

# (Selbst) Süchtig

## Grundlagen und Falldarstellung der Existenzanalytischen Psychotherapie von Süchtigen mit einer Persönlichkeitsstörung des Selbsts

Abschlussarbeit für die fachspezifische Ausbildung in Existenzanalyse

Juni 2004

eingereicht von: Michael Adametz

eingereicht bei: DDr. Alfried Längle

Dr. Jana Bozuk

angenommen am ..... von:

angenommen am ..... von:

# ABSTRACT

---

Nach einer kurzen Einführung in die anthropologischen Grundlagen der Existenzanalyse werden allgemeine Aspekte der Sucht erörtert und die Borderline-Persönlichkeitsstörung beschrieben. Es geht um die Auseinandersetzung mit der Frage, auf welchen Grundmotivationen die Wurzeln zur Entstehung der Sucht anhand des Beispiels des Drogenmissbrauches zu finden sind.

Ein weiterer Schwerpunkt dieser Arbeit ist ein Fallbericht über einen Patienten, der an Drogenmissbrauch und an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leidet. In dieser existenzanalytisch geführten Psychotherapie konnte eine Veränderung und eine berufliche und soziale Integration erreicht werden.

**Schlüsselwörter:** Existenzanalyse, Sucht, Borderline-Persönlichkeitsstörung, existentielle Grundmotivationen, Falldarstellung

After a short introduction into the Existential Analytical concept general aspects of the addiction are discussed and the borderline personality disorder are described. This is the attempt to find out the roots of the addiction on the fundamental motivations at the example of drug-abuse.

The point of emphasis lays on a case study of a patient who is suffering from a drug abuse with a borderline personality disorder. In that existential-analytically conducted psychotherapy a recovery and a professional and social integration could be achieved.

**Keywords:** Existential Analysis, addiction, borderline personality disorder, existential fundamental motivations, case study

# INHALTSVERZEICHNIS

---

1	Einleitung .....	5
2	Theorieteil .....	6
2.1	Dimensionen des Menschseins .....	6
2.1.1	Sucht führt zu apersonalem Verhalten .....	7
2.2	Grundmotivationen .....	8
2.2.1	1. Grundmotivation: Dasein-Können .....	8
2.2.2	2. Grundmotivation: Wertsein-Mögen .....	9
2.2.3	3. Grundmotivation: Selbstsein-Dürfen .....	10
2.2.4	4. Grundmotivation: Sinnvolles Wollen .....	10
2.3	Sinn und Werte .....	11
2.3.1	Wertkategorien .....	12
2.3.2	Süchtige sind nicht selbst-transzendent .....	12
2.4	Personale Existenzanalyse .....	13
2.5	Störung der Drogen-Sucht .....	15
2.5.1	Haltungen und Mangelsyndrome der Sucht .....	16
2.5.2	Therapieschwerpunkte .....	16
2.6	Störung der Borderline-Persönlichkeit .....	17
2.6.1	Therapieschwerpunkte .....	18
3	Praxisteil .....	20
3.1	Falldarstellung Josef .....	20
3.1.1	Das Erstgespräch .....	20

3.1.2	Das Leiden	22
3.1.3	Der Selbstwert	22
3.1.4	Die Persönlichkeitsstörung	25
3.1.5	Das Hauptthema	27
3.1.6	Die Mobilisierung innerer Kräfte	30
3.1.7	Die Vertiefung des Grundwertes	32
3.1.8	Die Wertberührung	33
3.1.9	Der Trauerprozess	35
3.1.10	Die Neuorientierung	36
3.2	Zusammenfassung	38
3.3	Reflexion und Diskussion	40
3.3.1	Rückfall und Therapieabbruch	42
4	Anhang	44
5	Literatur	46

# 1 EINLEITUNG

---

Diese Abschlussarbeit der fachspezifischen Ausbildung zum Existenzanalytiker habe ich ohne Hast und sehr sorgfältig, überlegt und bedacht geschrieben. Ich fühlte, dass ich diese Arbeit in mir noch reifen lassen musste. Und das war gut so! Durch meine praktischen Erfahrungen habe ich mehrfach erlebt, dass ein mehr an Wissen nur dann wirklich ein Mehr darstellt, wenn es gelingt, in Theorie und Praxis jeweils des Eigene oder *Personale* herauszustreichen und benennen zu können.

Es ging mir daher in der vorliegenden Arbeit darum, den speziellen, einzigartigen und personalen Zugang, den die *Existenzanalyse* zu bieten hat und der mich seit jeher faszinierte und begeisterte, im Theorieteil hervorzuheben. Im anschließenden Praxisteil habe ich mich bemüht, anhand der Falldarstellung eines drogenabhängigen Patienten die existenzanalytische Psychotherapie zu veranschaulichen und besonders die Person des beschriebenen Klienten sichtbar zu machen, ihr nachzugehen und nahezukommen. Beim Schreiben habe ich mehrfach gespürt, wie schwer es ist, das Erleben eines phänomenalen Gehaltes in Worte zu fassen, ihm mit diesem Versuch trotzdem gerecht zu werden und alles danach noch theorie- und therapiekonform zu Papier zu bringen.

Da ich seit einigen Jahren in der Behandlung von Suchtpatienten im Justizbereich tätig bin, schien es mir naheliegend, die Psychotherapie eines Drogenpatienten vorzustellen. Um es noch herausfordernder zu machen, liegt hier zusätzliche eine Komorbidität vor, eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Existenzanalytisch gesprochen, ist dies eine Persönlichkeitsstörung auf der dritten personal-existenziellen Grundmotivation, also einer Störung des *Selbst*. Daher habe ich dieser Arbeit auch den Titel *(Selbst-)Süchtig* gegeben.

Beginnen möchte ich nun mit einem knappen Überblick über die existenzanalytische Anthropologie, von den Gründungsvätern über den Person-Begriff und die Personale Existenzanalyse (PEA) bis hin zu den Störungen Sucht und Borderline. Im Anschluss daran folgt die Falldarstellung, eng angebunden an die existenzanalytische Theorie.

## **2 THEORIETEIL**

---

Der Wiener Neurologe und Psychiater Dr. Viktor E. Frankl entwickelte in den 20er und 30er Jahren die Existenzanalyse und Logotherapie. Er verwendete den Begriff *Existenzanalyse* als Anthropologie und Theorie über die Bedingungen erfüllter Existenz und *Logotherapie* als praktische Anwendung der Sinnthematik. Frankl selbst wurde als Jude von den Nazis in vier KZ verschleppt und überlebte dank seines Lebenswillens und Sinn Glaubens. DDr. Alfried Längle entwickelte in den 80er Jahren die Existenzanalyse zu einer eigenständigen, psychotherapeutischen Richtung, die im Vorfeld der Sinnthematik motivationale, emotionale, biografische, selbst- und fremdwahrnehmungsspezifische Bereiche bearbeitet.

### **2.1 DIMENSIONEN DES MENSCHSEINS**

Die Existenzanalyse bezeichnet die Ganzheit des Menschen durch das Zusammentreffen von drei verschiedenen Seinformen, die eine untrennbare Einheit in ihm bilden: Der Mensch ist leiblich (physisch), seelisch (psychisch) und geistig (personal) zugleich. Er setzt sich aber aus diesen drei Dimensionen nicht einfach zusammen, sondern entsteht vielmehr als Einheit erst dadurch, dass sich das Geistige mit dem Psychophysischen *aus-ein-ander-setzt*. (Frankl 1990, S. 176)

Die drei Dimensionen entwickeln ihre eigenen Dynamiken, die sich relativ unabhängig voneinander entfalten und in die motivationalen Strebungen einfließen. So kann das körperliche Streben mit der Suche nach Halt parallelisiert werden (1. existentielle Grundmotivation), das psychische Streben mit der Suche nach Leben (2. Grundmotivation), das Personale mit dem Streben nach Selbstsein (3. Grundmotivation) und der Existenzvollzug als „4. Dimension“ mit der Suche nach Sinn. Ein mögliches Auseinanderstreben der Dimensionen des Menschseins kann zu Spannungen und motivationalen Konflikten führen.

## 2.1.1 SUCHT FÜHRT ZU APERSONALEM VERHALTEN

Das Leiden des Süchtigen offenbart sich in den Folgen von Freiheitsverlust. Es treibt ihn zu einem Verhalten, das der Person des Menschen nicht mehr gerecht wird. Dieses apersonale Verhalten führt zum Verlust von Beziehung (zu sich selbst und anderen), von Freiheit und Verantwortung. Das eigene Leben kann nicht zur Sinnhaftigkeit geführt werden, da der süchtige Mensch die personal-existenzielle (geistige) Dimension nicht lebt. Nicht-Süchtigen wird im Erleben dieses Freiheitsverlustes das Leiden schaffende Suchtgeschehen und die Frage der Verantwortung für die eigene Freiheit besonders deutlich bewusst.

Die ersten beiden Dimensionen des Menschseins, die somatische und die psychische Ebene, drücken oftmals die Befindlichkeit des Menschen aus und spannen sich zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit (somatische Ebene) und den Polen Lust und Unlust (psychische Ebene). Hat die erste die Intention des körperlichen Funktionierens, also der Erhaltung und Gesundheit des eigenen Körpers, so geht es auf der zweiten um das Wohlbefinden im eigenen Körper, also um angenehme Gefühle und Spannungsfreiheit. Die dritte Dimension des Menschseins ist die personal-existenzielle oder noetisch-geistige Ebene und betrifft den Mensch in den Polen von Erfüllung einerseits und Verzweiflung bzw. Leere andererseits. Der eine Pol betrifft das Erleben von *wahr, gut, gerecht/stimmig* und *sinnvoll*, der andere das Erleben von *unwahr, schlecht, ungerecht* und *sinnlos*.

In der Sucht ist der Mensch beherrscht vom Psychophysischen, also von den ersten beiden Dimensionen. Auf der somatischen Ebene bilden sich bei manchen Suchtformen ein „Craving“ und oftmals schwere, körperliche und chronische Folge- oder Begleiterkrankungen aus. Dies verstärkt das Streben nach der Ausrichtung auf den Pol der Lust auf der psychischen Ebene. Alles Angenehme wird verfolgt. Wie alle psychisch Kranken, die sich mehr am Angenehmen orientieren, ganz gleich, ob es nun sinnvoll ist oder nicht, schauen auch die süchtigen Menschen im Fadenkreuz der Wirklichkeit auf den Vollzug alles Angenehmen. Jede Spannungsreduktion wird zum Selbstzweck und Lebensinhalt. Nur dies alleine erscheint sinnvoll, ganz gleich, ob manchmal auch Unangenehmes sinnvoll sein kann. Die wichtige Unterscheidung von *angenehm* und *richtig/gut/sinnvoll* bleibt aus. Was angenehm ist, muss nicht richtig sein, was wertvoll ist, nicht immer angenehm.

