

Abschlussarbeit
für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

Existenzanalytische Suchttherapie
im Spannungsfeld zwischen Sucht-Dynamik
und dem Willen zur Freiheit

eingereicht von: Mag. Waltraud Kosche

eingereicht bei: Dr. Franz Scheßl

Dr. Hans Zeiringer

angenommen am: 24. Juli 2020

von: Dr. Hans Zeiringer

September 2020

Zusammenfassung

In meiner Abschlussarbeit untersuche ich Alkoholsucht aus der Sicht der Existenzanalyse und Logotherapie, ergänzt durch ein Fallbeispiel aus meiner psychotherapeutischen Praxis mit einem alkoholkranken Klienten.

Einleitend beschreibe ich allgemein die Entstehung von Sucht, die Wirkungsweise von Alkohol und die Dispositionen zur Alkoholabhängigkeit.

In der Folge wird die Sucht aus existenzanalytischer Sicht beleuchtet: Beginnend mit der Anthropologie der Existenzanalyse und Logotherapie, dh vom dreidimensionalen Menschenbild nach Frankl, zum dynamischen Menschenbild nach Längle, über Voraussetzungen der Suchtentstehung, deren Ursachen und die sich daraus entwickelnde Dynamik bis zur Frage, was der Süchtige sucht und ob er tun kann, was er will.

In den Beschreibungen der therapeutischen Maßnahmen gehe ich anschließend auf das phänomenologische Schauen, etwa in Form der Achtsamkeit, sowie auf zwei der zahlreichen existenzanalytischen Methoden, die personale Existenzanalyse (PEA) und die Willensstärkungsmethode (WSM), ein. Schließlich beschreibe ich überblicksmäßig andere Therapierichtungen und stelle speziell Existenzanalyse und Verhaltenstherapie gegenüber.

In der angeschlossenen Fallgeschichte möchte ich aufgrund meiner persönlichen Erfahrung die Grenzen der Therapie aufzeigen. Ich muss zur Kenntnis nehmen, dass meinem Klienten eine Selbst-Annahme der Schwäche nur phasenweise möglich ist, dass er sein Suchtverhalten vorerst nicht nachhaltig lassen kann. Vielleicht muss er noch mehr erfahren und leiden, um endlich reif zu werden, durch notwendige Selbstdistanzierung seine Suchterkrankung zu überwinden, um frei zu werden für sein wirkliches Leben.

Schlüsselwörter: Alkohol, Suchtentstehung, Achtsamkeit, existenzanalytische Methoden, Selbst-Annahme, Selbst-Distanzierung

Abstract

In my final thesis, I examine alcohol addiction from the perspective of existential analysis and logotherapy, supplemented by a case study from my psychotherapeutic practice with an alcoholic client.

In the introduction, I generally describe the development of addiction, the mode of action of alcohol and the disposition for alcohol addiction.

In the following, addiction is examined from an existential analysis point of view: starting with the anthropology of existential analysis and logotherapy, i.e. from the three-dimensional image of man according to FRANKL, to the dynamic image of man according to LÄNGLE, about requirements for the development of addiction, its causes and the dynamics that develop from it to the question of what the addict is looking for and whether he can do what he wants.

In the descriptions of the therapeutic measures, I then deal with phenomenological looking, for example in the form of mindfulness, as well as two of the numerous existential analytical methods, the personal existence analysis (PEA) and the will strengthening method (WSM). Finally, I give an overview of other therapy directions and specifically compare existential analysis and behavioral therapy.

In the attached case history, I would like to show the limits of therapy based on my personal experience. I have to take note that my client can only accept the weakness in phases, that he cannot initially leave his addictive behavior sustainable. Perhaps he has to experience and suffer even more in order to finally mature, to overcome his addiction by necessary self-distance in order to become free for his real life.

Keywords: alcohol, addiction, mindfulness, existential analysis methods, self-acceptance, self-distancing

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5
Allgemeines	6
Alkoholismus	6
Wirkungsweise von Alkohol.....	7
Genetische, psychische und soziokulturelle Disposition	8
Das Problem Alkohol.....	9
Entstehung der Sucht	10
Sucht aus existenzanalytischer Sicht.....	12
Anthropologie der Existenzanalyse und Logotherapie.....	12
Viktor E. Frankl.....	12
Formalgenetische Voraussetzung der Suchtentstehung	19
Freiheit und Verantwortung	20
Ursachen und Dynamik der Sucht.....	20
Psychodynamik der Schuld und Vergebung.....	21
Schweregrad der Sucht	21
Sucht und Grundwert	22
Kann der Süchtige tun was er will?	23
Selbstannahme der Schwäche	24
Therapie der Sucht und der inneren Leere	24
Therapeutische Maßnahmen.....	25
Achtsamkeit in der Suchttherapie	26
Existenzanalytische Methoden	27
Die personale Existenzanalyse (PEA)	27
Willensstärkungsmethode (WSM).....	29
Verhaltenstherapeutisches Modell	29
Gegenüberstellung Existenzanalyse – Verhaltenstherapie	31
Literaturverzeichnis.....	32
Anhang: Klient B.	34

Einleitung

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 wir sofort die Motivation und Antriebskraft. Deshalb ist das Ausloten, Auffinden und Ausleuchten des Möglichen für ein freies und selbstbestimmtes Leben unerlässlich. Dies herauszufinden kann nur im Dialog zwischen KlientInnen und TherapeutInnen entwickelt bzw. entfaltet werden.

Mein Klient weiß um die Gefährlichkeit des Alkohols und auch um die Nachteile und Enttäuschungen, die ihm dadurch zuteil werden. Trotzdem bleibt Alkohol auf seiner emotionalen Werteskala im obersten Bereich. Die einzige Möglichkeit, die ich als Therapeutin habe, ist, dass andere emotionale Werte so zunehmen, dass das vorher so hoch Bewertete auf diese Weise an Wertigkeit verliert und verdrängt wird. Der Alkohol muss an Stellenwert verlieren, um das wirkliche Leben zu gewinnen.

Gemeinsam mit meinem Klienten formuliere ich bis dahin Teilziele, versuche, das Beste aus der jeweiligen Gegebenheit zu machen und sein Leben mit soviel Schönerem anzureichern, dass das Leidvolle in den Hintergrund gedrängt wird.

Allgemeines

Wenn wir in der Umgangssprache von „Alkohol“ sprechen, meinen wir damit den berauschenden Bestandteil alkoholischer Getränke.

Der Begriff „Alkohol“ stammt aus dem Arabischen „al-kuhl“ und bedeutet „das Feinste“. Reiner Alkohol (Ethanol) ist eine farblose, brennbare und brennend schmeckende Flüssigkeit.

Alkohol ist eine der ältesten Drogen der Menschheit. Unter Drogen versteht man in der Regel psychoaktive Stoffe und Substanzen, die das zentrale Nervensystem (Wahrnehmung, Gefühle, Emotionen, Motorik) beeinflussen und das Bewusstsein verändern.

Schon seit Jahrtausenden stellen verschiedenste Völker alkoholische Getränke her und kennen deren enthemmende, entspannende und berauschende Wirkung.

Zu einer stärkeren Verbreitung des Alkohols kam es jedoch erst mit der Entwicklung von industriellen Brennapparaten im 19. Jahrhundert.

Damit konnte hochprozentiger Alkohol zu niedrigen Preisen produziert werden. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen waren zu dieser Zeit schlecht, das Elend war groß. Die Arbeiter gaben ihr wenig Geld für Alkohol aus, was viele Probleme brachte. Als Konsequenz wurden in verschiedenen Ländern Maßnahmen ergriffen, um den Alkoholkonsum in den Griff zu kriegen. Das bekannteste Beispiel ist die Prohibition in den USA: Der Staat verbot die Alkoholherstellung und -abgabe. Der Alkohol verschwand aber nicht – im Gegenteil, das Schwarzmarktgeschäft florierte und brachte weitere soziale Probleme mit sich. (vgl. Feuerlein 2008, S 15)

Alkoholismus

Der Terminus Alkoholismus, der vom schwedischen Arzt Huss 1852 geprägt wurde, ist begrifflich unscharf. Er umfasst im täglichen Sprachgebrauch 2 Phänomene: Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit.

Diese Unterscheidung wurde erst Mitte der 70er Jahre des 20. Jahrhunderts getroffen und hat sich sehr bewährt. Sie ist auch in die großen Klassifikationssysteme der Krankheiten eingegangen, wie z. B. die International Classification of Diseases (ICD). Unter Alkoholismus wird heute nur noch Alkoholabhängigkeit verstanden. Auch der Begriff Sucht wurde auf Vorschlag der WHO durch den Begriff der Abhängigkeit ersetzt, findet aber neuerdings wieder häufiger Anwendung, oft synonym mit Abhängigkeit. (ebda S 16ff)

Wirkungsweise von Alkohol

Alkohol wird von den Schleimhäuten schnell aufgenommen. Die geringsten Mengen werden in der Mundschleimhaut aufgenommen, wesentlich mehr im Magen, die Hauptmenge aber im Dünndarm.

Wenn große Mengen Alkohol, vor allem hochprozentige Getränke, in kürzester Zeit getrunken werden, kann es auch bei Personen, die an Alkohol gewöhnt sind, durch den steilen Anstieg des Blutalkoholspiegels (BAS) zu starken körperlichen und psychischen Störungen bis zu Vergiftungserscheinungen kommen.

Nach der Resorption verteilt sich der Alkohol je nach Wassergehalt der Organe im ganzen Körper, da der weitaus größte Anteil des Alkohols im Körperwasser gelöst wird. Der höchste BAS ist 30 - 60 Minuten nach dem Trinken erreicht, 60 - 90 Minuten nach dem letzten Schluck ist die Verteilung des Alkohols im Körper abgeschlossen.

Die Alkoholkonzentration im Gehirn und in der Ausatemluft entspricht im Wesentlichen dem BAS. Besonders niedrig ist die Alkoholkonzentration in der Leber, weil dort hauptsächlich der Abbau des Alkohols stattfindet. Die Alkoholkonzentration im Harn steht aus verschiedenen Gründen in keinem konstanten Verhältnis zum BAS, sodass ein Rückschluss von der Alkoholkonzentration im Urin auf den BAS nicht möglich ist (vgl. Feuerlein 2008, S 20ff)

Alkohol kann im Körper nicht gespeichert werden. Er wird durch Oxidation abgebaut. Dabei sind hauptsächlich zwei Eiweißstoffe beteiligt: Die Alkohol-Dehydrogenase (ADH) und das „Mikrosomale Ethanol oxidierende System“ (MEOS).

Die Hauptmenge des Alkohols wird in der Leber abgebaut, meist durch die ADH. Die ADH kommt nicht nur in der Leber, sondern auch in anderen Organen wie Herz, Lunge und Niere vor.

Der Abbau durch das MEOS wurde erst vor einigen Jahrzehnten entdeckt. Die Entstehung dieses Enzyms wird im Gegensatz zur ADH durch Alkohol angeregt. Der durchschnittliche stündliche Abbau des BAS beträgt bei Männern 0,15 ‰, bei Frauen etwas weniger. Er ist unabhängig von Alter, Schlaf und Harnausscheidung. Kälte und Eiweißmangel können den BAS-Abbau verlangsamen.

Bemerkenswert ist, dass Frauen bei gleicher Alkoholeinnahme einen höheren BAS aufweisen als Männer. Die Ursache ist unklar. Außerdem bauen Frauen wegen unterschiedlicher ADH-Mengen im Magen weniger Alkohol ab als Männer.

Zentrales und peripheres Nervensystem gehören zu den Organsystemen, auf die der Alkohol am vielfältigsten und intensivsten einwirkt. Bei entsprechender Dosierung und Einwirkungsdauer richtet er hier schwere Schäden an. Alkohol verbreitet sich dank seiner Wasser- und Fettlöslichkeit schnell im Hirngewebe.

Die Hauptwirkung des Alkohols auf das Nervensystem geschieht über die Neurotransmitter. Studien über die biochemische Wirkung von Alkohol zeigen zwei immer wiederkeh-

rende Phänomene. Alkohol wirkt „biphasisch“: Zunächst bzw. in kleinen Dosen aktivierend, später hemmend. Die Alkoholwirkung ist anders, je nachdem, ob die Substanz einmalig (akut) oder wiederholt (chronisch) zugeführt wird.

Das Abhängigkeitspotenzial von Alkohol ist schwächer als das mancher Rauschdrogen wie Opiate (z.B. Heroin), Kokain und anderer Aufputschmittel, aber vergleichbar mit dem von manchen Beruhigungs- und Schlafmitteln wie Benzodiazepinen und Barbituraten. (vgl. Feuerlein 2008, S 23)

Das entscheidende Charakteristikum des Abhängigkeitssyndroms ist die psychische Abhängigkeit, die sich durch das unstillbare Verlangen äußert, den Alkoholkonsum fortzusetzen oder nach einem jahrelangen „trockenen“ Intervall den Konsum wieder aufzunehmen (Craving), obwohl dem Betreffenden die negativen Konsequenzen dieses erneuten Trinkens bewusst sind (ebda S 24).

Genetische, psychische und soziokulturelle Disposition

Seit langem ist bekannt, dass in bestimmten Familien gehäuft Alkoholiker vorkommen. Eine Übersichtsstudie ergab, dass von männlichen Alkoholikern 27 % einen Alkoholiker zum Vater und 5 % eine Alkoholikerin zur Mutter haben, bei 31 % waren entweder Vater oder Mutter oder beide Eltern Alkoholiker.

