vorankündigung:

INTERNATIONALER KONGRESS
Freiburg i. Br. / 6.–8. Mai 2016

VERANSTALTER
Internationale Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse
Eduard Sueßgasse 10, 1150 Wien
Tel. und Fax: +43 (0)1 985 95 66

Programm: www.existenzanalyse.org oder anfordern unter: gle@existenzanalyse.org

NEUE AUSBILDUNGSKURSE 2016–2017

ÖSTERREICH

Infos für alle Ausbildungen in Österreich:
Sekretariat der GLE-Ö:
Tel./Fax: 0043 (0) 1/89 74 339
sekretariat@existenzanalyse.at
www.gle.at

Innsbruck, 15./16.1.2016
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Mag.ª Renate Bukovski, MSc

Innsbruck, 15./16.1.2016
Lebens- und Sozialberatung
Leitung: Mag.ª Renate Bukovski, MSc

Vöcklabruck, Juni 2016
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Mag.ª Renate Bukovski, MSc,
Mag.ª Ursula Reischer

Vöcklabruck, Juni 2016
Lebens- und Sozialberatung
Leitung: Mag.ª Renate Bukovski, MSc,
Mag.ª Ursula Reischer

Wien, 21./22.10.2016
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Mag.ª Susanne Pointner

Wien, 22./23.10.2016
Lebens- und Sozialberatung
Leitung: Mag.ª Karin Steinert

Lochau, 11.–13.11.2016
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Dr. Christoph Kolbe

Lochau, 11.–13.11.2016
Lebens- und Sozialberatung
Leitung: Dr. Christoph Kolbe

Linz, September 2017
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Mag. Markus Angermayr

Wien, 28./29.10.2017
Existenzanalytisches Fachspezifikum
Leitung: Mag.ª Doris Fischer-Danzinger

DEUTSCHLAND

Hamburg/Hannover, Herbst 2016
Fachspezifikum Existenzanalyse (Klin. Teil)
Leitung: Helmut Dorra, Dr. Christoph Kolbe
Info: Hamburger Institut der Akademie für Existenzanalyse & Logotherapie
Tel.: 0049/(0)4106/612044
akademie.hamburg@existenzanalyse.com

Münster, Frühjahr 2017 / Hamburg, Herbst 2017
Grundausbildung in Existenzanalyse u. Logotherapie
Leitung: Helmut Dorra
Info: Hamburger Institut der Akademie für Logotherapie & Existenzanalyse
Tel.: 0049/(0)4106-612044
akademie.hamburg@existenzanalyse.com

Berlin, Frühjahr 2017 / Hannover, Herbst 2017
Grundausbildung in Existenzanalyse u. Logotherapie
Leitung: Dr. Christoph Kolbe
Info: Norddeutsches Institut der Akademie für Existenzanalyse & Logotherapie
Tel.: 0049/(0)511/517 90 00
akademie.hannover@existenzanalyse.com

SCHWEIZ

Bern, Januar 2017
Grundausbildung in Existenzanalyse u. Logotherapie
Leitung: lic.phil. Brigitte Heitger
Info: GES – Gesellschaft für Existenzanalyse Schweiz
Tel.: 0041/(0)31/332 42 05
brigitte.heitger@existenzanalyse.org

Weitere Ausbildungen in:
Tschechien, Rumänien, Polen, Russland, Ukraine, Kanada, Chile, Argentinien, Mexiko.

GLE
INTERNATIONAL