Das Geistige aber ist die Dimension des Menschseins, die dazu befähigt, zum eigenen Leben Stellung zu nehmen und es in Freiheit und Verantwortung zu gestalten. Hier wird die Person in ihrem einmaligen und einzigartigen Gewordensein angefragt. Als geistiges Wesen geht es dem Menschen um Sinn und Wert im Leben, um Themen wie Halt, Gerechtigkeit, Freiheit, Verantwortung etc. Dieser Stellungnahme weicht der Süchtige aus. So wird die personal-existenzielle Dimension nicht gelebt und das Leben nicht zur Sinnhaftigkeit geführt. Die *personal-existenzielle Dimension* hat die Fähigkeit, sich mit dem Leiblich-Seelischen auseinanderzusetzen.

## 2.2 GRUNDMOTIVATIONEN

Neben den körperlichen und psychischen Motivationskräften bewegen den Menschen vier personal-existenzielle Grundmotivationen. Die Person gibt ständig innere Antworten auf die Fragen, die das Leben an sie stellt und die sich in folgende vier Grundfragen zusammenfassen lassen:

Die **basale Grundfrage der Existenz** lautet: *Ich bin – kann ich sein?*, die **qualitative Grundfrage nach dem Leben** lautet: *Ich lebe – mag ich leben? Ist es gut, dass ich da bin?*, die **zentrale Grundfrage der Person** lautet: *Ich bin ich – darf ich so sein?* und die **Sinnfrage der Existenz** lautet: *Ich bin da – wofür ist es gut? Was soll ich tun?*. Diese Fragen entsprechen den vier personal-existentiellen *Grundmotivationen*, wie sie Längle (1999, S. 18ff) beschreibt.

### 2.2.1 1. GRUNDMOTIVATION: DASEIN-KÖNNEN

Der Mensch braucht *Halt, Raum und Schutz*, um das Sein (Eigenes wie Anderes) annehmen und aushalten zu können. Er erlebt dies vor allem in der Erfahrung von Halt in inneren und äußeren Strukturen, durch die Festigkeit und Beständigkeit des Gegebenen, in seinen Fähigkeiten etc. Das Erleben von Halt, Raum und Schutz bildet die Basis für die Erfahrung, von einem *Seinsgrund* getragen zu werden, das Fehlen führt zur Grundverunsicherung und Grundangst als generalisierte Erfahrung des Haltverlustes. Die **Grundfrage der Existenz** lautet: *Ich bin da - aber kann ich da sein? - Habe ich den Raum, den Schutz, den Halt dafür?* Diesen erfährt der

Mensch vor allem im Angenommensein, was ihm selbst erlaubt, annehmen zu können. Annehmen können hat somit die Sicherheit der eigenen Existenz zur Voraussetzung. (vgl. Längle 1996, S. 150ff)

## **2.2.2 2. GRUNDMOTIVATION: WERTSEIN-MÖGEN**

Die Qualität des Lebens erfährt der Mensch durch das, was ihm nahe geht, wovon er berührt wird. Damit er das Leben als lebenswert empfinden kann, muss er sein eigenes Sein als ein gutes empfinden. Er erfährt sich als Wert im Gemocht- und Geliebt-Werden, in wohlwollenden Begegnungen und im Austausch, durch Wärme und Geborgenheit etc. Die Erfahrungen, wertvoll und lebenswert zu sein, stellen die Basis dar, aus der heraus der *Grundwert* entstehen kann: „*Im Grunde ist es gut, dass es mich gibt.*“. Der Grundwert eines Menschen ist von zentraler Bedeutung dafür, dass ein Mensch als Liebender und nicht nur als Bedürftiger in die Welt hinaus gehen kann, dass er etwas oder jemanden mögen kann. Der Grundwert ist die Basis des Wertfühlers. Die **Grundfrage des Lebens** lautet: *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 und Liebe. Das öffnet ihn selbst, um sich anderem zuwenden zu können. Sich etwas oder jemandem zuwenden zu können hat zur Voraussetzung, dass das eigene Leben als Wert empfunden wird (*Es ist gut, dass es mich gibt.*). Dies ist die Bedingung für das Wertempfinden.

### **2.2.2.1 ANTWORTLOS AUF DIE GRUNDFRAGE DES LEBENS**

Die innere Spannung und Leere des Süchtigen offenbart einen unsicheren Grundwert. Der Süchtige ist sich nicht sicher, ob er leben mag. Er hat keinen Grund, um zum Leben *ja* zu sagen. Süchtige nehmen oft nur sehr spät Hilfe in Anspruch, weil ihnen die 4. Grundmotivation fehlt. Das Werterleben ist blockiert, da der Grundwert *verstellt* ist (vgl. Längle 1996, S.146 ff). „*In der Sucht ist der Mensch unklar in seinem Wollen. Er zögert, ob er in die Suchtstreben einwilligen soll oder sich gegen sie stellen will. Er weiß und spürt eingangs noch klar, dass er nicht soll, dass es nicht richtig sei (Ebene der 3. Grundmotivation: Selbstsein vs. Fremdsein), aber er mag*

*und kann bald nicht mehr dagegen aufkommen (1. und 2. Grundmotivation werden stärker).“* (Längle, Probst 1997a, S.82). In der Sucht wird das Erleben zum Drang und als *ich will es* erlebt. Das Verlangen erscheint dem Süchtigen nach Befriedigung der Sucht unsteuerbar. Der Süchtige will spüren, dass das Leben gut und beglückend ist. *„Der Stimulus der Droge, der Sex, der Beziehung usw. treibt das Lebensgefühl aus dem Schattendasein in das grelle Licht intensiven Erlebens.“* (Längle, Probst 1997a, S.86). Es geht darum, das Leben zu fühlen und zu erleben, dass es *gut* ist zu leben.

### **2.2.3 3. GRUNDMOTIVATION: SELBSTSEIN-DÜRFEN**

Dem Menschen geht es nicht nur um Beachtung, sondern auch um Achtung und Wertschätzung seiner individuellen Art und Eigenart. Aus der Anerkennung durch andere heraus lernt er, zu sich selbst in respektvoller Weise Stellung zu beziehen und sich als eigenständiges Individuum von anderen abgrenzen zu können. Diese Erfahrungen bilden die Basis für den *Selbstwert*. Sind sie ausreichend gegeben, so kann dieser Mensch zu sich stehen, er darf er selbst sein. Die **Grundfrage der Person** lautet: *Ich bin ich - aber darf ich sein, wie ich bin? Erfahre ich die Wertschätzung, die Achtung, den Respekt, den Selbstwert?* Dies erfährt der Mensch vor allem durch Anerkennung, Ernst-genommen-werden und aktiv durch das Einstehen für sich. Das erleichtert ihm, andere Menschen anerkennen zu können. Anerkennen können hat zur Voraussetzung die sichere Abgrenzung des Eigenen von dem anderen. Den Zugang zum Eigenen haben süchtige Menschen oftmals noch gar nicht gefunden.

### **2.2.4 4. GRUNDMOTIVATION: SINNVOLLES WOLLEN**

Der Mensch erfährt, dass er erkennen und erspüren kann, was in der jeweiligen Situation angefragt und gefordert ist. In Freiheit und Verantwortung ist es ihm möglich zu prüfen und zu entscheiden, was zu tun gut und richtig für ihn und auch für andere, für die Welt ist. Durch sein Tun und Handeln erlangt der Mensch Erfüllung und erlebt sein Leben als sinnvoll und lebenswert. Die **Sinnfrage der Existenz** lautet: *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, sowie durch Religion. Das erleichtert ihm, seinen persönlichen Sinn in jeder Situation zu finden und zu leben. Zum Finden des Sinns einer Situation ist der Mensch erst wirklich frei, wenn drei personale Grundmotivationen erfüllt sind: Wenn er die Situation annehmen kann, wenn er von einem Wert berührt ist: wenn er etwas *mag*, wenn er *darf*, also sein Verhalten ethisch verantworten kann (Gewissen). Sind diese personalen Grundmotivationen nicht erfüllt, kann der Mensch sein Handeln oder Erleben nicht als wirklich wertvoll erleben. So lustvoll es sein kann, so hat es doch keinen Sinn. Er ist für nichts anderes da, worin er aufgehen könnte (existentielle Grundmotivation).

## 2.3 SINN UND WERTE

Warum der Süchtige sein Leben oftmals als sinnlos ansieht, lässt sich ebenfalls mittels der vier Grundmotivationen und der Wertfindung erklären. Falls diese existenziellen Grundmotivationen nicht erfüllt sind, liegt der Sinn der Situation darin, sich zuerst mit den Bedingungen erfüllter Existenz (Annahme, Wertberührung, Selbstsein) zu beschäftigen. Der Sinn ist es dann, z.B. sich mit dem Bedrohtsein und dem nicht Annehmen können abzugeben. Oder mit der scheinbaren Wertlosigkeit, die sich ständig in den Vordergrund des Lebens schiebt. Oder das Gefühl ist zu klären, warum etwas nicht getan werden dürfe. Wann immer eine der Grundmotivationen nicht erfüllt ist, kann der Mensch sein Handeln oder Erleben nicht als wirklich sinnvoll erleben. Der Mensch empfindet es als sinnlos, wenn er etwas *nicht annehmen* kann (z.B. Erziehungsmaßnahme), zu etwas *keine Beziehung* hat (z.B. eine Aufgabe) oder wenn er etwas tut, von dem er spürt, dass er es eigentlich nicht tun dürfte, weil er es *nicht verantworten* kann. Es kann lustvoll sein, hat aber für diese Person keinen Sinn.