Diese immer wieder bestätigten Häufungen können verschieden erklärt werden; durch genetische Faktoren oder durch Verhaltenseinflüsse innerhalb der Familie. Kinder eines Alkoholikers haben ein drei- bis vierfach höheres Risiko, selbst alkoholabhängig zu werden als Kinder von Nichtalkoholikern. Dabei sind die Söhne stärker gefährdet als die Töchter. Ein eineiiger, also genetisch identischer Zwilling eines Alkoholikers hat ein zehnfach erhöhtes Risiko, ebenfalls an der Alkoholsucht zu erkranken. (vgl. Feuerlein 2008, S.31, 52) Diese Beobachtungen zeigen, dass eine genetische Veranlagung für eine Alkoholabhängigkeit vorliegen kann. (Tag der Medizin 2007, S 6)

Psychische Disposition: Untersuchungen aus den USA zeigen, dass impulsivere, geselligere und weniger konformistische männliche Persönlichkeiten mehr Disposition zu einer späteren Alkoholabhängigkeit haben.

Weiters wurden Charakteristika wie Hyperaktivität, geringere Neigung zur Schadensvermeidung, Sensationslust, Abhängigkeit von Belohnungen, geringere Aufmerksamkeit und die Schwierigkeit, zu einer entspannten Ausgangslage zurückzufinden, gefunden.

Es gibt kein Gen, das allein für die Alkoholabhängigkeit verantwortlich ist. Mehrere Gene und verschiedene Umweltfaktoren scheinen zusammen an der Entstehung der Abhängigkeit beteiligt zu sein.

Unterschiedliche Alkohol-Trinkgewohnheiten können ihre Ursache in der genetischen Grundausstattung haben. Es konnte gezeigt werden, dass zwei Varianten des CRHR1-Gens

(corticotropinreleasinghormonereceptor 1) das Trinkverhalten beeinflussen können. Dieses Gen liefert die Bauanleitung für ein Protein, welches an der Verarbeitung von Stress und der Steuerung von Gefühlen beteiligt ist. Menschen, die eine dieser beiden Varianten in ihrem Erbgut haben, trinken zwar nicht häufiger als Andere, sie trinken aber in bestimmten Situationen viel mehr. Dies kann ein Teilaspekt auf dem Weg zur Alkoholabhängigkeit sein und konnte im Tierversuch nachgewiesen werden. Auch wird durch solche Experimente die Annahme bestärkt, dass eine Verbindung zwischen übermäßigem Alkoholkonsum und psychischem Stress besteht. (vgl. Tag der Medizin 2007, S 6)

Das Problem Alkohol

Für den deutschen Psychiater und Psychotherapeuten Walther H. Lechler ist Alkohol nur eine Metapher für unzählbar viele und entsprechende Abhängigkeiten, denen wir uns selbst tagtäglich unterwerfen, um Schwierigkeiten und Unlustgefühlen – ohne es uns bewusst zu machen – aus dem Weg gehen, die bei unserem „pursuit of pleasure“ – Jagen nach Genuss – entstehen. „Alkohol“ heißt also nicht allein Äthylalkohol (C₂H₅OH), sondern ist als Metapher Synonym von Lebenslüge, Selbstbetrug und Selbsttäuschung. Sie bezeichnet alles, was dazu dienen kann, unseren Blick vor der Wirklichkeit zu verstellen.

„Suchtkrank“ ist ein Pleonasmus¹ und heißt wörtlich „krank-krank“, was ja die besondere Schwere solchen Zustands unterstreicht. Im Englischen gibt es für die Sucht das Wort „addiction“ und für den Süchtigen „addict“, abgeleitet aus dem Lateinischen „addicere“. Dieses Verbum wurde - wie man aus lateinischen Quellen kennt – vor allem beim Kauf von Sklaven verwendet. Ein Sklave „Addictus“ wurde dem Käufer zugesprochen und war damit „verkauft“ und „verdammte“. (vgl. Lechler S 11ff)

„Ich möchte es als einen folgenschweren Irrtum bezeichnen, dass der sogenannte ‚Süchtige‘ als Sklave der Droge bzw. des Alkohols angesehen wird. Es ist umgekehrt so, dass derjenige, der als Süchtiger sich dem Leben nicht zu stellen vermag, sich stellvertretend Sklaven anheuert, die für ihn das besorgen müssen, wozu er sich selbst nicht in der Lage fühlt.“ (Lechler, S 20)

Für den renommierten Gerichtspsychiater und Chefarzt einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik, Dr. Reinhard Haller, stellt süchtiges Verhalten ein uraltes, zutiefst menschliches Phänomen dar. Der Wunsch nach vorübergehender Flucht aus der Realität ist so alt wie die Menschheit selbst. Jedes Individuum hat das Bedürfnis, sich abzulenken, zu entspannen, zu beruhigen oder sich in eine Scheinwelt zu entrücken. Das geschieht manchmal über bestimmte Verhaltensweisen, manchmal mit speziellen meditativen Techniken, oft aber mit Hilfe von Alkohol oder psychotropen Substanzen.

Süchtige Verhaltensweisen bilden eine Möglichkeit, Widersprüche, welche sich aus großen Freiräumen und unbegrenzten Möglichkeiten auf der einen und der zunehmenden Einengung durch Vorschriften und Überwachungen auf der anderen Seite ergeben,

¹überflüssige Häufung sinnverwandter Wörter

scheinbar zu überwinden. Mit ihrer Hilfe lassen sich Grenzen überschreiten und alles, was mit Regeln und Gewissen zu tun hat, ein Stück weit aufzulösen.

Irgendetwas – eine Substanz, ein Verhalten, ein Gefühl – gewinnt im Leben eines Menschen an Bedeutung, nimmt sein Interesse gefangen, wird immer verlockender und stärker, rückt in den Mittelpunkt seines Fühlens und Wollens und ergreift von seiner Person ganz und gar Besitz. Der Mensch verliert die Kontrolle, kann nicht mehr frei entscheiden, Alkohol zu trinken oder darauf zu verzichten.

Der süchtig gewordene Mensch kann nicht mehr agieren, sondern nur noch reagieren. Er wird getrieben vom Verlangen, von der Gier nach dem, was ihn süchtig macht. Der frühere Drang ist zu einem unwiderstehlichen Zwang, zu einem alles beherrschenden, das Verhalten einengenden und bestimmenden Trieb geworden. Der Süchtig-Gewordene kann seinen Umgang mit dem Suchtmittel nicht mehr selbst bestimmen und steuern, er ist eindeutig der Schwächere und unterliegt den Gesetzen der Sucht. Ein Verlangen wird zum unwiderstehlichen Impuls, ein Drang zum Zwang, eine Lust zur Sucht. Der ehemals Agierende ist nur Reagierender, er ist nicht mehr Herr im eigenen Haus, er ist hilflos und abhängig: er hat das höchste Gut des Menschen – die Freiheit - verloren. (vgl. Haller „Nie mehr süchtig“, S 26ff)

Entstehung der Sucht

Anfangs führt oft Neugier und die Nachahmung von Modellpersonen zur ersten Begegnung mit Alkohol. Als Effekt erhofft man sich Erleichterung und Entspannung. Für den Betroffenen wird es normal, in bestimmten Situationen Alkohol zu trinken. Ohne Alkohol fühlt er sich zunehmend unsicher.

Schließlich trinkt er automatisch, weil für ihn keine Alternativen mehr erkennbar sind. Aufkommende Schuldgefühle werden durch erneutes Trinken zurückgedrängt. Wie schnell dieser Prozess abläuft, hängt vom Betroffenen und seiner persönlichen Umgebung ab, wenn Betroffene z. B. über zu wenig Selbstkontrolle oder Frustrationstoleranz verfügen.

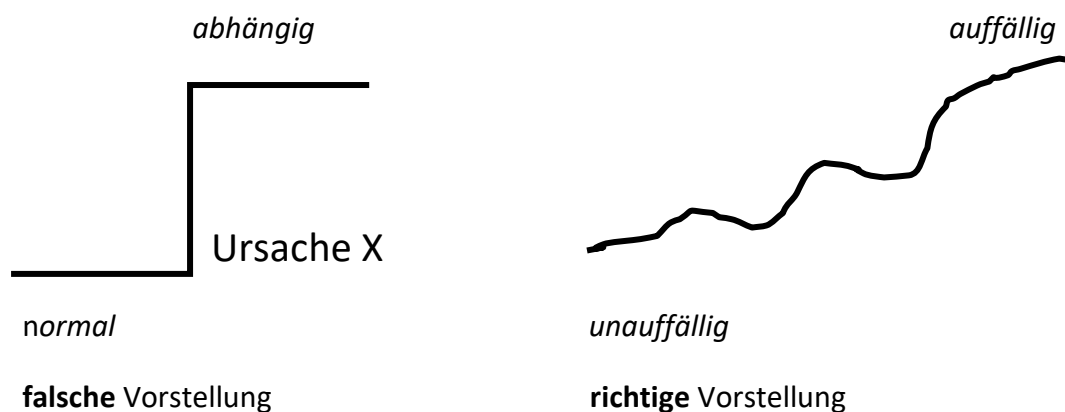
Die negativen Folgen einer Abhängigkeit entstehen nicht von einem Moment auf den anderen, sondern sammeln sich meist so langsam im Laufe einer mehrjährigen Abhängigkeitsentwicklung an, sodass sie dem Betroffenen lange Zeit nicht wirklich bewusst werden. Deshalb ist ein genauer Zeitpunkt der ‚wirklichen‘ Abhängigkeit nicht immer möglich. (Lindenmeyer S 23, 81)

Hermann Hesse, Siddhartha, 1972, S 19:

„Und Siddhartha sagte leise, als spräche er zu sich selber: „Was ist Versenkung? Was ist Verlassen des Körpers? Was ist Fasten? Was ist Anhalten des Atems? Es ist Flucht vor dem

Ich, es ist ein kurzes Entrinnen aus der Qual des Ich-Seins, es ist eine kurze Betäubung gegen den Schmerz und die Unsinnigkeit des Lebens. Dieselbe Flucht, dieselbe kurze Betäubung findet der Ochsentreiber in der Herberge, wenn er einige Schalen Reiswein trinkt oder gegorene Kokosmild. Dann fühlt er sein Selbst nicht mehr, dann fühlt er die Schmerzen des Lebens nicht mehr ...“

Abhängigkeit stellt eine schleichende, individuell verlaufende Entwicklung dar und entsteht nicht plötzlich aufgrund einer bestimmten Ursache.



Eine Vielzahl wissenschaftlicher Untersuchungen hat ergeben, dass es keine typische Persönlichkeit bei Alkoholabhängigkeit gibt und es nicht besonders labile, willensschwache oder unbeherrschte Personen sind.

Abhängigkeit ist keine Charakterfrage. Betreffend die Erblichkeit von Alkoholismus, so geht es hier um die tatsächlich angeborenen Unterschiede bezüglich der Alkoholverträglichkeit bzw. der Alkoholabbaukapazität der Leber. Neuere Forschungen ergeben Hinweise auf ein angeborenes Verhältnis bezüglich angenehmer Hauptwirkung und unangenehmer Nachwirkung von Alkohol im Gehirn.

Die Wirkungsweise im Gehirn ist bis heute noch nicht restlos erforscht. Übereinstimmung gibt es darüber, dass Alkohol (wie auch Medikamente mit Suchtpotential) in das komplizierte Gleichgewicht von hemmenden und aktivierenden Botenstoffen – Neurotransmittern - zwischen den Nervenzellen im Belohnungszentrum unseres Gehirns eingreift. Bislang hat man über 40 Neurotransmitter identifiziert. (vgl. Lindenmeyer S 54ff)

Entscheidend für die Suchtentwicklung ist, dass Alkohol, wie auch andere Drogen, das Gleichgewicht im Belohnungszentrum unseres Gehirns durcheinander bringt.

„Ein Stoff ist dann ein Suchtmittel, wenn er nach einer angenehmen Hauptwirkung eine unangenehme Nachwirkung erzeugt, die durch erneute Einnahme der Substanz gestoppt werden kann.“ (Lindenmeyer, S 55)

Die Reaktion auf den Alkohol entfaltet sich als

- ↗ eine sofortige, deutlich ausgeprägte Wirkung von relativ kurzer Dauer, die nur solange besteht, wie der Blutalkoholspiegel im Körper nach dem Trinken ansteigt. Es kommt zur vermehrten Ausschüttung von Neurotransmittern im Belohnungszentrum und wird als Beruhigung, Entspannung, Schmerzlinderung, Enthemmung, Stimmungshoch oder Stärkung erlebt.
- ↗ eine langsam einsetzende, gering ausgeprägte, dafür aber anhaltende unangenehme Wirkung, wenn infolge des Alkoholabbaus in der Leber der Alkoholspiegel im Blut wieder zu sinken beginnt und das äußerst giftige Acetaldehyd entsteht. Zusammen mit dem Hormon Adrenalin bildet dieses Zwischenprodukt beim Alkoholabbau bestimmte Stoffe, die wiederum zu einer mangelnden Endorphinaktivität im Gehirn führen. Das wiederum wird als Unlust, Unruhe, Gereiztheit, Verstimmung, Depressivität oder Kater erlebt. (vgl. Lindenmeyer S 54 ff)

Sucht aus existenzanalytischer Sicht

Anthropologie der Existenzanalyse und Logotherapie

Der Wiener Neurologe und Psychiater Viktor Frankl gründete in den 20er und 30er Jahren des vergangenen Jahrhunderts die Existenzanalyse und Logotherapie, wobei er die Existenzanalyse als Anthropologie und Theorie über die Möglichkeiten und Bedingungen erfüllter Existenz verstand, während Logotherapie ihre praktische Anwendung im Rahmen der Sinnthematik darstellt („Logos“ = Sinn). Die Existenzanalyse als bloße Theorie wurde ihrerseits von Alfred Längle zu einer Praxis weiterentwickelt, die im Vorfeld des Sinnthemas motivationale, emotionale, biographische, selbst- und fremdwahrnehmungsspezifische Bereiche bearbeitet und somit eine eigenständige psychotherapeutische Richtung darstellt.

Viktor E. Frankl

bezeichnete die Logotherapie als „Sinnlehre gegen die Sinnleere“ und wollte damit Grundfragen des Menschen in der Psychotherapie, Beratung, Medizin und Pädagogik thematisieren, die bis dahin außerhalb der Philosophie und Theologie nicht behandelt wurden.

Als Aufgabe der Logotherapie sah er auch die Einbeziehung der „geistigen Dimension des Menschen“ (insbesondere die Sinnsuche) in das Verständnis und in die psychologische Behandlung des Menschen an. In der Folge wurde die Logotherapie als „Dritte Wiener Richtung der Psychotherapie“ zu einer Ergänzung der traditionellen Psychotherapie und

brachte die Dimension der existentiellen Erfüllung und Auseinandersetzung mit dem Daseins-Sinn in die Psychotherapie ein. (vgl. Längle/Probst, Süchtig sein, S 13f).

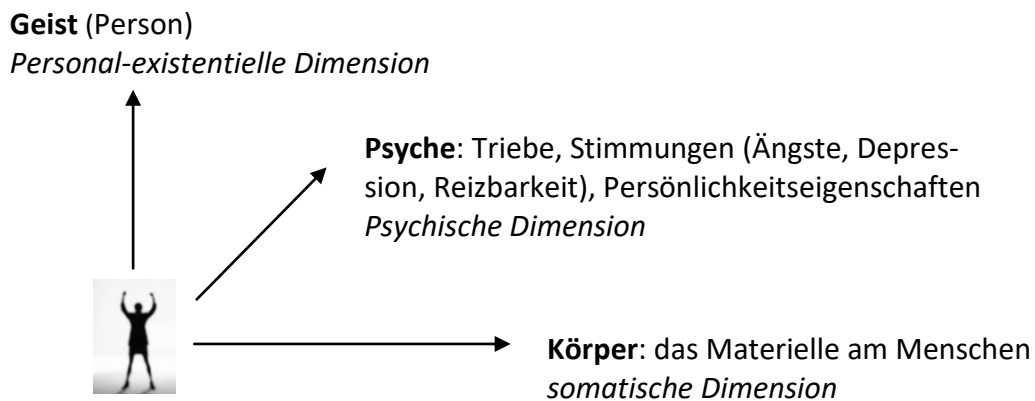
Frankl gibt die Sinn-Strebigkeit als tiefste Motivation des Menschen an. Den Sinn des Daseins erfüllt der Mensch, indem er Werte verwirklicht. Frankl hat mit der Logotherapie Wege und Bereiche aufgezeigt, wo Sinn grundsätzlich gefunden werden kann:

- ↪ Erlebniswerte – Durch Erleben von etwas Schönerem, Gutem, Gefälligerem nimmt der Mensch Wertvolles in sich auf und realisiert dadurch Sinn (z. B. Genießen von Musik, Erleben eines anderen Menschen).
- ↪ schöpferische Werte – Durch das Schaffen von etwas Wertvollem erlebt der Mensch sich selbst als sinnvoll.
- ↪ Einstellungswerte – Wenn der Mensch im Außen nichts ändern kann, so kann er seine Einstellung ändern: Grundlage ist die Fähigkeit und Bereitschaft, ein Leid, ein Schicksal, einen Schmerz überhaupt aushalten zu können bzw. zu wollen. Die dazu benötigte Kraft steht in Beziehung zu einem tiefen Gefühl von Gehaltensein – dem Grundvertrauen.

Für Frankl umfasst das Menschsein gemäß der abendländischen Tradition drei Dimensionen: die somatische, die psychische und die noetische/personale Dimension.

Der Mensch lebt als

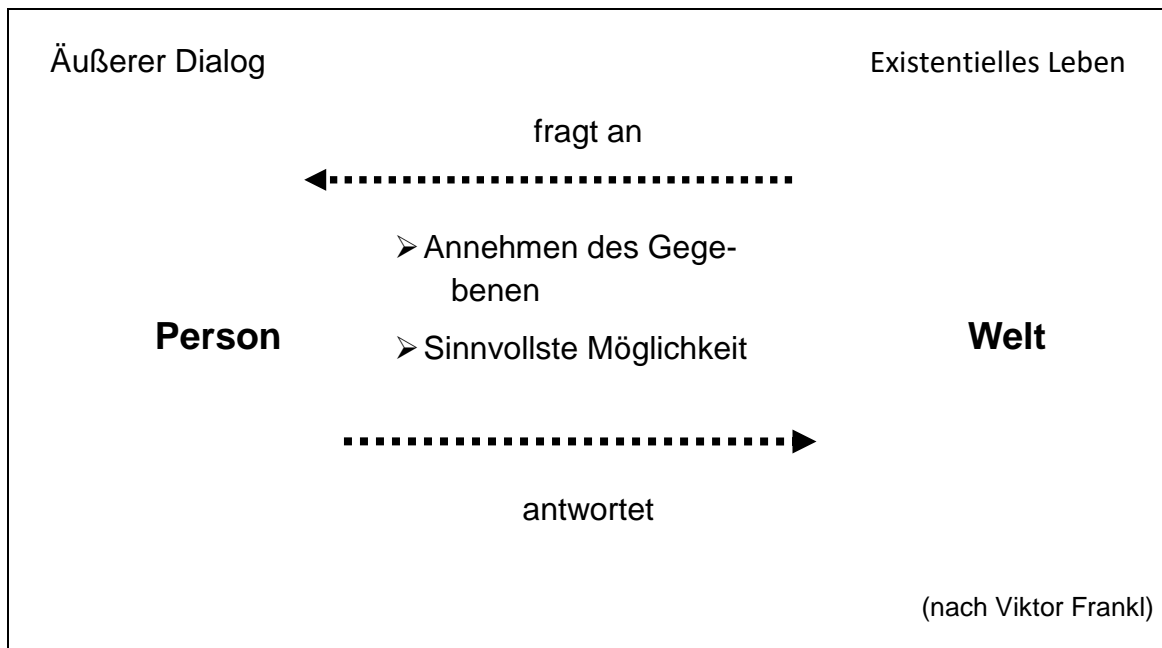
- ↪ körperliches Wesen - soma-, das Materielle am Menschen, dh es geht um die Erhaltung und Gesundheit des Körpers (Essen, Schlafen, Sexualität usw.),
- ↪ psychisches Wesen, dh es geht um das Leben seiner vitalen Kräfte und das Wohlbefinden gemäß seinen Persönlichkeitsanlagen in seinem eigenen Körper (bei Gelingen wird Lust erlebt, bei Scheitern Spannung, Frustration, Unlust); Triebe, Stimmungen, Persönlichkeitszüge, Affekte, Copingreaktionen,
- ↪ geistiges Wesen (Person) – nous -, dh es geht um Sinn und Wert im Leben. Halt, Glaube, personale Liebe, Werte, Gerechtigkeit, Freiheit, Verantwortung usw. Der Geist repräsentiert die Offenheit des Menschen zur Welt und zu sich selbst.



Trotz der Einheit „Mensch“ folgt jede Dimension ihrer eigenen Gesetzlichkeit. Es kann zwischen den drei Dimensionen zu einer Divergenz im Kräftefeld kommen. Diese entsteht durch eine gewisse Eigengesetzlichkeit der Dimensionen, wodurch ein unangenehmer Spannungszustand entstehen kann. Das Personale (Geistige) zeichnet sich dadurch aus, dass es sich in ständiger Auseinandersetzung mit dem Psycho-Physikum und der Welt befindet. Der Mensch kann sich selbst gegenüber treten, auf Distanz zu sich kommen (z. B. zu seiner Wut, seinem Hunger etc). Frankl nennt dies „Selbst-Distanzierung“. Diese „innere Offenheit“ zu sich selbst ermöglicht ihm einen Umgang mit sich und ein Verhalten zu sich selber.

Die „Weltoffenheit“ lässt den Menschen die Werte in der Welt, den Sinn der Situation, erkennen und erspüren, denen er sich schließlich auch hingeben und damit sich selbst überschreiten kann. Im offenen dialogischen Austausch mit der Welt kann der Mensch die Welt wie sich selbst verändern, er wächst gleichsam über sich hinaus. Frankl spricht von „Selbsttranszendenz“. (vgl. Längle/Probst, S 16ff)

„Der Mensch ist immer schon ausgerichtet und hingeordnet auf etwas, das nicht wieder er selbst ist, sei es eben ein Sinn, den er erfüllt, oder anderes menschliches Sein, dem er begegnet. So oder so: Menschsein weist immer schon über sich selbst hinaus, und die Transzendenz ihrer selbst ist die Essenz menschlicher Existenz.“ (ebda S 16)



Nach Frankl liegt Sinn nicht „draußen in der Welt“ und kann nicht ohne Bezugnahme zu ihr frei nach Phantasie, Lust oder Laune erfunden werden. Existentielle Sinnfindung verlangt Abstimmung mit der aktuellen Situation.(vgl. Frankl 1987, 77f)

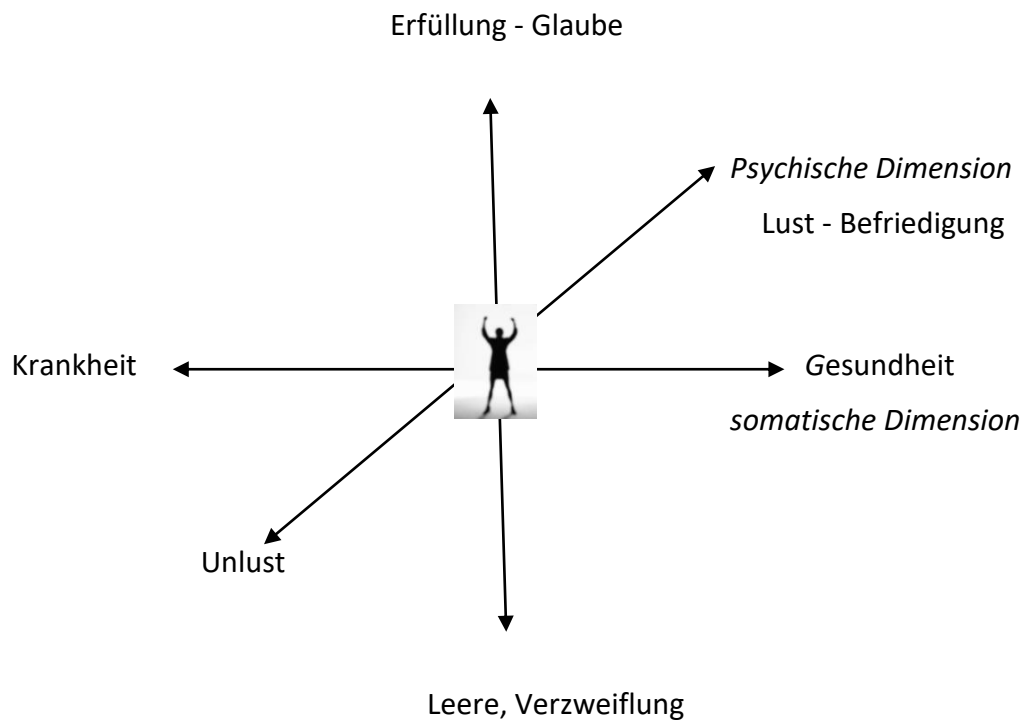
„Das Leben selbst ist es, das dem Menschen Fragen stellt. Er hat nicht zu fragen, er ist vielmehr der vom Leben her Befragte, der dem Leben zu antworten - das Leben zu verantworten - hat. Die Antworten aber, die der Mensch gibt, können nur konkrete Antworten auf konkrete ‚Lebensfragen‘ sein. In der Verantwortung des Daseins erfolgt ihre Beantwortung, in der Existenz selbst ‚vollzieht‘ der Mensch das Beantworten ihrer eigenen Fragen.“ (Frankl 1987, 96)

Dieses Menschenbild erfuhr 1986 eine Erweiterung durch Alfried Längle, der ein „dynamisches Menschenbild“ aufstellte, welches Pole beschreibt, zwischen die der Mensch eingespannt ist.

Alfried Längle hat die Grundkonzepte Frankls phänomenologisch weiterentwickelt und die Existenzanalyse als umfassendes, eigenständiges Psychotherapieverfahren ausgebaut und begründet.

1983 wurde in diesem Zusammenhang die Gesellschaft für Logotherapie und Existenzanalyse (GLE) in Wien etabliert. Dieses umreißt auch die Aufgaben, vor die ein Mensch durch seine Existenz gestellt wird.

Personal-existentielle Dimension



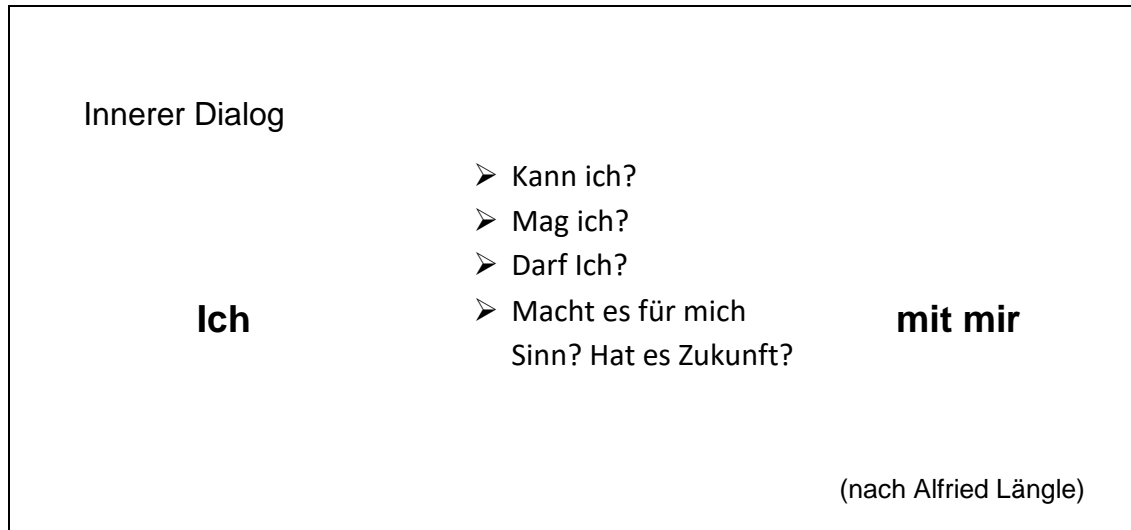
Durch die Aufgaben, vor die der Mensch in der jeweiligen Dimension gestellt ist, ist er zwischen Pole eingespannt, die ein Spannungsfeld ergeben. (vgl. Grundlagen; Längle S 181)

Während Frankl den Sinn als tiefste Motivation des Menschen angibt, beobachtet die von Längle weiterentwickelte Existenzanalyse noch drei Grundmotivationen, die der Sinnmotivation vorangehen.