Das Schwergewicht in der Sinnfindung liegt in der Wertfindung. „*Sinnvoll leben heißt das tun, was als wertvoll empfunden und erkannt wird*“ (Frankl 1982, S. 58 ff). Die existenzanalytische Wertlehre (Längle, 1993a, S. 22 ff) definiert Wert als Grund einer Bevorzugung einer Handlung (Sache, Verhalten) vor einer anderen. Erlebnismäßig wird ein Wert als „wertvoll und mit appellativem Charakter“ erlebt, sich mit ihm in Verbindung zu setzen, die Beziehung zu halten und zu schützen. Der Sinn einer Situation besteht nun im besonderen Umgang mit dem Wert. Es

soll etwas Neues, Wertvolles entstehen, oder zumindest der Wert erhalten bleiben. Der existentielle Sinn lässt sich definieren als „*die wertvollste Möglichkeit in der jeweiligen Situation*“. Ob das Leben eines Menschen existentiell Sinn hat, hängt also vom Menschen selbst ab. Die Logotherapie teilte alle Werte in drei Kategorien (Frankl 1982, S. 39 ff). Jede Situation bietet die Möglichkeit, zumindest eine Kategorien zu realisieren und dadurch Sinn zu finden:

### **2.3.1 WERTKATEGORIEN**

1. *Erlebniswerte*: Durch Erleben von etwas Schönerem, Gutem, Gefälligen, Wahrem nimmt der Mensch Wertvolles in sich auf und realisiert dadurch Sinn (z.B. Genießen einer Musik, einer Landschaft, Erleben eines anderen Menschen, am stärksten in der Liebe).

2. *Schöpferische Werte*: Durch das Schaffen von etwas Wertvollem setzt der Mensch Werte in die Welt und erlebt sich selbst dadurch als sinnvoll (z.B. Arbeit).

3. *Einstellungswerte*: Wenn es z.B. durch Krankheit oder ein anderes Leid unmöglich geworden ist, etwas Sinnvolles zu tun oder zu erleben, bleibt dem Menschen noch ein letzter Wert, nämlich das Aufrechterhalten seiner Grundeinstellung zum Leben. Diese zeigt sich dann im *Wie* des Ertragens und Umganges mit dem Leid bzw. Schicksal (z.B. Karzinom, Verlust des Lebenspartners). In der Einstellung zu solchem Schicksal kommt am tiefsten zum Ausdruck, wie der Mensch zu seinem Leben und seiner Welt steht.

### **2.3.2 SÜCHTIGE SIND NICHT SELBST-TRANSZENDENT**

Um einen existenziellen Sinn zu finden, braucht es *Selbstdistanzierung* zu sich und Welt-offenheit für die Werthaftigkeit der Welt. Der Mensch begibt sich also dann in einen existenziell-sinnvollen Austausch mit der Welt, wenn er mit ihr dialogisch kommuniziert. Die Person ist von ihrem Wesen her auf *dialogischen Austausch* ausgerichtet. Sie steht in ständiger Beziehung zu sich und zu ihrer Welt (vernehmend, verstehend, antwortend). Die Person besitzt gleichermaßen *dialogische Offenheit* nach außen und nach innen. Sie ist auf der einen Seite auf die Welt gerichtet, auf der anderen Seite steht sie in Verbindung mit ihren inneren Aspekten. „*Die existentielle Grundhaltung (sich befragen lassen, statt mit Projektionen an die Welt*

*herangehen*) bedeutet grundsätzliche Offenheit gegenüber allen Möglichkeiten.“ (Längle 1988, 11). Indem der Mensch auf die jeweilige Situation antwortet und dadurch ganz konkret Sinn (logos) verwirklicht, tritt er in einen Dia-log mit seiner Welt. Offenheit der Welt gegenüber wird ermöglicht durch die Fähigkeit zur *Selbsttranszendenz*, um sich einen inneren Freiraum schaffen zu können braucht es die Fähigkeit zur *Selbstdistanzierung*, als „*Voraussetzung für die Selbstwahrnehmung, der Auseinandersetzung mit sich selbst, der Stellungnahme zu sich und des zu sich und zur Welt Verhalten-Könnens*“ (Tutsch 2002, S. 38). Als *Selbstdistanzierung* gilt im existenzanalytischen Verständnis die Fähigkeit der Person, von sich Abstand nehmen zu können.

Für dieses Sich-einlassen-Können auf Welt braucht es die Fähigkeit der Person zur *Selbsttranszendenz*. Selbsttranszendenz beschreibt also die Fähigkeit des Menschen, auf Welt hin gerichtet zu sein und die Bereitschaft zu haben, sich ganz auf sie einzulassen. Erst durch diese Hingabe, die durch Selbsttranszendenz ermöglicht wird, kann es zu einer echten *Begegnung* kommen. Begegnung findet im Zwischen statt, nicht in der Person allein und nicht allein im anderen, sondern in einen eigenen Raum zwischen zwei Menschen. Um in solch einen lebendigen Austausch kommen zu können, braucht es die Begegnung zwischen der Person und ihrer Welt. Genau diese Fähigkeit zur Selbsttranszendenz fehlt dem Süchtigen. Erst langsam muss er mit alltäglichen Beispielen mit dieser Achse der Existenz vertraut werden. „*Wenn ich mich etwas widme, zuhöre, bin ich nicht bei mir, sondern nach außen gerichtet.*“ Intentional ist die Selbsttranszendenz auf die Werte ausgerichtet. Süchtige richten ihr Leben meist nur nach Nutzwerten aus, sie haben einen Zweck und der Nutzen ist übergeordnet: Die Befriedigung des Verlangens.

## 2.4 PERSONALE EXISTENZANALYSE

Existenzanalytische Psychotherapie zielt auf die Herstellung der Entscheidungsfähigkeit der Person, die auf mehreren Ebenen der personalen Motivationsstruktur blockiert oder unentfaltet sein kann. Im Falle der Sucht wird die *innere Unerfülltheit (Leere)* als zentraler Entstehungsfaktor von Seiten der Person beschrieben. Die innere Unerfülltheit entsteht ganz generell über Traumatisierungen bzw. Belastungen und durch die fehlende Entfaltung der Persönlichkeit. Dies führt zu einer nicht vollzogenen Einwilligung in die Grundbedingungen menschlicher Existenz bzw. in eine Hemmung des Lebensvollzugs personaler Grundmotivationen. Demnach fehlen

nach Längle (1997b, S. 153) die Einwilligung in die Faktizität des Gegebenen und und ihrer Bedingungen, sowie die Möglichkeiten menschlicher Existenz („*Ja zur Welt*“), weiters die Einwilligung in das mit Leiden verbundene Lebendigsein („*Ja zum Leben*“), sowie die Einwilligung in die Andersartigkeit, Unverwechselbarkeit und Abgegrenztheit der Person („*Ja zum Selbstsein*“) und schließlich die Einwilligung in die Herausforderungen und Angebote der Situation („*Ja zum Sinn*“). Dies sind die 4 Grundbedingungen für den Aufbau und Vollzug erfüllter, menschlicher Existenz. Deren zentralen Themen sind: Annahme der Faktizität der Bedingungen, Zuwendung zum Leben als Kraft, Wertschätzung und Authentizität der Person und Sich-Einlassen auf den Sinnanspruch der jeweiligen Situation. Das Nichtlebenkönnen dieser Grundbedingungen führt zu psychischen Störungen und Spannungsfeldern, die den Boden für die Suchtkrankheit darstellen. Unter diesen vier Grundbedingungen ist nach Längle für die Suchtkrankheit insbesondere der Mangel in der 2. Grundbedingung und der Mangel auf der Sinnebene, also in der 4. Grundbedingung, von Bedeutung. „*Da diese vier Grundelemente personaler Existenz wie Stufen zum Teil aufeinander aufrufen und einander zur Voraussetzung haben, wird das systematische und aufbauende Durchgehen aller vier Bedingungen der Existenz hilfreich sein. Auf jeder Ebene wird man auf gelungene Lebensvollzüge wie auch auf traumatisierte oder nicht ganz zur Entfaltung gebrachte Fähigkeiten stoßen.*“ (Längle, 1997b, S. 154)

Das Ziel ist die Entfaltung der Person mit ihren Fähigkeiten, mit denen sie in den Sinn- und Wertbezügen der Welt zurechtkommt: Also eine authentische Existenz als Suchtprophylaxe. Die *Person* steht im Mittelpunkt der existenzanalytischen Anthropologie. Als geistig-noetische Dimension des Menschen kann sie sich frei verhalten und Stellung beziehen zu Gegebenheiten, die von außen (Umwelt) oder von innen (Psychophysikum) auf sie zukommen. Längle bezeichnet die Person als „*das in mir Sprechende*“ und beschreibt damit die zentrale Bedeutung der Dialogfähigkeit einer Person. *Eindruck*, *Stellungnahme* und *Ausdruck* finden sich wieder in der Methode der Personalen Existenzanalyse (PEA) (vgl. Längle, 2000a, S. 9 ff und Längle, 2000b, S. 77 ff). Ziel der PEA ist es, den Menschen in einen dialogischen Austausch zu bringen mit dem, was ihn angeht, mit der Welt und mit sich selbst.

Im ersten Schritt der *Deskription (PEA 0)* geht es um das Wahrnehmen und um eine sachliche Beschreibung der Fakten, wodurch eine erste Beziehungsaufnahme zu ihnen möglich wird. Anschließend folgt das Erfassen des Wesentlichen im *Eindruck (PEA 1)*. *Welches spontane Gefühl zeigt sich in der Situation?* Aus dieser primären Emotion heraus entsteht ein Impuls auf

den ersten Eindruck. Das Zulassen-Können der spontanen Empfindungen fordert die personale Fähigkeit der *Selbstannahme*. Nach dieser Zuwendung zum Eigenen wird der Blick wieder gehoben, um den phänomenalen Gehalt der Situation zu bergen. Über das Verstehen des Eigenen, über das Verstehen des anderen und der Situation findet man zum inneren Gespür der Stimmigkeit (Gewissen) und integriert die primäre Emotion, indem das Neue mit dem Bestehenden in Beziehung gebracht wird. Innere *Stellungnahme (PEA 2)* wird dadurch möglich, einerseits zu den objektiven Inhalten der Situation, andererseits zum eigenen Gewissen. Nun kann deutlich werden, was die Person in dieser Situation für richtig und realisierbar hält und was sie eigentlich möchte. Die personale Fähigkeit der *Selbstdistanzierung* braucht und ermöglicht es, vom ersten Eindruck zu einer Stellungnahme zu finden. Auf der Basis dieser inneren Stellungnahme kann die Person zu einem adäquaten *Ausdruck* finden (*PEA 3*), wobei dafür die Klärung des Wieviel, des Wem, des Wie und des Wann notwendig ist. Das Sich-einlassen-Können auf die Welt mit einer stimmigen Antwort erfordert die personale Fähigkeit der *Selbsttranszendenz*.