Die Aufgaben, die sich aus diesem dynamischen Menschenbild ergeben, leiten über zu den vier Grundmotivationen – die „Bausteine“ der Existenz, durch die die Innen- und Außenbezüge des Menschen in seinem Dasein ausführlich beschrieben werden. Bislang konnten alle Motivationen des Menschen mit diesen vier Grundbedingungen – die phänomenologisch entdeckt wurden - erklärt werden.

„Phänomenologisch heißt: unvoreingenommen und vorurteilsfrei. Phänomenologie ist vor allem eine Haltung, die sich dafür interessiert, was die andere Person einem damit sagen will, was sie damit meint. Als Therapeut stellt man sein professionelles Wissen zuerst einmal zurück, man enthält sich eines Urteils und hält sich in einer Offenheit für das, was bei weiterer Beschäftigung sich noch zeigen kann. Es geht um das Verständnis von Zusammenhängen im menschlichen Tun: was bewegt den Menschen in seinem Handeln, Reagieren, Erleben, Vorstellungen, Wünschen etc – also um Verstehen, um Erfassen der Motivation.“ (www.Symposium „Phänomenologische Forschung in der EA; Silvia Längle 2007)

Zum äußeren Dialog – den Dialog der “Person mit der Welt“ nach Frankl – hat Längle den inneren Dialog – den Dialog “Ich mit Mir“– ergänzt, der sich im Wesentlichen auf vier Grundfragen der Existenz bezieht.



1. Grundfrage der Existenz: Ich bin da – aber KANN ich da sein? Habe ich den Raum, den Schutz, den Halt dafür? Kann ich mit meinen inneren Möglichkeiten, meiner Kraft und meinen Fähigkeiten den gegenwärtigen Herausforderungen gerecht werden?
2. Grundfrage des Lebens: Ich lebe – aber MAG ich eigentlich leben? Erlebe ich die Fülle, die Verbundenheit, das Zeit-Haben für Werte? Das Leben als Wert erfährt der Mensch vor allem durch Zuwendung, Nähe, Liebe. Das öffnet ihn selbst wieder, um sich anderem zuwenden zu können.
3. Grundfrage der Person: Ich bin ich – aber DARF ich so sein, wie ich bin? Erfahre ich die Wertschätzung, die Achtung, den Respekt, den Selbstwert? Diesen erfährt der Mensch vor allem durch Anerkennung, durch Ernst-genommen-Werden und aktiv durch das Einstehen für sich selbst.
4. Sinnfrage der Existenz: Ich bin hier – aber was SOLL damit werden? Was soll ich heute tun, damit mein Leben zu einem sinnvollen Ganzen wird? In welchen großen Zusammenhängen sehe und verstehe ich mich? Wofür lebe ich? Der Mensch erfährt Sinn durch Vorbilder, gedankliche und praktische Anleitungen (Erziehung) und Religion. Für diesen existentiellen Sinnfindungsprozess sind die drei vorangegangenen Grundmotivationen Voraussetzung. (vgl. Längle/Probst S 17f)

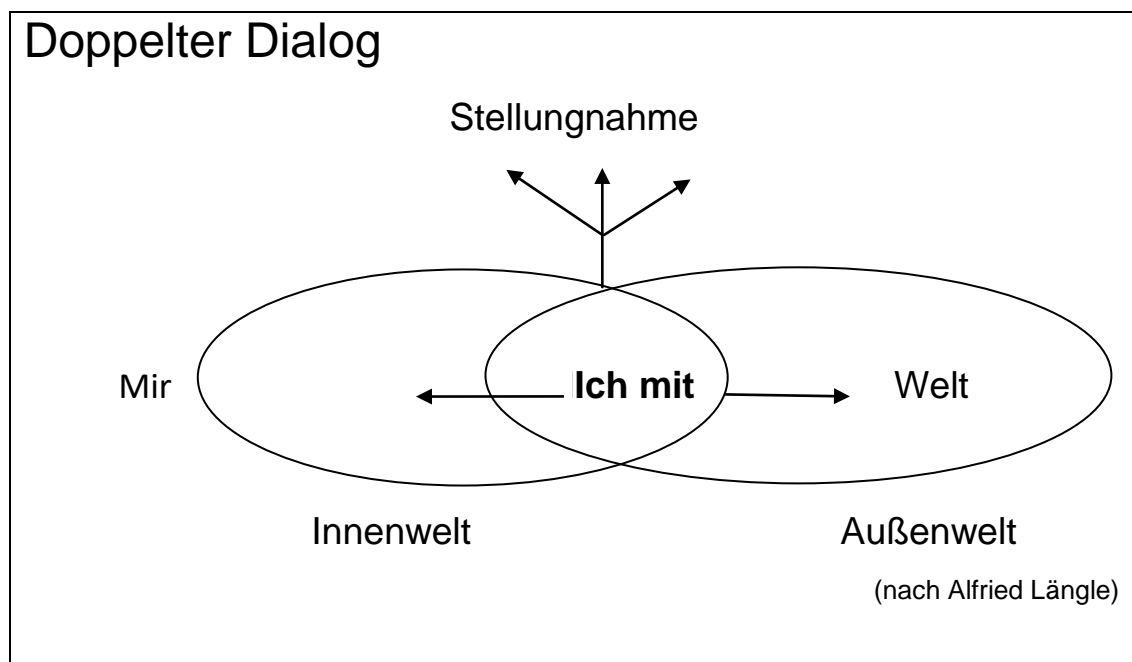
Der Mensch steht demnach immer in einem doppelten Dialog mit der Welt. Er vollzieht seine Existenz durch persönliche Stellungnahme und Entscheidungen in Verantwortung gegenüber der Welt wie auch gegenüber sich selbst.

Die personale Existenzanalyse - PEA - wurde von Alfried Längle in den Jahren 1988 bis 1990 entwickelt und stellt heute die zentrale Methode in der Existenzanalyse dar. Sie basiert auf dem prozessualen Personkonzept von Längle, wonach die Person als das „In-mir-Sprechende“ bezeichnet werden kann.

Die PEA beschreibt den Prozess, in dem sich das Person-sein im dialogischen Austausch mit der Welt vollzieht. Sie kann helfen, die Person zu restrukturieren, wenn sie durch innere oder äußere Überforderung in der Verarbeitung der Information die Verbindung zum eigenen Ursprung – zum Sich-selbst-Sein als Person – verloren hat.

Die PEA ist eine Methode zur Mobilisierung personaler Kräfte, welchen im existenzanalytischen Psychotherapieprozess zum Durchbruch verholfen werden soll. Damit werden die grundsätzliche Dialogfähigkeit des Menschen, das Sich-in-Austausch-Bringen mit der Welt, gefördert und bestehende Fixierungen gelöst. (vgl. Grundlagen Längle S 87f)

„Ziel der PEA ist es, den Menschen in personalen Austausch zu führen mit dem, was ihn angeht: mit sich selbst ebenso wie mit dem ‚welthaft‘ Anderen. (Dialog nach Innen und nach außen.)“ (ebda S 88).



Die PEA wird unter „Existenzanalytische Methoden“ noch näher ausgeführt.

Formalgenetische Voraussetzung der Suchtentstehung

Entsprechend dem dreidimensionalen Modell der Frankl'schen Anthropologie sind die biologischen Ursachenketten der Sucht (dazu gehören auch die prädisponierenden genetischen Faktoren) der somatischen Ebene zuzuordnen.

Auf der psychischen Ebene sind Konditionierungen, Automatismen, Triebspannungen, Lust und Unlustgefühle, Stimmungslagen u. ä. angesiedelt. Auf der personalen Ebene wirken Einstellungen, Lebenshaltungen, Überzeugungen, Entscheidungen, Verzweiflung und der Umgang mit Verantwortung entscheidend mit.

Es finden sich keine stichhaltigen Anhaltspunkte für die „Suchtpersönlichkeit.“ Süchtigkeit ist eine Gefahr des Menschen und nicht einiger weniger Willensschwacher. (vgl. Süchtig sein, Längle/Probst S 73,74).

Suchtentstehung ist polykausal eine Interaktion von Individuum, Kultur/Gesellschaft und Stoff/Mittel.

Unter existenzanalytischen Gesichtspunkten hat das Leiden an der Sucht vor allem zwei Hauptsymptome:

- ↪ Verlust der Freiheit – Sucht ist Abhängigkeit, ist Unfreiheit. Durch Sucht „siecht“ (=Sucht) die Seele. „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 dem Realitätsverlust wie beim Psychotiker.“ (Längle, Plenarvortrag in „Sucht“ 2/2015, S 14ff)
- ↪ Entwicklung eines apersonalen Verhaltens: „Der Süchtige kennt keinen Partner“ (ebda S 74). In der Sucht ist der Mensch nicht willenlos, aber apersonal. „Im nüchternen Zustand will der Süchtige die Sucht nicht. Aber dieser Wille hat durch die fehlende Nähe zum eigentlichen Ich (= die 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.“ (Längle, Plenarvortrag in Sucht 2/2015 S 17).

Therapeutisch geht es darum zu klären, wer man selbst ist und woher diese fremde Macht, die plötzlich Ich-haft werden kann, stammt. Dafür sind die 1. GM – Akzeptanz – und auch die 2. GM – Beziehungsaufnahme zum süchtigen Ich – notwendig. Statt die Sucht als Schwäche abzuwerten und wegzudrängen, bedarf es des Gesprächs mit dieser Seite des Ichs und der Fühlungsaufnahme zu ihr. Es gilt herauszufinden, wer man im Grunde ist – Selbstannahme - und ob man so sein will.

Freiheit und Verantwortung

Der Begriff „Wille“ hat sich im Laufe der Weiterentwicklung der Anthropologie verändert. Bilden „Wille“, „Person“ und „Freiheit“ zunächst (Längle 2007b; 2012) noch eine Einheit, so müssen nach späterem Verständnis (Längle 2015) diese nicht zwangsläufig eine Einheit bilden, dh auch apersonale Motive können zu Willenshandlungen führen; z. B. handelt der Süchtige auch seinem Willen gemäß, jedoch apersonal, wenn er das Suchtmittel konsumiert. (vgl. GLE 1/2017 S 12)

Ursachen und Dynamik der Sucht

Der Nährboden für die Entstehung der Sucht ist die

- Unfähigkeit, Grundvoraussetzungen für eine erfüllte Existenz aufbauen zu können.
- Besonderes Gewicht kommt dabei dem Defizit des Leben-Mögens, der Beziehungen, der Emotionalität zu. (2. GM)
- Als Folge davon entsteht ein Unvermögen, auf den Sinngehalt der aktuellen Situation zu antworten. (4. GM)
- Die Basis der Sucht liegt im apersonalen Verhalten (3. GM) das zur Eskalation der Probleme beiträgt. Die Defizite bei dieser 3. Grundmotivation bringen den Menschen immer weiter von der Erfüllung weg, die Sucht gewinnt an Macht über das Verhalten. Als bester Schutz vor Sucht wird das Heranführen des Menschen zur authentischen Existenz angesehen. (vgl. GLE 1/2017 S 69)

Aus existenzanalytischer Sicht muss der Prozess der Psychotherapie bei Abhängigkeiten auf das Schaffen der Voraussetzungen zur Stärkung des personalen Anteils in der Motivation des Menschen ausgerichtet sein. Die Entfaltung der Person und ihrer Fähigkeiten, durch die sie sich in die Zusammenhänge von Sinn und Werten einbinden kann, ist das Ziel der existenzanalytischen Arbeit. (vgl. GLE 1/2017 S 69)

Wichtige Begriffe in der EA sind Dialog, Begegnung, innere Zustimmung, Person, Wille und vor allem in der Anfangsphase einer Psychotherapie die Phänomenologie, um hinter der Psychodynamik die Person zu erkennen und verstehen.

Psychodynamik der Schuld und Vergebung

Sieht der Klient seine „Schuld“, seinen Fehler, ein, so liegt der kritische Punkt in der Selbst-Abwertung, der unerbittlichen Schuldzuweisung sich selber gegenüber, dh im Sich-selbst-nicht-Verzeihen-Können.

Dies resultiert aus dem negativen Selbstbild, durch das der Süchtige gut gemeinte Ratschläge und positive Impulse verdreht und pervertiert. Anerkennende Worte wie „Das haben Sie super gemacht“ können das Gegenteil bewirken und als Lüge wahrgenommen werden, denn der innere Glaubenssatz lautet in etwa „Ich bin zu allem zu blöd“. Wenn der Klient sich nicht selbst vergibt, ist Vergebung von außen wirkungslos.

Solch negatives Selbstbild, solche destruktive Kraft im Menschen entsteht häufig durch ein traumatisches Geschehen, punktuell oder aber auch lange dauernd maligne Atmosphäre, wie beispielsweise emotionaler Deprivation, der Kinder ausgesetzt sind. (Vermutlich hat dies mein Klient, der im Fallbeispiel besprochen wird, erfahren). (vgl. Psyche macht Dynamik GLE 2/2019 S 89)

Schweregrad der Sucht

Gibt es eine autodestruktive, autonome Kraft, die im Menschen angelegt ist? Wenn ja, ist sie die treibende Kraft in der Sucht? Wie äußert sich süchtiges Verhalten?

Da ist einmal das eigenartige Oszillieren im Erleben von Ichhaftigkeit und Fremdheit der Verhaltenskontrolle: Der Nichtsüchtige erkennt solch suchtähnliche Bestrebungen als Bedrohung des Ichs. Er sieht die Gefahr und schützt sich durch klare Entscheidungen.

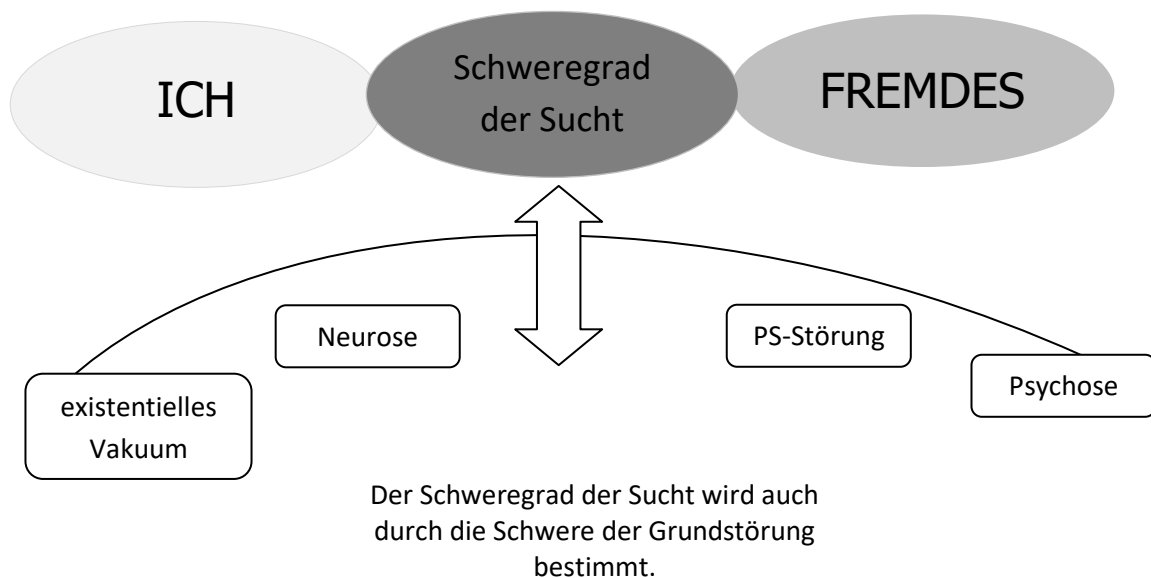
Der Süchtige weiß nicht mehr eindeutig, was er selbst will und was Fremdes in ihm ist, das das Suchtverhalten auslöst. Die Grenzziehung zwischen Eigenem und Anderem geht verloren. Das Ich ist mit dem Fremden bis zur Unkenntlichkeit vermischt. (Süchtig sein, Längle/Probst S 75)

Das lässt den Schluss zu, dass das Fremde bzw. Suchtobjekt Erstrebenswertes wie Entspannung, Mut, Lebensfreude etc verspricht. (Frankl spricht in diesem Zusammenhang von „innerer Leere, die der Sucht vorausgeht“).

Für Längle/Probst bedarf es aber zusätzlich noch der spezifischen Dynamik der Psychopathologie, dh die Sucht entsteht nicht nur durch die Spannung aus der Leere (existenzielles Vakuum), sondern auch durch Spannungen aus einem neurotischen Konflikt,-einer Persönlichkeitsstörung oder dem Basiserleben in einer Psychose.

Das bedeutet: Je schwerer die Grundstörung, desto weiter greift das Erleben des Fremden in das Ich-hafte hinein und desto weniger Widerstand kann gegen die Sucht aufgebracht werden.

Der Schweregrad der Sucht wird demnach maßgeblich von der Wechselwirkung zwischen Suchterleben und psychopathologischer Basis bestimmt. (vgl. Längle/Probst S 77).



Die Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen ist hoch: depressive Störungen, Angsterkrankungen, Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung, aber auch Persönlichkeitsstörungen aus dem Bereich der emotionalen Instabilität, der sogenannten dissozialen oder selbstunsicheren Persönlichkeitsstörung sowie alkoholinduzierte Aggressionen treten auf.

Sucht und Grundwert

Therapeutisch von großer Bedeutung ist das Arbeiten an der intensiven Beantwortung der Grundwertfrage. Existentiell ist es wichtiger, sich nicht im Stich zu lassen und zu sich zu stehen, als nicht zu trinken. Dieses wahrhaftige Zu-sich-Stehen gibt langsam Anstoß zu Veränderungen, die aus dem Klienten wachsen kann. (vgl. GLE 2/2015 Längle, Sucht S 20)

Existenzanalytisch lässt die übergroße innere Spannung und Leere auf einen äußerst unsicheren Grundwert schließen, dh der Süchtige ist sich nicht sicher, ob er leben mag; er hat keinen oder zu wenig Grund um „Ja“ zum Leben zu sagen; daher bringt er das Nein zu sich und zu seinem Leben in destruktiver Form zum Ausdruck.

„Dies ist auch der Grund, weshalb der Süchtige nicht oder sehr spät Hilfe von außen (Entzug, Therapie) in Anspruch nimmt – es fehlt ihm das Wozu. Dies ist weiters ein Grund, warum der Süchtige an einer notorischen Wertarmut leidet. Sein natürliches Werterleben

scheint blockiert zu sein, da sein Grundwert verstellt ist.“ (Längle 1996 in Süchtig sein, S 69)

Der Süchtige will spüren, dass das Leben gut ist, er will es auskosten und intensiv nahe fühlen. Der Alkohol vermag eine Leichtigkeit und Unbelastbarkeit des Lebens zu erzeugen. Unbeschwerte Lebenslust lässt Probleme verblassen.

Kann der Süchtige tun was er will?

„Es ist ein häufiger, kognitivistischer Irrtum, dass der maßgebliche Grund für das 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, 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 suchtbundenen Werten aufgebaut und die alten Beziehung 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 in GLE 2/2015, S 15)

Der Sucht voraus geht ein langer Prozess der zunehmenden Einengung, bei dem die Aufmerksamkeit zunehmend z. B. auf die Wirkung des Alkohols gerichtet wird, dadurch eine Offenheit für die Attraktivität des Objekts entsteht und der vorher bestandene Widerstand des Willens langsam immer weniger wird. Schließlich verblassen alle anderen Werte daneben. Der Wille stellt sich auf die Seite des Lustgewinns, weil das der intensivste Wert ist.

Der Wille in der Sucht ist gespalten. Einerseits erlebt der Süchtige, dass sich die Sucht gegen seinen Willen durchsetzt – aber nur anfangs – andererseits spürt er ein immer stärker werdendes Drängen, dass er es jetzt will. Der Wille ist in der Sucht einerseits schwach geworden, gleichzeitig aber so stark in seiner Fixierung auf den überhöhten Scheinwert, dass er alles daran setzt, sein Ziel zu erreichen.

Es kommt daher zu einer Abspaltung des Willens (Ichs) von der Person.

Der Süchtige ist nicht willenslos, aber er handelt gegen sich als Person. Der Wille des Süchtigen folgt den psychodynamisch empfundenen Defiziten: dem Bedürfnis, Begehren, Verlangen.

Während der Verführung will man die Verführung, danach aber nicht mehr. Das ist das „Kranke“ am Willen. Dass man die Verführung selbst wollte, in sie eingewilligt hat, ist darum im Nachhinein so enttäuschend. Dadurch entsteht das Gefühl der inneren Leere.-Dafür hat man wenigstens „einmal gelebt“, auch wenn man danach leiden und die zuvor ignorierten Konsequenzen ertragen muss. (vgl. GLE 2/2015 Längle S 17)

Für die Suchtbehandlung ist die Willensarbeit zentral. Die Sucht passiert nicht gegen den eigenen Willen. „Der Süchtige arbeitet gegen sich selbst, weil er vom Gefühl her meint, sich mehr vom Leben holen zu können. Der Süchtige will seine Sucht leben, denn wenn er sie nicht wollte, käme er aus ihr heraus. So paradox es klingt: Wäre der Wille bei der Sucht nicht beteiligt, könnte man keine Therapie machen! Denn bei voll determinierten Abläufen (etwa physiologischen wie den Darmgeräuschen) gibt es keinen therapeutischen Zugang.“ (Längle, Plenarvortrag in GLE 2/2015 S 15)

Nicht der Wille ist in der Sucht krank, sondern der Süchtige ist im Vollzug seines Personseins krank geworden. Nach der Befriedigung des Cravings erlebt der Süchtige ein Befremdet-Sein - „Warum schon wieder?“. Befreit von der Gier findet der Wille wieder die gewohnten Werte – er sieht wieder das Spektrum der Werte - und die eigene Person: bis zur nächsten Einengung.

Selbstannahme der Schwäche

bedeutet: Sich der Realität stellen. Es gilt, diese zu akzeptieren und sich personal zu konfrontieren. Selbstannahme schließt mit ein, nicht das Unmögliche von sich zu fordern, sondern anzunehmen, dass man das Suchtverhalten vorerst nicht lassen kann, wider besseren Wissens hinsichtlich der Schädlichkeit und Konsequenzen. Es entsteht ein gewaltiger Kräfteverschleiß, ständig gegen etwas anzukämpfen, was man eigentlich doch will. Frustration und Rückfälle würden dadurch verstärkt, untermauert durch den Glaubenssatz: „Ich schaffe es sowieso nicht, auch nicht mithilfe einer Therapie“.

Therapie der Sucht und der inneren Leere

Bevor an eine Abstinenz oder Kontrolle des Suchtmittels längerfristig gedacht werden kann, müssen fehlende personale Fähigkeiten erlernt werden. Der Betroffene hat nur dann eine Chance sich der Sucht entgegenzustellen, wenn die strukturelle Festigkeit in einem bestimmten Maße vorhanden ist. 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 wenn der Betroffene wirklich in die Abstinenz kommen möchte und längst keine Zustimmung mehr zum Konsum hat, wird er wenig gegen die Mächtigkeit des Suchtdrucks und Suchtverlangens ausrichten können. Rückfälle mit den damit einhergehenden Versagensgefühlen lassen Hoffnungslosigkeit aufkommen und die Resignation verstärken. (vgl. GLE 2/2015 Sucht S 72)

Im Zentrum des postulierten „Suchtgedächtnisses“ stehen mesolimbisch-mesokortikale dopaminerge und glutamerge Neuronen, die für Verstärkung und Belohnung sowie damit assoziierte emotionale Zustände (z. B. Craving) neuronale Plastizität (verstärkte oder reduzierte Synapsenbildung usw) und eher spezifische Erinnerungsfunktionen (z. B. Auslöserreize) also das „Suchtgedächtnis“ im engeren Sinn, verantwortlich gemacht werden. Wichtig für das Verständnis des „Suchtgedächtnisses“ ist, dass es nicht nur durch alkohol-

spezifische, sondern wahrscheinlich auch eher unspezifische z. B. Umgebungsreize (bestimmte Situation, Ort, Stimmung) oder Stress angestoßen werden und so z. B. Suchtdruck auslösen kann. (Soyka M., Kufner H., Alkoholismus- Missbrauch und Abhängigkeit, Internet)

Gute Chancen hat eine Suchttherapie dann, wenn relativ gesunde, personale Strukturen vorhanden sind bzw. das Störungsniveau nur neurotisch ist. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, ist es sehr schwer, sich der Mächtigkeit einer Sucht zu entziehen. Selbst bei klarer Entschlossenheit und entschiedenem Wollen ist es bei eingeschränkten strukturellen Fähigkeiten sehr mühsam. Deshalb wird es eine Person mit relativ gesunden Ich-Strukturen im Vergleich zu einer Person mit einer PS-Störung viel leichter schaffen, in Abstinenz zu kommen, wenn die entsprechende Motivation und Entschlossenheit gegeben ist. (vgl. Sucht 2/2015 Längle S 73)

Therapeutische Maßnahmen

Abgesehen von der Bearbeitung von Alternativen zum Suchtverhalten durch Aufbau von lustvollem und erfüllendem Leben sollen hier einige Aspekte aufgezeigt werden, die im Rahmen der Suchtbehandlung spezifische Bedeutung haben. Neben dem Faktor Person als Wirkelement gibt es natürlich auch andere wichtige Einflussgrößen in der Therapie, die von anderen Therapierichtungen meist stärker vertreten und eingesetzt werden als von der EA, wie etwa Lernen, Üben, Konditionierungen, Erkenntnisse, Übertragungen, kathartische Elemente etc. (vgl. GLE 2/2015, Längle S 22)

- Der Klient muss die Behandlung wollen: Motivation, Compliance
- Personalisierung der Therapie durch Versprechen bzw. Verträge
- Krankheitseinsicht und Problemverständnis statt Verleugnungen oder Bagatellisierung
- Ressourcenklärung: was kann der Klient selbst, wo braucht er Hilfe zur Selbsteinschätzung
- Selbst-Annahme der Schwächen und Wahrhaftigkeit: „Ich alleine schaffe das nicht, weil ich es derzeit eigentlich nicht will. Denn da ist etwas für mich drin, von dem ich nicht lassen mag; ich muss vorerst mit dieser Krankheit leben.“

Existentiell gesehen ist es wichtiger, sich nicht im Stich zu lassen und zu sich zu stehen, als nicht zu trinken. Basales Leitmotiv der 1. GM: „Man soll nicht mehr tun, als man kann.“

Durch das wahrhafte Zu-sich-Stehen erwächst langsam der Anstoß zu Veränderung. Dabei ist der Therapeut wohlwollender „Verbündeter“ und Begleiter, kein „Gegner“.