## 2.5 STÖRUNG DER DROGEN-SUCHT

Durch die Sucht verliert der Mensch personale Kompetenzen wie Freiheit, Sinn, Verantwortung und schädigt sich sowie die Gemeinschaft. Es treibt weniger der Sinnmangel in die Sucht, als der Mangel an beglückendem und erfüllendem Werterleben und Wertspüren. Es geht auch ein personaler Beitrag zum Wert ab: Das Wollen. Der Existenzanalytiker versteht unter Wollen ein *Ja-Sagen* zu einem Wert. Weiters ist der Wille ein aktiver Ausdruck der Freiheit und setzt im Handeln die freie Entscheidung voraus.

Im Gegensatz dazu stehen die passive (Erwartungs-) Haltung des Wunsches und analog zum Handeln das Reagieren. Die Wunschhaltungen passivieren und begünstigen die Entwicklung von Abhängigkeiten und Sucht. Die suchtmachenden Haltungen „*Wunschhaltung*“ und „*Leidvermeidung*“, sowie die existenziellen Mangelsyndrome „*Sinnmangel und Sinnverlust*“ und „*Inauthentizität und unsicherer Grundwert*“ sind wesentlich für die Suchtentstehung (Längle, 1996, S. 156 ff).

## 2.5.1 HALTUNGEN UND MANGELSYNDROME DER SUCHT

Hinter der *Wunschhaltung nach Glück* steht das Sehnen des Süchtigen nach dessen Erlangung ohne einen eigenen, aktiven Beitrag leisten zu müssen. Diese unreife Haltung führt zu Passivität. Hinter der *Leidvermeidung* wiederum steht das Bemühen, sich jeden Umgang mit Leid zu ersparen. Es herrscht die Einstellung vor, dass Leid und Scheitern wertlos sind, als würden sie nicht zum Leben gehören. *Mangel und/oder Verlust von Sinn* führen schließlich zur Sucht. Der Abhängige hat einen Erlebnishunger nach existenziellen Werten. Das natürliche Werterleben erscheint einem Mangel gleich blockiert oder ist durch Wertarmut geprägt. *Inauthentizität und unsicherer Grundwert* gehören ebenso zur Sucht. Der Süchtige steht nicht existenziell zu seinem Suchtverhalten und lebt daher im Spannungsfeld des Nicht-Wahrhaben-Wollens und Leugnens. Er weiß auch nicht, wie er anders an das Lebensgefühl kommen kann als durch rauschartige Zustände, in denen die Realität überschritten und vernebelt wird. Der Süchtige offenbart neben einem unsicheren Grund- auch einen negativen Selbstwert. In der Suchttherapie geht es um die Persönlichkeit und die Wahrnehmung des Eigenwertes der Dinge.

## 2.5.2 THERAPIESCHWERPUNKTE

Der Arbeitsschwerpunkt ist die *zweite Grundmotivation* und die im Suchtverhalten fehlende *Selbst-Transzendenz*, so dass das Werterleben ausbleibt. Die Grundwertebene wird durch das Aufnehmen von Nähe und Beziehung zu den Suchtobjekten mobilisiert. Tiefergehend stellt sich die Frage, wodurch es - später auch ohne Sucht - gut ist zu leben. Mit erfüllenden Werten werden Alternativen zur Sucht geschaffen. Natürlich wird auch die Sinnfrage aufgeworfen: „*Wozu Abstinenz? Wozu leben?*“. Im Verlauf der Therapie werden systematisch spezifische Probleme durchgearbeitet: Unsicherheiten und Vertrauensbrüche (*1. Grundmotivation*); Verluste, Schuld und Trauer (*2. Grundmotivation*), Verletzungen, Verlassenheit und Selbstwertverluste (*3. Grundmotivation*); existentielle Leere, Sinnlosigkeit und religiöse Probleme (*4. Grundmotivation*) sind zu bearbeiten (vgl. Längle, Probst, 1997a, S. 87). In der Therapie geht es einerseits darum, den Menschen im Wesen zu erkennen, andererseits müssen Grundlagen wie Ordnung, Verlässlichkeit, Wertschätzung und Aufrichtigkeit geschaffen werden: Auf der *Ebene der Ordnung* stellen sich sensible und auch an die Schamgrenze reichende Fragen wie Wohnen,

Haushalt, Körperpflege oder Kleidung. Die *Verlässlichkeit* zeigt sich besonders am Einhalten von Vereinbarungen. Nur so kann Halt aufgebaut werden. Der scheinbar selbstverständlich geforderten *Wertschätzung* kommt hier nun besondere Bedeutung zu, da eine Nichtbeachtung zur Verstärkung der problematischen Selbstsicht des Klienten führt. Zuletzt erfordert die *Aufrichtigkeit* den Mut des Therapeuten, der besonders im Gefühlsbereich Rückmeldungen geben muss und so durch diese Konfrontation dem Patienten erst den Raum für die Stellungnahme und das Gefühl ermöglicht (vgl. J. Rauch, Suchtvortrag, EA-Kongress 2000, Wr. AKH).

## **2.6 STÖRUNG DER BORDERLINE-PERSÖNLICHKEIT**

Längle (1994a, Handout) bezeichnet das Phänomen der Persönlichkeitsstörungen des Selbst (der 3. Grundmotivation) als Haltlosigkeit in Form fehlender Kontrolle oder Unausgeglichenheit als Folge fehlender Stellungnahmen. Für die Entstehung der Haltlosigkeit werden drei mögliche Ursachen angegeben, die allein oder meist kombiniert auftreten können: als Folge einer Grundstimmung, wenn diese als vital-bedrohlich empfunden wird, aus der Zerrüttung der Grundmotivationen wegen innerem Halt- und Strukturverlust oder infolge einer Veränderung in den personalen Verarbeitungsprozessen. Die Persönlichkeitsstörungen der 3. Grundmotivation werden auch als die sogenannte „hysterische Gruppe“ beschrieben. Es handelt sich um die „extrovertierten Persönlichkeitsstörungen“ oder die „Persönlichkeitsstörungen des Selbst“ (vgl. A. Längle 2000d, Handout)

Bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung findet man in den Biografien der PatientInnen oftmals ein konstantes Erleben von Beziehungsstörungen. So wird das Kind z.B. benützt und zum Mitspieler gemacht. Es kennt sich nicht aus, ist verwirrt, kann es nicht fassen und erfährt widersprüchliche Wahrnehmungen. Da den Beziehungsrealitäten Begegnung fehlt, wird das Halten von Beziehungsnähe gestört. Die Folge ist ein Selbstverlust.

Die Entstehung der Persönlichkeitsstörung auf der 3. Grundmotivation lässt sich auch durch das zentrale Schmerzproblem verstehen, wo die Abspaltung eine Schutzfunktion übernimmt. Der Schmerz wird zwar abgekapselt, um vor weiterer Zerstörung zu schützen. Das Ich hat dann aber einen Verlust von Personvollzug und kann nicht mehr aus dem Vollen schöpfen, nicht mehr so

tief oder nicht mehr so häufig. Der nichtbewältigte Schmerz ruft zwei gleichzeitig ablaufende Copingmechanismen hervor: Einerseits wird mittels nach außen hin orientiertem *Aktivismus* versucht, sich den Schmerz vom Leibe zu halten und andererseits erfolgt ein *Totstellreflex* durch die erlebte Überwältigung der für die Anforderungen zu schwachen ICH-Struktur. Es erfolgt ein Ausklinken des Ichs, anfangs kommt es zu einer Lähmung, später zur Spaltung, einem Phänomen der Dissoziation. Das Erleben des Schmerzes ist an ein Gegenüber gebunden. Wenn dies bei denen erfolgt, von denen ich Begegnung erwarte, dann ist das Gegenüber „der Bedeutsame Andere“ und damit eine Repräsentanz des Ichs. Ein Teil der Welt wird auf diese Weise als sehr schmerzhaft und verletzend empfunden. Einerseits kämpft der Betroffene, andererseits stellt er sich tot. Wenn mich der Andere verletzt, kann ich die Beziehung nicht halten, da sie die Integrität des Ichs bedrohen würde. Der quälende Schmerz führt in die Ebene der 3. Grundmotivation. Beim Borderline-Patienten erfolgt die Kombination von der 3. Grundmotivation mit der 2. Grundmotivation als Nebenthema.

## **2.6.1 THERAPIESCHWERPUNKTE**

Längle gliedert die Borderline-Therapie in drei Phasen (Längle 1998, Handout): Zuerst wird das Augenmerk auf die *Strukturierung der Lebensführung* gelegt und Tageskonflikte bearbeitet, Lebenshilfe gegeben, Lebensperspektiven geklärt und Lebenseinstellungen reflektiert. Anschließend geht es um das Erleben und die Behandlung der Lebensgeschichte, um Umgangsweisen und Ressourcen. Durch eine veränderte Selbstwahrnehmung wird Begegnung und schließlich *Stellungnahme zu sich* möglich. Es erfolgt ein ständiges Bearbeiten und Thematisieren der therapeutischen Beziehung. Zuletzt erfolgt die Abschluss- und Trennungsphase, wo das Hauptgewicht im sensibel werden für einen *guten Selbstbezug* liegt, um sich selbst nicht immer wieder verloren zu gehen. In der Psychotherapie gilt es also, eine Stärkung im Bereich der dritten Grundmotivation zu verfolgen. Es geht um die Grundfrage der Person: *Ich bin - aber darf ich so sein wie ich selbst, in meiner Eigenart bin?* Im Sich-Abgrenzen und für Sich-Eintreten erlebt der Patient das Recht auf So-Sein, was zu einer Stärkung des Selbstwertes führt. Durch die Arbeit an der zweiten Grundmotivation gelingt es, die Emotionalität wieder ins Leben zu bringen. Hier geht es um die Grundfrage des Lebens: *Ich lebe - aber mag ich eigentlich leben?* So kommt es zu einer Stärkung des Grundwertes.

Die weitere Arbeit wird mit Hilfe der Personalen Existenzanalyse (siehe Längle 1993b, 133ff) erfolgen. Die Person wird ständig von der Welt angefragt und ist aufgefordert, Stellung zu beziehen und muss sich ganz im Sinne eines Dialoges antwortend einbringen. Die Anfrage wird als Eindruck in der primären Emotionalität erlebt und bringt sie in Beziehung zu den eigenen, biographischen Vorerfahrungen in der sekundären Emotionalität (vgl. Längle 1993a, 22 ff). In der inneren Stellungnahme erfolgt nun eine Bewertung des Erlebten. In einer Entscheidung für eine bestimmte Handlung und deren Umsetzung bringt sich die Person in der Welt zum Ausdruck.

## **3 PRAXISTEIL**

---

### **3.1 FALLDARSTELLUNG JOSEF**

An der Wiener Drogentherapiestation „Schweizer Haus Hadersdorf“ (SHH) werden vor allem PatientInnen behandelt, die eine richterliche Weisung als Auflage erhalten haben. Nach §39 des Suchtmittelgesetz (SMG) müssen sie sich einer Drogentherapie unterziehen. Nach einem positiven Abschluss wird die verhängte Freiheitsstrafe bedingt ausgesprochen.

#### **3.1.1 DAS ERSTGESPRÄCH**

Im Erstgespräch wirkte der Patient Josef (33a) ruhig und kontrolliert. Er machte einen zurückhaltenden Eindruck. Den Blickkontakt konnte der Patient problemlos halten, wirkte aber kontrolliert und darauf bedacht, nicht verletzlich oder angreifbar zu wirken und keine Schwächen oder Blößen zu zeigen. Josef drückte sich gewählt aus, ließ aber Dialekt-Ausdrücke durchklingen. Gefühlsmäßig verhielt er sich distanziert und konnte Emotionen nur schwer verbal beschreiben. Der große, sportliche und muskulös wirkende Mann wirkte intelligent und zielstrebig. Mit überlegt wirkenden Worten schilderte er, dass er gemeinsam mit seinem Vater keine andere Finanzierungsmöglichkeit einer Drogentherapiestation gesehen habe, als sich mittels Selbstanzeige bei der Polizei anzuzeigen: *„Ich habe zwei Kisten Wasser gestohlen!“* und durch die zu erwartende Verurteilung infolge zahlreicher Vorstrafen (Körperverletzung, Diebstahl, Einbruch) einen Therapieaufenthalt auf „Staatskosten“ zu bekommen. Wie vorgesehen wurde Josef verurteilt, bekam eine Weisung und wurde an der Wiener Drogentherapiestation im 14. Bezirk zur 12monatigen „Therapie statt Strafe“ aufgenommen. Der charmante Patient kam gut bei den Mitpatientinnen an, war beliebt und wurde von den Männern geachtet. Er lockerte das Klima mit ständigem Witzeln auf. Josef hielt viel von seinem Ehrenkodex: Niemals eine Frau schlagen, sondern vielmehr schützen und beschützen, niemals Mitpatienten bestehlen, niemals jemanden verraten, der rückfällig ist etc. Josef erhoffte

sich durch die stationäre Psychotherapie eine deutliche Verbesserung seiner Suchtproblematik, da es in den letzten Jahren „Sommer gegeben hatte, die ich einfach nicht bewusst erlebt habe, sondern erst wieder im Herbst zu mir gekommen bin...“ In der folgenden Anamnese erzählte mir Josef fast emotionslos, dass er mit 10 Monaten „hergegeben“ wurde: Die Mutter verließ die Familie, er sah sie nie wieder. Er blieb beim Vater, den er über alles liebte. Nach der Scheidung heiratete der Vater wieder. 7 Jahre später erfolgte die Trennung. Damals erfuhr der Patient von seiner Stiefmutter (seiner weiblichen Bezugsperson), dass sie gar nicht seine leibliche Mutter war. Zum zweiten Mal blieb er beim Vater zurück. Der Vater fand eine neue Freundin, die erste „wirklich liebe Mama“ für den Patienten, er erlebte erstmals mütterliche Liebe und Fürsorge. Josef besuchte die Volksschule. Die Hauptschule brach er ab. Er holte auch später keinen Lehrabschluss nach. Als der Patient 14 Jahre alt war, starb die Stiefmutter an Krebs. In Josef zerbrach eine Welt. Ein Jahr später fand der Vater seine heutige Freundin. Eine Frau, die einen weiteren Sohn aus 1. Ehe in die Partnerschaft brachte, Josef ablehnte und ihn mit ihrer impulsiven und verletzenden Art mit 15 Jahren „aus dem Haus trieb“. Der Patient begann Haschisch zu konsumieren, trieb sich herum und beteiligte sich an Einbrüchen. Mit 18 Jahren zog er bei einer Freundin ein, die er bald heiratete - die einzige Frau, bei der er sich jemals sicher gefühlt hatte. Bald holte ihn die Vergangenheit ein, Josef ging für 10 Monate ins Gefängnis. Als er 1 Jahr später weitere 7 Monate bekam, hielt das die junge Ehe nicht mehr aus. Mit 21 Jahren wurde Josef von seiner Frau verlassen und die Ehe geschieden. Der Patient fand mit 23 Jahren eine neue Freundin. Sie hieß Claudia. Er gründete mit ihr eine erfolgreich laufende Glückwunschkartenfirma und reüssierte als Vertreter. Die Firma lief auf die nicht vorbestrafte Claudia. Als sich die Freundin von ihm trennte, zahlte sie ihn nicht aus. Er ging ohne ein Wort, denn was soll man als Mann machen? - Polizei? - Nein! - Gewalt? - Niemals! - Man kann nur gehen. Der Patient stürzte völlig ab, unternahm erfolglos einen Selbstmordversuch, der ihn aber zur Besinnung brachte. Ein neuer Versuch von Selbstständigkeit mit einem Ledervertrieb ging schief. Dann arbeitete er zwei Jahre mit seinem Vater auf einer Baustelle im Innenausbau, bis der Vater an Krebs erkrankte und der Sohn wieder anfang, Drogen zu nehmen.

Josef hatte eine allgemein hohe Sensibilität für unangenehme Gefühle und eine geringe Motivation, Kontrolle über sich selbst auszuüben. Mit großer Impulsivität war er ständig auf der Suche nach Erregung, hatte nur geringe Frustrationstoleranz und zeigte übertriebene Reaktion auf Kritik. Er rechtfertigte seinen Drogenkonsum mit sehr starkem und unkontrollierbaren Verlangen, neigte dazu, eigene Probleme zu minimieren oder zu verleugnen und glaubte, dass er hilflos bei der Kontrolle des Verlangens wäre.

### **3.1.2 DAS LEIDEN**

Das Leiden dieses suchtkranken Menschen zeigte sich aus existenzanalytischer Sicht in einer nicht gelebten, noetischen Dimension des Menschseins, einem unsicheren Grundwert, einem geringen Selbstwert und einem Wertemangel mit damit verbundenem Sinnverlust. Die in der Folge vorherrschenden Gefühle von Leere und Spannung versuchte der Patient durch Suchtmittelkonsum zu behandeln. Jede Spannungsreduktion wurde zum Selbstzweck und Lebensinhalt. Das Leiden als Folge von Freiheitsverlust und Selbstverleugnung war die Folge. Das daraus resultierende, apersonale Verhalten wurde der Person nicht mehr gerecht und führte zum Beziehungsverlust zu sich selbst und anderen. Da die geistige Dimension nicht gelebt wurde, konnte auch nicht Stellung bezogen werden. Josefs Grundwert, die Basis des Wertfühlers, war verstellt. Die Erfahrungen, wertvoll und liebenswert zu sein, bereiten den Boden auf, aus dem heraus der *Grundwert* entstehen kann. Das Leben als Wert erfährt der Mensch vor allem durch Zuwendung, Nähe und Liebe. Josef hatte sich nie als wertvoll erlebt und Zuwendung und Nähe nie bedingungslos erfahren. Jetzt war er sich nicht sicher, ob er leben mag. Er hatte keinen Grund, um zum Leben *ja* zu sagen. Die Grundfrage des Lebens blieb unbeantwortet.

### **3.1.3 DER SELBSTWERT**

Existenzanalytisch betrachtet spürte Josef nur kaum bis geringen *Selbstwert*. Wer sich selbst in seinem So-Sein schätzen kann und den eigenen Wert sieht, hat auch Selbstwert. Selbstwert bedeutet So-Sein dürfen. Josef sah dies nicht so. Er konnte nicht zu sich stehen, sich ernstnehmen, so wie er war und konnte zu sich nicht ja sagen. Dass man zu sich Ja-sagen kann,

bedingt auch, dass man geachtet worden ist. In Josefs Biographie fand sich jedoch das Gegenteil: Nicht-so-sein-dürfen und nicht respektiert werden. Aus der fehlenden Anerkennung durch andere heraus konnte er auch zu sich selbst in keiner respektvollen Weise Stellung beziehen. Diese Erfahrungen bilden die Basis für den *Selbstwert*. Bei Josef waren sie nicht ausreichend gegeben, so konnte dieser Mensch weder zu sich stehen, noch durfte er selbst sein.