- ↪ Sinn der Handlungen sehen und verstehen
Leitmotiv der Logotherapie: „Wer ein Warum zum Leben hat, erträgt fast jedes Wie“. (ebda S 22)

Achtsamkeit in der Suchttherapie

Achtsamkeit kommt aus dem 2500 Jahre alten Buddhismus und hat in ähnlicher Form in bekannten philosophischen und spirituellen Richtungen Tradition; in der Existenzanalyse könnte das phänomenologische Schauen als eine solche Haltung betrachtet werden.

„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.“ (GLE 2/2015, Canazei, S 103)

Sucht ist – existenzanalytisch betrachtet – vor allem ein Mangel an einer gefühlten Beziehung zum Leben, und dieser resultiert aus einem Mangel an Achtsamkeit. 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 Erleben der eigenen Lebendigkeit und umso anfälliger ist er für die Ersatzbefriedigungen der Sucht. Gelingt es in der Therapie, eine achtsame Haltung aufzubauen, verliert sich der süchtige Mensch immer weniger im Suchtverhalten - eine Chance, seine Lebensfreude wieder zu gewinnen. (vgl. Sucht 2/2015; Canazei S 104)

Ziel der Sucht-Therapie ist es demnach, dass die Welt wieder mit allen Sinnen zugänglich und erfahrbar wird. So kann das Leben im Hier und Jetzt als gut erlebt werden; das Gegebene anzunehmen gibt Halt und Sicherheit. Der Suchtdruck kann bewusst erlebt werden, ohne ihm nachgeben zu müssen. Erfahrungen von tiefem Gehaltensein werden möglich.

Achtsamkeit

- ↪ hilft, Sehen, Hören, Riechen, Tasten und Schmecken bewusst zu erfahren. Wahrnehmen, was ist und es lernen anzunehmen, das gibt Halt und Sicherheit. So kann der Suchtdruck bewusst erlebt werden, ohne ihm nachgeben zu müssen. Im Annehmen wird das Paradox erfahren, dass er sich verändert und damit kann Halt gefunden werden. Tiefes Gehaltensein wird spürbar und die Berührung mit dem Seinsgrund wird möglich.

= 1. Grundmotivation: **Ja zur Welt**

- ↪ regt das Beobachten von Gefühlen an: „Welche Gefühle sind da, wie verändern sie sich, was sagen sie mir?“Es führt zu Selbstzuwendung wenn man übt, auch unangenehme Gefühle auszuhalten und diese nicht gleich loswerden zu wollen. Dies ist eine Übung in der Selbstannahme. Es entstehen neue gefühlte Beziehungen zu den eigenen Werten. Scheinbar Alltägliches wird zu Besonderem; Dankbarkeit kann sich zeigen und die Kostbarkeit der Dinge wird sichtbar. Der Grundwert Leben-Mögen kann auf

ganz elementare, greifbare, fühl- und spürbare Art und Weise erfahren werden.

= 2. Grundmotivation: **Ja zum Leben**

↗ hilft, den Wert der Dinge, aber auch den Wert des eigenen einzigartigen So-Seins zu erkennen. Man sieht und versteht sich und kommt so zu einer Stellungnahme zu sich. Das Beobachten der Gedanken kann dazu führen zu erkennen, dass Wörter und Bilder lediglich im Bewusstsein entstehen aber keine äußere Realität haben. Das ist eine Übung zur Selbstdistanzierung. Denkmuster werden zunehmend klarer gesehen. Eigene personale Antworten können auf Anfragen des Lebens gefunden werden.

= 3. Grundmotivation: **Ja zu Person**

↗ macht 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 mit mehr innerer Freiheit entschieden und das eigene Tun verantwortet.

= 4. Grundmotivation: **Ja zum Sinn** (vgl. GLE 2/2015, Canazei S 104 ff)

Existenzanalytische Methoden

Es gibt eine Vielzahl von Methoden, die Aspekte der Person ansprechen bzw. stützen und in den Vollzug bringen können; zwei davon möchte ich kurz beschreiben:

Die Grundlage zur Feststellung personaler Fähigkeiten, aber auch der Defizite wird durch die 4 Grundmotivationen bestimmt. Aufbauend auf dieses Wissen können verschiedene Behandlungsmethoden zur Anwendung kommen. Etwa die personale Existenzanalyse (PEA), wenn es darum geht, dem Menschen zu einer authentischen Stellungnahme zu verhelfen. Das Verhalten des Süchtigen ist apersonal und die PEA eine Möglichkeit, den Süchtigen in einer konkreten Situation zu einer personalen Stellungnahme zu führen. Die Hinführung zu einer solchen ist als der beste Schutz vor einer Sucht anzusehen.

In der Phase der Entwöhnung kann speziell die Willensstärkungsmethode hilfreich sein.

Sie ist eine Methode zur Entscheidungsfindung bzw. Stärkung der Entschiedenheit, der Durchhaltekraft und des Ausführungsverhaltens bei willentlich angestrebtem Vorhaben. Sie wurde 1986 von A. Längle entwickelt.

Die personale Existenzanalyse (PEA)

„Die PEA basiert auf dem prozessualen Personkonzept (Person) von A. Längle, wonach die Person ihr Sein im dialogischen Austausch mit der Welt über drei Schritte vollzieht. Sie markieren die drei Grundfähigkeiten personaler Begegnung, sind dafür konstitutiv und schaffen den inneren (subjektiv-intimen) als auch äußeren (begegnenden) Zugang zur Person. Die drei Fähigkeiten bilden im dialogischen Geschehen wie im subjektiven Erleben stets eine Einheit. Darin kommt die Offenheit, Selektivität und Interaktivität (Kommunika-

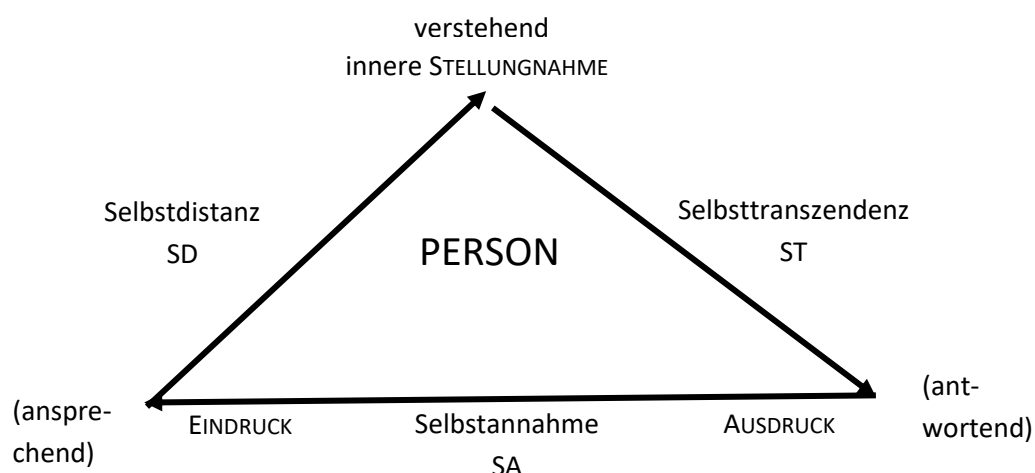
tivität) des Person-seins zum Ausdruck.“ (In: Längle, A. (Hrsg): Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: Tagungsbericht der GLE, 133-160 Längle, 1995)

Die PEA erfolgt in 4 Schritten (vgl. Längle 2009, S 36):

- ↪ PEA 0: Inhaltliche Beschreibung der Fakten. „Was liegt vor? Was ist tatsächlich passiert?“ Kognitive Haltung des Therapeuten.
- ↪ PEA 1: Heben des Eindrucks (primäre Emotion und phänomenaler Gehalt): „Wie ist das für Sie? Was empfinden sie jetzt dabei?“ Empathische Haltung des Therapeuten.
- ↪ PEA 2: Einarbeiten des Eindrucks, innere Stellungnahme. „Was halten Sie persönlich davon? Verstehen sie sich/den anderen? Wie wollen sie damit umgehen?“ Konfrontativ-begegnende Haltung des Therapeuten.
- ↪ PEA 3: Einarbeiten der adäquaten Antwort. „Wie können Sie das realisieren, was Sie wollen? Was möchten Sie konkret unternehmen?“ Schützende-ermutigende Haltung des Therapeuten.

Der Therapeut fragt die jeweiligen Aspekte und entsprechende Fähigkeiten an, um festzustellen, inwieweit sie als Ressource vorhanden und noch zu entwickeln sind. Kommt es zu einer reinen Dynamik Eindruck-Ausdruck ohne Stellungnahme, so wird die Stellungnahme im psychotherapeutischen Prozess erarbeitet. (ebda S 36)

Gerade bei Suchtpatienten fehlt die Fähigkeit zur personalen Stellungnahme, da die Psychodynamik überwiegt. Entsprechend ist das Finden der authentischen Stellungnahme von großer Bedeutung.



Willensstärkungsmethode (WSM)

Die Methode ist klassischerweise indiziert bei Situationen, in denen etwas gewollt wird, aber nicht getan werden kann oder wenn Unklarheit bezüglich des eigenen Wollens besteht. Dies trifft, wie beschrieben, besonders auf die Motivation zur Suchtentwöhnung zu. (vgl. Längle 2009, S 52)

- 1. Grundarbeit: Sammeln der Gründe, die für die Entscheidung zur Abstinenz sprechen. „Wofür ist es gut, dass Sie abstinent leben? Wie realistisch sind Ihre Erwartungen?“
- 2. Problemebene: Sammeln der Gegengründe, um ein Problembewusstsein zu schaffen. Das Hinderliche der Motivation wird angesprochen. „Was könnte Ihnen Schwierigkeiten machen? Was ist der Vorteil am jetzigen Zustand?“
- 3. Verinnerlichung: Wecken der Emotionalität, damit die Werte „begreifbar“ werden und es zu einer kognitiven und emotionalen Entlastung kommen kann. „Haben Sie das, was sie anstreben, schon einmal erlebt? Wie war das? Was war der Gewinn der abstinenten Zeit?“ Durch die emotionale Berührung mit den Werten spürt der Betroffene, dass sein Zielvorhaben nicht nur ein kognitives, theoretisches Konstrukt bleibt.
- 4. Sinnhorizont: Einbindung ins Lebenskonzept. Zeitstruktur zur Verwirklichung mit dem Beginn im Heute. „Womit könnten Sie heute konkret beginnen?“ Die Einbindung der chronischen Krankheit Alkoholismus ins Lebenskonzept bedeutet oft eine existenzielle Neuorientierung.
- 5. Festigung: Entschiedenheit, Vorbauen und Üben (Realisierung). In jeder Situation sollte neuerlich die Entschiedenheit eingeholt werden, Erleichterung der Umsetzung durch Strategien, Methoden und Prophylaxe (Medikamente, Verhaltenstraining). (vgl. Längle 2009, S 94ff)

Verhaltenstherapeutisches Modell

Verhaltenstherapie ist eine in Österreich anerkannte, wissenschaftliche Psychotherapiemethode. Die Verhaltenstherapie wurde vor allem in den USA aus der Lerntheorie entwickelt. Der Kerngedanke ist, dass (problematisches) Verhalten erlernt wurde und auch wieder "verlernt" werden kann, bzw. neue, angemessenere Verhaltensmuster erlernt werden können.

Die Verhaltenstherapie basiert ursprünglich auf den Ergebnissen der experimentellen Psychologie zum Lernen, z.B. der Lehre Pawlows von bedingten Reflexen (Soyka 2008, S 360).

Zunächst wurde sie vorwiegend zur Behandlung von Depressionen entwickelt, später auf den Bereich des Missbrauchs psychotroper Substanzen übertragen (ebd. S 364). Nach verhaltenstheoretischem Verständnis ist Sucht keine Krankheit, sondern ein erlerntes Verhalten, wie anderes, nicht problematisches Verhalten auch.

In der Entstehung und Aufrechterhaltung der Abhängigkeit greifen nach diesem Verständnis eine Reihe von Bedingungen ineinander. Das sind zum einen die zunächst modellhaft (bei Eltern, Freunden oder Idolen) erlernten, später selbst erlebten und schließlich erwarteten positiven Wirkungen (ebda Seite 20) des Suchtmittels, wie etwa Spannungsreduktion, Freisetzung blockierter aggressiver und sexueller Impulse, Selbstsicherheit bei sozialen Kontakten, Gefühlen sozialer Zugehörigkeit etc.

Sucht kann als Hilfsmittel verstanden werden, das dann eingesetzt wird, wenn es belastende Situationen gibt, die anders nicht mehr bewältigbar erscheinen. (vgl. Körkel 2000, S. 25)

Nach Soyka (2008, S.364 ff) besteht das Grundkonzept der verhaltenstherapeutischen Modelle darin, dass die Informationsverarbeitung des Menschen und seine Verhaltensreaktionen hauptsächlich durch Grundannahmen (basic beliefs) im Sinne von Regeln („wenn nötig, kann ich meinen Alkoholkonsum jederzeit kontrollieren“) gesteuert werden, die mehr oder weniger gut mit der Realität übereinstimmen können.

Ursache von Verhaltensproblemen sind vielfach irrationale Annahmen, die zu fehlangepassten Problemen führen und durch die Therapie verändert werden sollen. Solche Strategien haben auch bei der Behandlung von Alkoholikern im deutschen Sprachraum Anwendung gefunden.