Der Patient schilderte, dass für ihn „*alleine in der Wohnung bleiben zu müssen*“, als seine damalige Freundin Claudia für 3 Tage weggefahren war, bedeutete, dass er zwar noch am ersten Tag zu Hause bleiben konnte, weil „*sie dann noch spürbar war*“, am zweiten Tag aber bereits unruhig wurde und am dritten Tag die Wohnung verlassen musste: „*Was mache ich da alleine?*“, „*Da lässt mich jemand warten?*“, „*Was läuft da für ein Film?*“. Der Patient beschrieb dies als Wunsch nach einer Sicherheit von seiner Partnerin, die er nicht hatte, wenn er alleine war. In Wirklichkeit wurden hier die fehlende Grundmotivation (Sehnsucht nach dem Weiblichen als verkörpertes Leben, Beziehung, Nähe, Wärme...) und die Selbstwertproblematik sichtbar. Selbstwert bewirkt, dass ich beim allein-sein nicht einsam bin. Ich treffe auf mich. Personen, die sich nicht aushalten, nicht Ja-sagen können zu sich selbst, erleben ein Einsamkeitsgefühl. Oftmals spüren sie, verloren zu sein, selbst in Gesellschaft anderer, weil es kein Gegenüber gibt, es ist leer und nichts trifft auf die Person. Um ein erstes „Ich-Gefühl“ zu erspüren, leitete ich Josef mit folgende Fragen an: *Welches grundsätzliche Gefühl bleibt, wenn ich von mir spreche? Welche Menschen haben mich in meinem Wesen erkannt (jetzt und früher)? Welche Menschen haben mich mir selbst nahe gebracht, haben mich in meinem Wesen gefördert? Kann ich Situationen finden, in denen ich in Bezug auf mich selbst in die Irre geführt wurde oder werde?* Daraufhin versuchte der Patient zum Erlebten Stellung zu nehmen und spürte erstmals Trauer und erlebte tiefe Betroffenheit, der viel Platz und Raum gegeben wurde. In der Betroffenheit wurde das Wesen des Patienten und der personale Wert des Einzelnen deutlich spürbar. Die erstaunliche Beobachtung bei vielen Suchtkranken ist, dass diese Erfahrung, im Wesen erkannt zu sein, gänzlich fehlt, vor allem in den Jahren des Aufwachsens. Auch das Funktionieren in einer Rolle, welches die Distanz zum eigenen Wesen noch vergrößert, intensiviert den Schmerz. Um diesen Schmerz zu lindern, wird irgendwann zum Rauschmittel gegriffen, Blockaden werden abgebaut und es wird möglich, für kurze Zeit die Rolle abzulegen, die Einsamkeit zu

überwinden, sich als Person zu zeigen. Dieses Erlebnis von „Ich-selbst-Sein“ ist an die Droge gebunden. Mittelfristig entstehen daraus psychische und körperliche Abhängigkeit. Die Ernsthaftigkeit der Beschäftigung mit dieser Frage wurde in der Therapie deutlich: Josef witzelte weniger und begann sich ernst zu nehmen. Die Abwehr durch Humor und Distanz begann zu bröckeln...

Damit ich den Blick auf mich richten kann, bedarf es der 1. und 2. Grundmotivation. Dies ist die Voraussetzung für die Selbsteinschätzung und die Bildung eines echten Selbstwertes. Ich muss Halt im Leben spüren und darf nicht bedroht sein, sonst kann ich nicht auf mich selbst schauen und kann es auch nicht aushalten und annehmen, was ich von mir selbst zu sehen bekomme. Anschließend geht es um das Gefühl für mich selbst. Es geht darum, die Gefühle auch in Empfang nehmen zu können. Aus der Ebene der Selbstdistanzierung kann ich mich sehen, mich annehmen, wie ich bin und mich dabei ernst nehmen: *Wenn ein Freund in dieser Lage wäre, was würden Sie ihm raten?*“. Ich achte auch auf das Begleitgefühl, was ich spüre, wenn ich auf mich schaue. Auf dieser Grundlage kann ich urteilen und Stellung beziehen: *Was halte ich von mir?*

Anfangs formulierte der Patient noch, dass er seinem krebserkrankten Vater beweisen wollte, dass er ein drogenfreies Leben führen könnte. Erst im Laufe der Therapie sollte es ihm möglich werden, Gründe zu finden, warum auch für *ihn* persönlich ein Leben ohne Drogen sinnvoll und wichtig wäre. Nachdem der Patient die eigene Lebensgeschichte erzählt hatte, meinte er: *„Wenn ich etwas erreicht habe, war es für mich nicht mehr so wichtig. - Auf mich selbst habe ich immer zuletzt geachtet!“* - Und was halten Sie davon? Josef schwieg.

Josefs geringer Selbstwert führte zu einer sehr kritischen Haltung. Auf jede vermutete oder erlebte Kritik reagierte er rasch mit Ablehnung und Widerstand. Widerwillig stand er den meisten an ihn herangetragenen Anforderungen und Aufgaben gegenüber und reagierte empfindlich auf die die Arbeit anleitenden Personen. Im Alltag einer Therapiestation gehört Beschäftigung zur Tagesstrukturierung. Existenzanalytisch gesprochen wird die Möglichkeit zur schöpferischen Wertinduktion geboten. Diese Empfindlichkeit für alles Persönliche (auch Kritik gehört hier dazu), wohl resultierend aus seiner Selbstwertstörung, ließ ihn rasch auf Distanz gehen und zeigte sich in Unzufriedenheit und Abgrenzung.

### 3.1.4 DIE PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNG

Der Patient zeigte sich in einer für die Persönlichkeitsstörungen der 3. Grundmotivation typischen Grundstimmung, die immer dann besonders deutlich auftrat, wenn der Patient durch nichts abgelenkt war und z.B. an ausgangsfreien Wochenenden auf dem Gelände der Wiener Drogentherapiestation mit sich alleine war.

Der Patient gab an, dass er durch die Arbeit mit seinem Vater im Innenausbau trotz fehlender Ausbildung soviel gelernt hatte, dass ihn „*heute jede Firma nehmen würde*“. Bei der späteren Arbeitstherapie bestätigte sich diese Angabe. Josef arbeitete trotz heftiger Differenzen mit den Betreuungspersonen vorbildlich im Arbeitsprojekt „Renovierung“ und bekam eine Vorarbeiterposition. In dieser Zeit entwickelte der Patient ein Vertrauensverhältnis zu mir, weil er merkte, dass ich - für seine Psychotherapie zuständig - trotz aller Frustrationen nicht an seiner Genesung zweifelte und mehrfach verhinderte, dass der Patient den Aufenthalt auf der Therapiestation abbrach oder wegen seiner aggressiven Ausbrüche entlassen wurde. Von Stunde zu Stunde wurde klarer, dass der Patient neben der Drogensucht an einer weiteren Störung litt: Einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Aggressionsausbrüche waren Teil der Störung und testeten die Beziehung zu den BetreuerInnen.

Der Patient konnte die *Eintrittsstelle der Störwirkung* (Thema Selbstsein) nicht in der *thematischen Ebene* halten (vgl. Längle, 1994/01, Handout). Er entwickelte eine Persönlichkeitsstörung, da die anderen Ebenen der Existenz miterschüttert wurden. Auf die frühe, tiefe Erschütterung des Haltes, aufgrund der nicht kennengelernten Mutter, die ihr Baby (den damals 10 Monate alten Patienten) an den Vater abgab, der sich damit schlichtweg überfordert fühlte, folgte ein Verlust von innerer Nähe und Beziehung, da der Patient in wechselnden Beziehungspersonen in Form von neuen Partnerinnen seines Vaters ständig Beziehungswechsel und -abbrüche erlebte. Als die einzig liebevolle Bezugsperson, die zweite Frau seines Vaters, überraschend an Krebs starb, überwältigte den Patienten der Schmerz. Der Schmerz führte zu Copingmechanismen, was dazu führte, dass der Sinnhorizont verloren ging und innerlich nicht erfüllt wurde. Der Patient erlebte eine Verunsicherung seines Selbstkonzeptes und entwickelte durch das fehlende Gegenüber keine Selbstfindung.

Während der Hysteriker nur eine Ahnung von seinem Selbstbild hat, besitzt der Borderliner keines oder nur ein diffuses. („*Warum verlassen mich alle?*“, „*Was habe ich, was schon damals meine Mutter nicht mochte.*“). Es liegen so viele Persönlichkeitsstörungen auf der dritten Grundmotivation, weil es hier vor allem um andere Menschen geht, auf die der Einzelne angewiesen ist. Weiters ist psychopathologisch gesehen das Erleben eines Schmerzes Ich-näher als z.B. das Erleben einer Belastung. Beim beschriebenen Borderline-Patienten hing der spezifische Schmerz mit der (Lebens)Beziehung zusammen. Beziehungsverluste oder -entzüge führten zu einem zentralen Aktivismus, der zu einem Klammern wurde und ein wirklich in Beziehung treten verhinderte. Seine Grundstimmung war erfüllt von innerer Leere. Er wusste nicht, was er wollte. Seine Fragen „*Wer bin ich eigentlich?*“ und „*Wie ist das, wenn man sich spürt?*“ drückten ein sich Verlorengangenen- bzw. schmerzliches Sich-Abhanden-Gekommen-Sein aus. Die dahinterliegende Selbst(wert)unsicherheit kam deutlich zum Ausdruck. Sein Schmerz verband sich stets mit Erinnerungen und Erleben.

Einige Therapiestunden später hatte sich Josef in die 23jährige Mitpatientin Angelika verliebt, die er sich - obwohl 10 Jahre jünger - durchaus als langfristige Partnerin vorstellen konnte. Die Beziehung zu ihr erlebte er aber äußerst ambivalent und beklagte sich, sie ständig aufmuntern und bei Laune halten zu müssen. Nach einigen Tagen zog Angelika einen Schlussstrich und beendete die Beziehung. Josef gab vor, erleichtert zu sein, „*weil die Unsicherheit weg ist*“ und beteuerte, nicht rückfällig zu werden, weil „*es das nicht wert ist und es sich die anderen erwarten würden*“. Was nicht lange anhielt. In der nächsten Stunde gestand er, geriebene Muskatnüsse mit Milch zu konsumieren, was eine haschischähnliche Wirkung erzielt und im Harn nicht nachweisbar ist. Der Patient spürte starke Schuldgefühle und äußerte seine Ängste „*wieder tief zu fallen*“, und damit in Zukunft „*weniger über meine Sucht nachzudenken*“. Der Patient erzählte über bisherige Beziehungen. Mit seiner ehemaligen Lebensgefährtin Claudia hatte er eine gut gehende Grußkartenfirma. Er schilderte, wie er Lexotanil mit Alkohol konsumierte, um dem Stress gewachsen zu sein. Als er glaubte, dass Claudia auch Lexotanil nahm, kam es zu einem so heftigen Streit, dass sie ihn aus der Wohnung warf und die Beziehung beendete. Anschließend war er wochenlang „*am Boden zerstört*“ und glitt fast völlig in die Sucht ab. Erst zu diesem Zeitpunkt, mit 27 Jahren, hatte er angefangen, harte Drogen zu nehmen. Nachdem ihn Claudia vor die Türe gesetzt hatte, waren mit einem Schlag

Beziehung und Job beendet. Obwohl sich Claudia weigerte, ihn auszuzahlen, ging Josef einfach, „*ohne nachzudenken, auf wieviel ich eigentlich verzichte!*“ Der Patient schüttelte den Kopf über seine mittlerweile mehrjährige Drogenkarriere. Warum er nicht damit aufgehört hatte, fragte er sich: „*Dabei hatten mir damals Drogen etwas zerstört, mir erstmals wehgetan.*“

### 3.1.5 DAS HAUPTTHEMA

Beim diesem Borderline-Patienten lagen die Hauptsymptome im Bereich des instabilen, verlorenen Selbstseins, also im Bereich der Identität und des Umganges mit sich selbst. Ganz typisch liegen die zweiten Symptome auf Beziehungsebene. Die Themen (Lebens) Beziehung und Werterleben waren erschüttert. Das Verhalten des Patienten ist auf Beziehungen konzentriert, ihn interessieren Qualität und Nähe und er spürt starke Ängste vor einem erneuten Verlassen-Werden, wie er es biographisch mehrfach erlebt hat.

Jede Persönlichkeitsstörung hat ein *Hauptthema*, die Ausdifferenzierung erfolgt an *Nebenthemen* und in jeder Persönlichkeitsstörung sind alle existenziellen *Grundthemen* betroffen (A. Längle 1994b/01, Handout). Längle bezeichnet solche Personen als bedroht „*von einem Verlustigehen der Beziehung zum Leben und der Nähe zu anderen Menschen (...), wodurch auch die Beziehung zu sich selbst mitbetroffen ist.*“ Diese Menschen sind „*darauf ausgerichtet, durch Intensität und Nähe in Beziehungen Fühlung zum eigenen Leben zu bekommen.*“

Im Schweizer Haus Hadersdorf kam das Pärchen Josef und Angelika nach einiger Zeit wieder zusammen. Josef fühlte sich von Angelika „*wie ein Stofftier behandelt, mit dem gespielt wird, wenn sie will und wann sie will und das sonst einfach übersehen wird.*“ Lange Zeit hatte er diese Empfindungen nicht gesagt. Als er es doch tat, reagiert Angelika wütend: „*Du nimmst keine Rücksicht auf mich! - Du verstehst mich nicht!*“ und machte abermals Schluss. Am nächsten Tag wurde sie auf Methadon-Entzug in das Psychiatrische Krankenhaus Otto Wagner Spital geschickt. Josef kommentierte: „*Ich lasse alles immer aufstauen in mir - aus Angst vor dem Nichts...!*“ und sagte in der nächsten Therapiestunde: „*Ich will eine solche Beziehung nicht mehr!*“ - „*Meine Mutter*

*hat mit mir solange gespielt, wie sie wollte und mich dann verlassen, meine Freundin soll dies mit mir nicht genauso machen dürfen.“ - „Ich hätte große Lust, das SHH zu verlassen...“ - Und warum gehen Sie dann nicht? - „Ich glaube, mir hier noch etwas holen zu können, außerdem wegen dem Vater und der Wobes-Wohnung...“ (In der dezentralen Phase, wo die Patienten außerhalb des Hauses wohnen, wird ihnen eine Wobes-Übergangswohnung zur Verfügung gestellt, die sie ein Jahr benützen können. Anschließend können sie eine Gemeindewohnung beantragen). Er fügte hinzu: „Ich will immer alles sofort, will alles gleich.“ - „Das vor den Problemen weglaufen, müsste sich ändern.“ - Und was halten Sie davon? - „Das finde ich nicht gut.“ - Und was fänden Sie gut? - „Wenn ich mich ändere und clean werde...“ - Wofür könnte das gut sein? - „Ich könnte ein anderes Leben führen.“ - Welche Haltung haben Sie heute zur Droge? - „Drogen vernichten mich und alles, was mir wichtig ist.“ - Was gibt mir die Droge, was nimmt sie mir, wenn ich sie nehme, ? - „Sie gibt mir Erleichterung und Vergessen und nimmt mir meine Zukunft. Aber ich will gar nicht daran denken.“ - Warum an nichts denken wollen, was belastet und weh tut? - „Ich fühle mich so ungeliebt, alleine, verlassen...“*

Längle und Probst (1997a, S. 83ff) beschreiben, dass der Mensch in der Sucht Klarheit verliert. Klarheit, was das Eigene und was das Fremde in ihm ist. Es kommt das Erleben von einer fremden, totalitären Macht auf, die von dem Menschen Besitz ergreift. Therapeutisch geht es darum, zu klären, wer man selbst ist und woher diese fremde Macht, die plötzlich ich-haft werden kann, stammt. Akzeptanz (1. Grundmotivation) und Beziehungsaufnahme zum süchtigen Ich (2. Grundmotivation) sind notwendig. Es wird festgestellt, wo das süchtige Ich schon lange vor der nächsten Attacke hungert und zu kurz kommt. *„Statt die Sucht als Schwäche abzuwerten und wegzudrängen, bedarf es des Gesprächs mit dieser Seite des Ichs und der Fühlungsaufnahme zu ihr. Es geht darum, (...) zu klären, wer man im Grunde ist (Selbst-Annahme), und ob sich dies mit dem deckt, wer man sein will. Negative Vorbilder werden ausfindig gemacht, die einem gezeigt haben, wie man niemals werden wollte (oft bekämpft man damit Züge nahestehender Menschen, die man an sich selbst findet).“* (Längle, Probst 1997a, S. 83 ff)

Im September fand der Patient eine neue Beziehung. Im Rahmen eines Ausganges hatte er eine neue Freundin gefunden. Sie hieß Romana und befand sich selbst im ambulanten

Methadon-Substitutionsprogramm des AKH. Der Patient schlief mit der neuen Freundin, ohne zu wissen, dass er Hepatitis-A und -C positiv war, was er erst Tage später vom zuständigen Stationsarzt erfuhr. Der Patient war verzweifelt, niedergeschlagen und traurig. Beim ersten Besuch von Romana erzählte er ihr von der niederschmetternden Diagnose. Die Freundin verbrachte noch ein Wochenende mit ihm und stellte anschließend den Kontakt ein. Ihre telefonische Erklärung: *„Ich habe schon länger eine andere Beziehung. Mein Freund ist misstrauisch geworden und zwingt mich nun zu diesem Schritt. Ich habe einfach keine andere Wohnmöglichkeit, als bei ihm. Wenn Du fertig bist mit Deiner Therapie, melde Dich einfach wieder bei mir.“* Der verzweifelte Patient wollte seinen Vater besuchen, wurde aber in dessen Wohnung mit seiner Stiefmutter konfrontiert, die ihn ihre Abneigung spüren ließ. Die Folge: Der Patient wartete nicht mehr auf seinen Vater, verließ die Wohnung und wurde rückfällig. Muididol. Das alte *„Alles-oder-Nichts-Modell“*, das borderlinetypisch keine Grautöne zulässt, hatte wieder gegriffen, *„Entweder werde ich geliebt oder gehasst, fühle ich mich gehasst, bin ich so einsam, dass ich es nicht mehr aushalten kann.“* In der nächsten Stunde formulierte Josef den interessanten Satz: *„Ich bin auch deshalb rückfällig geworden, weil ich mir mit der Ausgangssperre Zeit geben wollte, im Haus bleiben zu müssen - und daher niemanden mehr sehen zu müssen.“* Dass der Patient trotz Rückfall und trotz drohender Konsequenzen wieder ins Haus zurückkam, ist wohl zum Teil auch dem *„Notfallplan“* zu verdanken: Ich vermittelte den *„Rückfall“* als normalen Bestandteil eines längeren Ausstiegsprozesses, als Kontrast zum *„Alles-oder-Nichts-Denken“* (*„Ich habe es geschafft.“* vs *„Ich bin wieder rückfällig.“*). An dieser Stelle gab ich dem Patienten Frankls Buch *„...trotzdem Ja zum Leben sagen“* (Frankl 1988) zu lesen. Die Biografie Frankls verdeutlicht das Anliegen der Existenzanalyse. Sie zeigt, wie es Menschen möglich wird, extreme Lebenssituationen zu überstehen und trotz Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit nicht aufzugeben. Bei der Rolle des *„Sinns“* wird deutlich, was Sinnfindung für schwierige Lebenssituationen bedeutet. Der Patient war sehr interessiert und wir diskutierten über das Buch. Anschließend begannen wir Fragestellungen des Grundwertes zum Thema zu machen: *Mag ich leben?*

### 3.1.6 DIE MOBILISIERUNG INNERER KRÄFTE

Längle (1996, S. 146 ff) beschreibt, dass die Therapie an der Grundwertstörung ansetzen (*Wie kam es, dass du eigentlich nicht mehr leben magst?*) und durch die Selbstwertarbeit abgerundet wird. Wichtige Fragen bei der Behandlung von Abhängigen sind weiters: *Glaubst du, ist das gut, was du tust?* - *Wird durch die Droge dein Leben besser, bringt es dich weiter?* - *Magst du eigentlich mit Drogen leben?* - *Versuchst du mit ihr etwas zu vermeiden?* - *Seit wann ist es dir egal?* - *Könntest du ohne Stoff leben?* - *Kannst du es einmal tun?*

Der Patient formulierte seinen Gusto aufs „Zumachen“: *„Nichts mehr denken, nur mehr frei sein, das wäre es...“*. Gemeinsam erarbeiteten wir, dass der Patient vor Unangenehmen flüchtet, seine Stimmung selbst durch schlechtes Wetter schon unerträglich tief sinken kann, was er krampfhaft mit Humor abzuwehren versucht. Die Phase des Ertragens und Aushaltens ist sehr kurz, es folgt ein „Zumachen mit Alkohol“, was unweigerlich in ein „Zumachen mit Drogen“ mündet. . An dieser Stelle fragte ich wie schon so oft nach der Entschiedenheit und bot dem Patienten Gelegenheit zur Stellungnahme: *Will ich die Drogen nehmen oder nicht?* - *Lass ich es drauf ankommen?* - *Wenn ich die Versuchung spüre, wie kann ich mir helfen?* - *Wenn ich sie trotzdem genommen habe, was tue ich dann?* - *Wie hole ich mir Hilfe?* - *Was verlange ich von mir?*

Die Wunschhaltung des Patienten musste in eine Willenshaltung überführt werden. In der *Willensstärkungsmethode* beschreibt Längle den dritten Schritt, die Ver-Innerlichung und Beziehungsaufnahme, das „Anfühlen“ des Wertes als *Mobilisierung* innerer Kräfte. *„Dieser Schritt kann als Motor der Methode angesehen werden, weil er eine Dynamik und Stärkung des Vorhabens bewirkt.“* (Längle 2000c, S. 10)