Therapieschritte:

- Die irrationalen Annahmen und Einschätzungen, z.B. von sich selbst oder anderen, müssen aufgedeckt und geklärt werden.
- Diese irrationalen Annahmen werden zu neuen Bewertungsschemata (Regeln) verändert
- Die neuen Bewertungsschemata müssen in verschiedenen problematischen Situationen und unter unterschiedlichen Stresssituationen geübt werden.

Lern- und Sozialisationstheorien können zwar durchaus wertvolle Hinweise zu Situationen liefern. Insgesamt jedoch bewegen sich die Theorien ebenso wie die daraus abgeleiteten verhaltenstherapeutischen Ansätze eher auf einer Oberflächenebene von Sucht. Der individuellen Psychodynamik süchtigen Verhaltens wird nicht auf den Grund gegangen. (Kuntz 2000, S 33)

Die Entscheidung für eine bestimmte Art von Psychotherapie hängt davon ab, welche Ziele man hat. Hat man das Bedürfnis, tiefe Einblicke in die Ursachen der eigenen Probleme zu erhalten, ist eine Verhaltenstherapie vielleicht nicht die richtige Wahl. Sie ist

dann sinnvoll, wenn die Betroffenen konkrete Probleme bewältigen möchten und sich weniger für Gründe interessieren.

Gegenüberstellung Existenzanalyse – Verhaltenstherapie

Beide sind psychotherapeutische Verfahren, jedoch mit unterschiedlichen Ausgangslagen:

Ursprung der Verhaltenstherapie ist die psychologische Grundlagenforschung mit dem naturwissenschaftlich-experimentellen Ansatz. Die Terminologie ist naturwissenschaftlich geprägt.

Ursprung der Existenzanalyse ist die phänomenologisch-hermeneutische und existentielle Philosophie und die sozial- und geisteswissenschaftliche Forschung. Die Terminologie ist philosophisch geprägt.

Gemeinsam haben beide die Betonung der Wichtigkeit einer von Empathie, Kongruenz und Echtheit getragenen therapeutischen sicheren und vertrauensvollen Beziehung, auch wenn in der Verhaltenstherapie die Bedeutung der therapeutischen Technik für den Therapieerfolg hervorgehoben wird. (vgl. GLE 1/2017 Schulendiskurs Zirks S 67).

In der Verhaltenstherapie werden Ziele operationalisiert und wie in einem Experiment evaluiert. Sie ergeben sich aus den die psychische Störung aufrechterhaltenden Bedingungen. Hat der Klient gelernt, die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Techniken anzuwenden und sein Wissen in weiteren Situationen zu nutzen, ist oft mehr erreicht, als in Therapien, in denen „nur geredet“ wird. Die Evaluation des Ergebnisses ist von der tatsächlich stattgefundenen Veränderung des sichtbaren Verhaltens abhängig.

Das Ziel der Existenzanalyse ist zunächst, über ein Verstehen der tieferen existentiellen Anliegen des Patienten den Patienten selbst in eine Selbstannahme und Verstehen der eigenen Beweggründe zu bringen.

Dabei wird zunächst an der Person als das „Freie im Menschen“ und dem subjektiven Erleben des Klienten angesetzt. Die Evaluation des Therapieergebnisses ist bestimmt von der vom Klienten erfahrenen, erweiterten Erlebnisfähigkeit, Lebendigkeit, Authentizität und der inneren Freiheit, unter den gegebenen Bedingungen zu stimmigen Entscheidungen zu kommen. (vgl. ebda S 67ff)

Ein konstruktiveres Umgehen mit der Symptomatik ist ebenfalls, wenn auch nachgeordnet, intendiert und findet meist auch statt. Die Handlungs- und Umsetzungsphase ist auch hier für die Sinnerfüllung bedeutsam und gehört zum Therapieprozess dazu, welcher in anschaulicher Weise in der Personalen Existenzanalyse (EA) beschrieben wird. Allerdings ist therapeutische Methodik der personalen Begegnung nachgeordnet, wenn auch Methodenwissen als wichtig erachtet und in der Ausbildung gelehrt wird. (ebda S 68)

Literaturverzeichnis

- DUHIGG CH. (Piper-Verlag 2014 München). Die Macht der Gewohnheit
- FEUERLEIN W. (2008) Alkoholismus. Warnsignale, Vorbeugung, Therapie, C.H.Beck Wissen
- FRANKL V. (München 1986). Am Anfang war der Sinn,
- FRANKL V. (München 1991). Der Wille zum Sinn,
- GLE International Nr. 1/2000. Kongressbericht, Methoden der EA; Längle WSM ua
- GLE International Nr. 2/2015. Plenarvorträge Längle; Musalek M.
Pädagogik: K. Canzei,
- GLE International Nr. 1/2017. EA im Bezug zu anderen Therapierichtung/Schulendiskurs;
Reitinger, Grundannahmen von LT und EA,
Evimova, Andreeva-Chadaeva, Abhängigkeiten
- HALLER R. (Wals bei Salz. B. urg, 2015, 2017). Nie mehr süchtig sein;
Die Macht der Kränkung,
- KRUSE/KÖRKEL/SCHMALZ (Psychiatrie-Verlag Bonn 2000). Alkoholabhängigkeit erkennen
und behandeln
- KUNTZ H. (Basel 2000 Beltz). Der rote Faden in der Sucht- Neue Ansätze in Theorie und
Praxis,
- LÄNGLE (2013 Wien Facultas). Lehrbuch zur Existenzanalyse, Grundlagen
- LÄNGLE A., PROBST, C., (Wien 1997). Was sucht der Süchtige? In: Längle. A, Probst, C.
(Hrsg.): Süchtig sein: Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeit. Tagungsbe-
richt der GLE, Jahrgang (1993). Wien, GLE.
- LÄNGLE, A., TUTSCH, L. (2009 Wien). Existenzanalyse. In: Längle A. (Hrsg.) Lexikon der
Existenzanalyse und Logotherapie. Wien, GLE
- LECHLER (Goch 2004; 2009 Santiago). Gesund ist, wer noch krank werden kann;
Nicht die Droge ist's – sondern der Mensch
- LINDENMEYER J. (Bern 2005 Hogrefe). Alkoholabhängigkeit
- LINDENMEYER J. (Basel 2016 Beltz). Lieber schlau als blau
- MUSALEK M. (Berlin 2016, Parodos). Der Wille zum Schönen
- SCHREIBER D. (München 2014 Hanser). Nüchtern
- SOYKA M., KÜFNER H. (Thieme Verlag 2008). Alkoholismus- Missbrauch und Abhängigkeit

TAG DER MEDIZIN 2007 zum Thema Sucht, Universität Göttingen.

http://www.med.unigoettingen.de/media/global/tag_der_medizin/tdm_2007_00_broschueere_sucht.pdf (08/10)

www.laengle.info/downloads/silvia/2001_Laengle_S_Die_Methodenstruktur_der_Logotherapie.pdf

[www.Symposium „Phänomenologische Forschung in der EA“; Silvia Längle 2007](http://www.Symposium_„Phänomenologische_Forschung_in_der_EA“;_Silvia_Längle_2007)

Anhang: Klient B.

Diagnose

ICD-10	(lt. Reha-Zentrum, Lans):
F 34.8	anhaltende affektive Störungen: Erfüllt nicht die Kriterien für Zylothymia oder Dysthymia, da weder ausreichend schwer noch lang genug anhaltend.
F 60.1	schizoide Persönlichkeitsstörung: ist durch Rückzug von affektiven, sozialen und anderen Kontakten gekennzeichnet mit übermäßiger Vorliebe für Phantasie, einzelgängerisches Verhalten und in sich gekehrter Zurückhaltung. Es besteht ein begrenztes Vermögen, Gefühle auszudrücken und Freude zu erleben
F 10.1	Alkoholmissbrauch
Reha- Aufenthalte:	Lans (2015 und 2016), Maria Ebene (2017), Waiern (Psychosomatik) (2019)

Sozialanamnese

B. ist 49 Jahre alt und lebt alleine.

Er ist das fünfte Kind einer Bauernfamilie mit einem 17-jährigen Abstand zur älteren Schwester. Sein Vater verstarb vor 30 Jahren im 77. Lebensjahr an einem Karzinom, die Mutter vor 3 Jahren im 90. Lebensjahr – sie war in der letzten Zeit dement. Er wohnt im Nebenhaus seines Elternhauses.

B. hat 2 ältere Schwestern im Alter von 66 und 72 Jahren sowie 2 Brüder, welche aber beide schon im 58. Lebensjahr an einem Lungenkarzinom bzw. Herzinfarkt verstorben sind.

B berichtet, er habe eine gute Kindheit gehabt, nur selten einmal eine „gunde Watschn“ erhalten, ansonsten habe er seinen ältesten Bruder als Ersatzvater erlebt. Die Kinder der Brüder seien wie Geschwister für ihn gewesen, da er als absoluter „Nachzügler“ in die Familie hinzugekommen sei und daher altersmäßig diesen näher war.

B. ist Absolvent der BHTL und bei der ÖBB als Fahrdienstleiter tätig.

B. hatte 2015 innerhalb der ÖBB seinen Arbeitsplatz wechseln müssen und sich dort durch sein neues Amt (Übergang von einem kleinen auf einen großen Bahnhof) überfordert gefühlt.

B. wurde in der Folge von seiner behandelnden Fachärztin für Psychiatrie ins Reha-Zentrum Lans überwiesen, da die Symptomatik lang anhaltend und komplex war, sodass eine Rehabilitationsbehandlung bzw. ein umfassendes therapeutisches Angebot sinnvoll erschien.

B. hat 2015 einen 6wöchigen (Herbst) Aufenthalt und 2016 einen 8wöchigen (März – Mai) Aufenthalt im Rehabilitationszentrum Sonnenpark in Lans, 2017 einen 6wöchigen in Maria Ebene und 2019 einen 4wöchigen in Waiern verbracht.

Therapiebeginn

Phänomenologie des Erscheinungsbildes

B. kommt ganz pünktlich zur vereinbarten Stunde.

B. „Ich schaue mir zu, wie mir mein Leben passiert; jetzt ist noch der Alkohol dazugekommen“ – sind die ersten Worte von B.

B. ist groß und schlank, die Gesichtsfarbe etwas blass, die Kleidung gepflegt und bieder. Im Gespräch macht er einen unsicheren Eindruck, seine Haltung mir gegenüber ist sehr respektvoll. Auffallend ist auch seine „Obrigkeitshörigkeit“ dh ich spüre eine tiefe Unsicherheit in der Kommunikation, insbesondere wenn er von Personen spricht, die er für „besser gebildet“ ansieht.

Sich selbst attestiere er eine gewisse Überheblichkeit, weil er meine, immer alles „im Griff“ zu haben, obwohl ihn die Realität immer wieder einhole. Das sei auch sein Problem. B bezeichnet das als „Spielchen“ das er treibe.

B. habe schon einige Jahre Therapie hinter sich, wisse also schon sehr viel darüber „wie er ticke“. Er beschäftige sich sehr mit sich, wisse Vieles über Alkohol bzw. Alkoholsucht. Er besitze eine große Anzahl an „Fachliteratur“, habe also beachtliches theoretisches Wissen, könne aber nichts davon in die Praxis umsetzen, betont er immer wieder. Auch seine oftmaligen Besuche bei den „Anonymen Alkoholikern“ hätten ihn da nicht weiter gebracht.

Über Empfehlung sei er nun zu mir gekommen, weil er das Gefühl habe, dass er in der bisherigen Therapie „anstehe“. B. bittet mich, mit ihm Klartext zu sprechen, er wolle kein „Drumherumreden“, er könne damit nichts anfangen. Alles klingt nach Verzweiflung und nicht nach rationalen Überlegungen.

Ausgangssituation – Problematik

B. spricht über sein kontaktarmes Leben, seine diesbezüglichen Ambivalenzen dh einerseits den sehnlichen Wunsch nach Kontakt, andererseits das Unvermögen, diesen aufzunehmen bzw. zu halten sowie die verbietenden und selbstabwertenden inneren Instanzen. Er blockiere sich selbst, indem er gleich denke „das geht eigentlich nicht“. Vor allem aber mache er sich über seinen zunehmenden Alkoholkonsum Sorgen. Zwar trinke er nicht, wenn er seinen Dienst anzutreten habe, aber er fürchte, dass er diese Hürde irgendwann nicht mehr aufrecht erhalten werden können. (Wie sich später auch zeigen wird.)

Bezüglich seiner Persönlichkeit wisse B. schon viel über sich selbst: er sei zwanghaft, menschen-scheu, traue sich nicht, auf andere Menschen zuzugehen oder jemanden anzurufen. Er denke, dass das mit seinem Aufwachsen auf einem Bauernhof zu tun habe.

Ihm sei bewusst, dass er aufgrund von Beziehungserfahrungen in der Kindheit und Jugend eine Reihe von hinderlichen Denkweisen wie z. B.: „ich brauche niemanden“, „du machst es besser als alle anderen“, übernommen habe. Er wolle immer alles rational lösen. Das Sprechen über persönliches Erleben bzw. über Gefühle und Bedürfnisse sei ihm fremd bzw. falle ihm sehr schwer.

Ziel der Therapie

- ↪ B. wolle vom Alkohol wegkommen, seinen Arbeitsplatz bzw. seine Position dort nicht verlieren,
- ↪ von der Selbsterkenntnis zur Selbstakzeptanz und Umsetzung der Erkenntnisse kommen,
- ↪ mehr Lockerheit und Freude im Leben zulassen,
- ↪ Kontakte zu Mitmenschen knüpfen und diese auch pflegen.

Psychopathologie

- ↪ unsicherer Grundwert – Gefühle der Leere und Spannung; kein oder wenig Grund um „Ja“ zum Leben zu sagen

- ↪ geringer Selbstwert – Freiheitsverlust und Selbstverleugnung; „müssen“ statt „wollen“
- ↪ Wertemangel – das natürliche Werterleben ist blockiert, der Grundwert ist verstellt
- ↪ Sinnverlust
- ↪ die zuständige Seite des Lebens, der Wille zur Lust wird überbetont
- ↪ Beeinträchtigung der noetischen Ebene
- ↪ Kompromissbildung zwischen Wunsch und Abwehr – Suchen und Fliehen

B. leidet darunter, dass er Werte nicht spüren kann. Er entwickelt einen Hunger nach Leben, hinter dem ursprünglich ein Hunger nach existenziellen Werten steht.

B. steht existenziell nicht zu seinem Suchtverhalten und lebt daher in innerer Dissonanz. Er lebt in einer Haltung des Nicht-Wahrhaben-Wollens und der Leugnung.

In der Sucht ist B. nicht willenslos, aber a-personal. Sucht ist nicht das Problem des Willens, sondern des nicht mehr Berührt-werdens von realen Werten.

Der Aspekt der Sucht zeigt auf, dass das Leiden in der Sucht besonders stark mit der Ohnmacht des Willens verbunden ist. Darum steht in der Sucht das Erleben der Abhängigkeit im Vordergrund: B. ist unfrei, er kann nicht tun, was er will, er kommt vom Alkohol nicht los.

Therapieverlauf

- ↪ Es geht darum, seine Trinkgewohnheiten zu analysieren, die Hintergründe zu erheben. B. liest dazu sehr viel einschlägige Literatur und weiß genau über die Wirkung von Alkohol - und was damit zusammenhängt - Bescheid.
- ↪ Anamnese um ein Bild von Art und Ausmaß der Pathologie zu bekommen
- ↪ Erhebungen der Art: welcher? wann? wie oft? wie lange? seit wann? Welche Auswirkungen hat es?
- ↪ Laufend Anwendung verschiedener Methoden (z. B. WSM), den Alkoholkonsum zu reduzieren, um die gesundheitlichen Kriterien für die Arbeit zu erfüllen: Drei bzw. vier Reha-Aufenthalte haben keinen nachhaltigen Erfolg gebracht. Nun will B. sein Alkoholproblem mit Hilfe der Einzeltherapie in den Griff bekommen.

Aufgrund seiner Vorgeschichte wird B. von seinem Dienstgeber in bestimmten Abständen auf seine Diensttauglichkeit überprüft. Bei Überschreiten der zulässigen med. Werte wird er dann solange vom Dienst freigestellt, bis der med. Check wieder ok ist bzw. droht in der Folge der Verlust des Arbeitsplatzes, wenn er diese Kriterien nicht erfüllt.

Das vorherrschende Problem ist die Angst, seine – doch anspruchsvolle – Tätigkeit als Fahrdienstleiter nicht mehr ausführen zu dürfen, wurde er doch aufgrund seiner Vorgeschichte ohnehin schon von einem „großen“ auf einen „kleinen“ Bahnhof versetzt. Diese Kränkung müsse er unbedingt vermeiden.

- ↪ Nebst eingehender Beschäftigung mit Selbstwert, Selbstwahrnehmung, Wertschätzung, Scheitern, Beziehung usw. steht vor allem das Thema Alkoholmissbrauch/Alkoholsucht im Vordergrund.
- ↪ Immer wieder Einübung von Vertrauen, Ruhe, Halt, Präsenz - wichtiger Elemente der ersten Grundmotivation - durch Atemübungen (spiegelt die situative Verfassung des Daseins: leicht – „ich fühle mich leicht“; schwer – „ich trage schwer“; anstrengend – „ich lebe anstrengend“, gepresst – „es bedrängt mich was“, stocken – „ich erlebe einen Schrecken“) oder auch die phänomenologische Dialogübung der Sesselmethode = Sonderform der Dereflexion (übertriebene Aufmerksamkeit wird von einem Symptom bzw. einem natürlichen Vorgang abgezogen).
- ↪ Üben der Selbst-Distanzierung; B. stimmt der Bekämpfung der Sucht zu. Wir finden Mittel, die ihn am Alkoholkonsum hindern (z. B. Gartenarbeit, Renovierung der Wohnung, Holzarbeiten im Wald, Besuch bei den Anonymen Alkoholikern, Fortbildungskurse in EDV etc). Immer wieder kommt dazu, dass er Vorgenommenes nicht einhält.
- ↪ mehrmalige Versuche einer paradoxen Vorgangsweise, dh freiwilliges Vorweggehen in der Sucht. B. lehnt dies aber ab; Er ist der Meinung: entweder alles oder gar nichts.
- ↪ durch Interposition (Telefonate, SMS) sowie SD gelingt es lange Zeit, die Voraussetzungen für das Ausüben seiner Tätigkeit als Fahrdienstleiter zu erfüllen und so den med. Check zu bestehen.
- ↪ Schließlich ein folgenschwerer Rückfall: B. will sich „endgültig“ vom Alkohol verabschieden, will noch einmal trinken.

(PEA: „Wie kam es zu diesem Entschluss? Warum, was war der Anlass? Ich möchte das verstehen. „Was war das? Was hat Sie berührt“ „Wie wäre es, dieses Problem nicht mehr zu haben?“)

- ↪ B wird vom Dienst freigestellt. Es gelingt ihm jedoch nicht mehr, die bereits erprobte Vorgangsweise wieder aufzunehmen. Er verliert zusehends die Kontrolle, trinkt mehr als vorher.
- ↪ die Voraussetzungen, den nächsten med. Check positiv zu überstehen, sind nicht gegeben. Um Zeit für einen neuerlichen Anlauf zu gewinnen geht B. in Absprache mit seiner Psychiaterin in einen längeren Krankenstand dh in das Krankenhaus für Psy-

chosomatik nach Waiern (4 Wochen). Danach verfällt er sehr schnell wieder in das alte Muster.

- Es folgt das Einbinden des Rückfalls in den Therapieprozess. Schuld- und Schamgefühle werden nicht überbewertet; der Rückfall nicht als Versagen angesehen. Laufend werden Alternativen für Rückfallsituationen erarbeitet.

Reflexion der Therapie

Schwerpunkt der therapeutischen Arbeit (Methodik, Intervention, Gesprächsführung)

Arbeit an der inneren Leere: B braucht mein Gegenüber. Wo Spiegelung und Beantwortung, dh Worte für das Wahrgenommene fehlen, braucht es mich; ich gebe Antworten damit das Wahrgenommene zugeordnet werden kann und sich Worte finden für das, was ist und vielleicht auch noch nicht verstanden wird. Es braucht mich als Therapeutin, die da ist und auch Unaushaltbares aushalten kann.

Bevor an eine Abstinenz oder längerfristige Kontrolle des Alkohols gedacht werden kann, müssen in der Therapie die fehlenden personalen Fähigkeiten erlernt werden. B. hat nur eine Chance, wenn die strukturelle Festigkeit vorhanden ist. Nur so kann er sich der Sucht entgegenstellen, denn das Suchtgedächtnis mit den gespeicherten Belohnungserfahrungen und der Wunsch, die innere Leere zu vermeiden, sind sehr mächtig.

Selbst wenn B. schon längst keine innere Zustimmung mehr zum Alkoholkonsum hat, ist die Mächtigkeit des Suchtdrucks so groß, dass es ihm nicht möglich ist, dem zu widerstehen. Damit verbunden sind dann entsprechend die Versagensängste und eine Hoffnungslosigkeit, die immer wieder eine zeitweise Resignation zur Folge haben.

Existentiell gesehen ist es für B wichtiger, sich nicht im Stich zu lassen und zu sich zu stehen, als nicht zu trinken. Das bedeutet, dass er sich in seiner Schwäche sieht und auf die Realität Bezug nimmt. Basales Leitmotiv (Existenzanalyse GLE/2/2015) „Man soll nicht mehr tun als man kann.“ Die Annahme der Alkoholabhängigkeit ist die Voraussetzung für den Therapiefortschritt. Besonders schwierig ist es für B., die chronische Krankheit Sucht anzunehmen, eine Krankheit, von der es keine Heilung gibt. In diesem Zusammenhang weise ich immer wieder auf die Freiheit der Entscheidung und die Eigenverantwortlichkeit hin.

Selbst-Annahme: akzeptierende Zuwendung zu sich selbst und seinen Gefühlen.
Es braucht Selbst-Distanzierung zu sich und seiner primären Emotion, um ihren phäno-

menalen Gehalt zu sehen zu bekommen und zu verstehen, worum es in ihr geht und welche Bedeutung das für das eigene Leben hat. SD ist die Fähigkeit, einen Abstand sich selbst gegenüber einzunehmen, der es ermöglicht, mit dem Gefühl umzugehen. Was kann B. tun, um sein zu können und damit die Grundlage allen Motivierens, Handelns und Existierens zu schaffen? Annehmen und Aushalten. Stärkster Schutz für das Sein-Können, wenn wir ein Angenommen-sein erfahren bzw. erfahren haben.

Entscheidend: Je mehr Angenommen-Sein man in sich trägt, desto mehr ist man freigegeben zum Annehmen-Können des anderen und desto leichter wird die Selbstannahme. B. schafft es nicht, sich vom Suchtverlangen zu distanzieren: Der innere Dialog (Selbstkonfrontation) macht es deutlich. Immer wenn das Gefühl aufkommt, dass er der Sucht bald nicht mehr widerstehen kann, sollte er sich entscheiden, die Sucht diesmal freiwillig zu leben, bevor er sich zu ihr gezwungen fühlt.

Schritte der existenzanalytischen Behandlung: PEA

Ziel ist die Selbstfindung als Person: ein Leben in Einverständnis, Zustimmung und Achtung. Inhaltlich geht es um das Bergen von Emotionen und Einarbeiten in die personale Integrität und in authentisches Verhalten. Ebene der Emotionen, des Denkens, des Handelns; aufdeckende, bearbeitende Methode.

Der Schwerpunkt richtet sich zentral auf die Person und fokussiert dabei ständig die innere Zustimmung, die auf Basis des Erlebens stimuliert und eingehalt wird.

Die Methode der PEA erfolgt in vier Schritten:

PEA 0: Beschreibung: Erfassen des Geschehens und der Fakten ist Voraussetzung für die Aktivierung personaler Ressourcen. „Was liegt vor? Was ist tatsächlich passiert?“ Wahrnehmen von konkreten, realen Gegebenheiten; Beziehungsaufnahme zum Geschehen. (deskriptive Vorphase)

PEA 1: Eindruck: B. soll Föhlung zu sich aufnehmen. Fokussierung darauf, wie es ihm mit dem Trinken geht, „Wie erleben Sie das? Wird es dadurch besser oder schlechter?“. B. soll auf das Erleben Bezug nehmen und nicht auf das Denken. (Phänomenologische Analyse)

PEA 2: Stellungnahme: Die Aufmerksamkeit wird auf das Erleben von Zustimmung gelenkt und es wird versucht herauszufinden, wo Zustimmung gegeben werden kann und was der eigentliche Wille ist. „Sind Sie mit dem Trinken einverstanden? Verstehen Sie, dass Sie trinken? Wollen Sie eigentlich trinken oder passiert Ihnen das mehr? Sind Sie mit Ihrem Trinken, der Menge, der Art usw. einverstanden? Wofür wollen Sie trinken? Was wird dann besser?“ (Authentische Restrukturierung)

PEA 3: Ausdruck: Handeln mit Zustimmung. Fokussierung auf: „Wie könnten Sie das konkret umsetzen, was müssten Sie dafür jetzt tun?“ Suchen und Einsetzen von Mitteln (Methode der Interposition), die einen Rückfall verhindern könnten. (Selbstaktualisierung)

Schlussbemerkung

Vielleicht muss B. noch mehr erfahren und leiden, um wirklich reif für den Schritt zu werden, sich selbst anzunehmen und zu seinen Schwächen und Stärken zu stehen und nicht das Unmögliche von sich zu fordern, sondern sich darauf einzustellen, dass er es vorerst einfach nicht lassen kann, obwohl er weiß, dass es sehr schädlich ist.

Ich sehe mich als wohlwollende Verbündete im Umgang mit der Sucht; ich möchte, dass er durch mich die positive Zuwendung sich selbst gegenüber in Gang bringt, dass er lernt, zu sich zu stehen! Ich bin die Induktion!

So wie ich mich B. gegenüber verhalte, so soll er mit sich selbst umgehen. Das soll es ihm ermöglichen, sich seiner Situation zu stellen und das „Eigentliche“, worum es in seiner Sucht geht, zu finden. Dort, wo die Sucht bisher Partner war, braucht B einen neuen Partner, bevor er sich schlussendlich selbst zum Partner werden kann. Dieser vorübergehende Partner bin ich. Da B. auch eine PS-Störung hat, achte ich besonders auf meine Haltung ihm gegenüber und reflektiere diese ständig.

Ich muss gut bei mir bleiben, klar sein und meinerseits authentisch Stellung beziehen, einerseits im Sinne einer Vorbildfunktion, andererseits, um nicht in eine Co-Abhängigkeit zu verfallen.

Ich möchte, dass es B. besser geht, dass er seine persönlichen Werte spüren lernt, als Voraussetzung dafür, sich selbst als wertvoll ergreifen zu können und sich zu mögen. Die stärkste Kraft ist das Gefühl – nicht der Kopf! Diese Kraft kommt aus dem Mögen. Sie vermag, wenn die Zeit reif geworden ist, die Dynamik der Sucht zu überwinden. Bis dahin will ich B. begleiten, zu ihm stehen, mit ihm das Noch-Unvermögen aushalten und ihm deutlich vermitteln, dass ich den Glauben an ihn als einzigartige, wertvolle Person, dass ich die Hoffnung nicht aufgebe.