Auf einer Sachebene versuchten wir die spontanen Beweggründe zur Abstinenz zu sammeln und die positiven Gründe zu heben: *„Wofür ist es gut, wenn Sie mit den Drogen aufhören?“*, *„Weshalb möchten Sie clean bleiben?“*, *„Haben Sie Erfahrungen, woraus Sie schließen, dass es gut ist, wenn Sie einen Weg aus der Sucht finden?“*, *„Welche Vorstellungen bzw. Erwartungen haben Sie von einem drogenfreien Leben?“*, *„Für wie realistisch halten Sie Ihre Erwartungen?“*. Der Patient sammelte seine Erwartungen an

ein Leben ohne Drogen, wie bessere Gesundheit mit einer echten Partnerschaft und vielleicht einer eigenen Familie, mit sich selbst zufriedener zu sein, klarer denken zu können, Rechnungen bezahlen und arbeiten zu gehen, keinen Kontrollverlust mehr zu erleben, zu keinen Lügen mehr gezwungen zu sein, keinen Entzug mehr aushalten zu müssen, keine Haftstrafen zu erdulden, keinen schlechten Ruf mehr zu haben und die Zukunft erstmals planen zu können. Daran anschließend arbeiteten wir an seinem Problembewusstsein und bearbeiteten eine mögliche Zielhemmung. „*Was könnte Ihnen Schwierigkeiten oder Probleme machen?*“, „*Was ist der Vorteil, es gar nicht zu versuchen?*“, „*Gibt es andere Möglichkeiten, die leichter wären?*“, „*Was spricht gegen eine Therapie?*“, „*Wie wäre es für Sie, wenn Sie jetzt keine Therapie machen?*“, „*Wie würde es weitergehen?*“, „*Was wäre für Sie bereits ein Erfolg?*“, „*Welchen Preis würden Sie dafür zahlen?*“. Im Sammeln der Gegengründe und der konkurrierenden Motive beschrieb der Patient folgende zu erwartende Probleme: Keine rasche Entspannungs- und Beruhigungsmöglichkeit mehr zu haben, weniger Genuss zu erleben, geringer empfundene Kreativität und Leistungsfähigkeit zu haben und auf eine Bewusstseinsweiterung verzichten zu müssen. Diese Phase führte zum Abwägen der Wertigkeit und stellte den Patienten vor Entscheidungen. Im Abwägen der Wertigkeit stand eindeutig ein Leben ohne Angst vor sozialem Abstieg und gesellschaftlicher Ächtung höher. Es folgte eine erste Beziehungsaufnahme durch ein Wecken der Emotionalität durch Fühlbarmachen der implizierten Werte, die auf sinnlicher Ebene „schmackhaft“, „begreifbar“ werden sollen. „*Haben Sie ein Leben ohne Drogen schon einmal erlebt?*“, „*Was hat Ihnen gefallen, was war das Schöne daran?*“, „*Wie haben Sie es erlebt?*“, „*Was hat es bewegt?*“, „*Was war der Gewinn?*“. In der Verinnerlichung des Wertes ließ sich der Patient darauf ein, nahm fühlbare Beziehung zu sich auf und rückte den Wert von Freiheit und Unabhängigkeit in eindeutige und nachhaltig fühlbare Relation zur Abhängigkeit der Sucht. Im daran anschließenden Selbstfindungsprozess kam es zur Beziehungserweiterung und einer ersten Reflexion des Lebenssinns mit einer Zeitstruktur zur Verwirklichung mit Beginn im Heute. Wir banden die Motivation ins Lebenskonzept ein: „*Was sind die Anforderungen Ihrer jetzigen Lebenssituation?*“, „*Was braucht es jetzt von Ihnen?*“, „*Wofür wollen Sie dies eigentlich machen?*“, „*Was können Sie heute konkret dafür tun?*“, „*Was glauben Sie, wie wird es in 5 Jahren sein, und was werden Sie von dem halten, was Sie heute entscheiden?*“, „*Wofür haben Sie zuletzt bzw. früher*

gelebt?“, „Wofür wollten Sie eigentlich immer leben?“. Dem letzten Schritt, der Festigung, der bei der Bewältigung von Abhängigkeiten der schwierigste ist, kommt hier besondere Bedeutung zu. Er braucht zur Erleichterung der Umsetzung begleitende Maßnahmen und Strategien, wie sozialpädagogische Maßnahmen und Rückfallsprophylaxe. Es geht darum, in jeder Situation neuerlich die Entschiedenheit einzuholen. „Fragen Sie sich vor jeder Entscheidung: will ich das wirklich tun?“, „Kann ich spüren, was mir wichtig ist?“, „Was kann Ihnen dabei helfen?“, „Was kann es Ihnen erleichtern?“, „Was sind besonders gefährliche Situationen - wie können Sie denen vorbeugen?“, „Was tun Sie im Falle eines Rückfalls oder Versagens?“, „Was können Sie als kontinuierliches Training tun?“, „Mit welchem Bild lässt sich Ihre Sucht am besten vergleichen?“, „Was schützt bei so einem Bild am besten?“ So gelang es, eine erste Willenshaltung aufzubauen.

### 3.1.7 DIE VERTIEFUNG DES GRUNDWERTES

Jeder Wert nimmt Bezug auf den Grundwert des Menschen (Längle, 1993, S. 33 ff). Wer bezüglich seiner eigenen Existenz keine positiven Antworten auf folgende Fragen findet: „Ist es gut, dass es mich gibt?“ - „Mag ich leben?“, der ist in Wert- und Sinnfindung eingeschränkt. Die Vertiefung der zweiten Grundmotivation, also des Grundwertes, ist für die Suchtbehandlung von ganz besonderer Bedeutung. Der Süchtige spürt die Werte nicht oder zu flach. Bei diesem Patienten blockierten zusätzlich noch übergroße psychodynamische Spannungen der Borderline-Persönlichkeitsstörungen das Werterleben. Die Therapie blieb daher lange an der Arbeit an der Persönlichkeit und versuchte der Frage nachzugehen, woher der Wertverlust bzw. die übergroßen Spannungen kommen...

Da das Schwergewicht der Sinnfindung in der Wertfindung liegt, versuchte ich mit Josef seinen Wertbezügen auf die Spur zu kommen. Für dieses Sich-einlassen-Können auf Welt braucht es allerdings die Fähigkeit der Person zur *Selbsttranszendenz*, also auf Welt hin gerichtet zu sein und die Bereitschaft zu haben, sich ganz auf sie einzulassen, um so zu einer echten *Begegnung* zu kommen. Genau diese Fähigkeit zur Selbsttranszendenz fehlte Josef. Erst langsam musste er mit dieser Achse der Existenz vertraut werden. Als

Übung, bot ich ihm die *Sesselmethode* (Längle 2000e, S. 21 ff) an. Der Patient sass in Trance auf einem Sessel und versuchte durch gefühlsmäßige Kontaktaufnahme das Wahrgenommene Wirklichkeit werden zu lassen. Anschließend erfolgte ein Stellungbeziehen zum Wahrgenommenen, das Achten auf die mögliche „Rückantwort“ des Sessels und die eigene, personale Stellungnahme. In der Einübung der phänomenologischen Offenheit, werden Weltbezug und Haltfindung verstärkt.

### 3.1.8 DIE WERTBERÜHRUNG

Die Intention der Selbsttranszendenz sind Werte. Echte Erlebniswerte, im Erleben von etwas Schönerem und Gutem, wo der Mensch Wertvolles in sich aufnehmen und dadurch Sinn realisieren kann, waren beim Patienten schon lange nicht mehr vorhanden. Schöpferische Werte, wo durch das Schaffen von etwas Wertvollem, Werte in die Welt gesetzt werden und das eigene Leben als sinnvoll erlebt werden kann, gab es auch keine. Um die Arbeit in der Grußkartenfirma zu bewältigen, nahm Josef Drogen. Die Arbeit selbst wurde von ihm als Geldquelle und damit lediglich als Nutzwert erlebt. Der Patient hatte sein ganzes Leben nach Nutzwerten ausgerichtet, die einen Zweck erfüllen und übergeordneten Nutzen haben.

Erste, echte Wertberührung und -begegnung versuchte ich über die Natur. Der 5000 m<sup>2</sup> große, herrliche Garten der Drogentherapiestation bot ein reichliches Übungsfeld: „*Wie ist es, wenn ich hier unter diesem Baum sitze?*“. Eine noch intensivere Wertberührung erfolgt im Oktober 1999, als der Patient wieder mit seiner Angelika zusammenkam und erfuhr, dass die junge Frau im 4. Monat schwanger war. Beide waren sichtbar erfreut und glücklich. Rückfallsgedanken? - „*Kann ich mir nicht leisten - jetzt habe ich eine Familie...! Jetzt muss ich bald arbeiten gehen!*“ Das Erleben dieses schöpferischen Wertes, wurde vom strahlenden Josef als Hochgefühl beschrieben! Im Dezember wurde das Paar in die dezentrale Therapiephase entlassen, in der sie gemeinsam außerhalb des Hauses wohnten und arbeiteten, zur Therapie aber ins Haus kommen mussten. Im März kam ein gesunder Bub auf die Welt, der kleine David. Beide Eltern freuten sich unbändig. Josef war bis knapp vor der Geburt clean geblieben. Die „Ausrutscher“, die er sich im Stress des anstrengenden Arbeitspraktikums und in der Enge der 30m<sup>2</sup> Wohnung leistete,

führten rasch zu Streit. Angelika, die auf Methadon eingestellt war, wurde rückfällig, fing sie sich aber rasch wieder. Nur eines war für sie klar: Josef musste es schaffen, sonst hat die Beziehung keine Zukunft. Josef ließ sich in seiner Not ebenfalls auf Methadon einstellen, eine medizinische Behandlung, die er bisher massiv abgelehnt hatte. Die Versuche einer Einstellungsänderung, dies nicht nur mit sich machen zu lassen, sondern auch dazu „Ja“ zu sagen, griffen nicht mehr. Es kam wie es kommen musste, Josef begann einen „Beikonsum“, er nahm zum Methadon auch noch Kokain. Angelika drohte mit dem Hinausschmiss. In der Angst, dasselbe zu erleben, wie damals mit Claudia, ließ sich Josef zur körperlichen Entgiftung und dem Entzug seines Beikonsums zu einem zweiwöchigen Aufenthalt auf einer Entzugsstation überreden. „Ja“ hatte er abermals nicht dazu gesagt. Josef hielt nicht durch, brach ab und Angelika warf ihn hinaus. Für Josef brach die Welt zusammen. Sollte er etwa seinem Kind gerade das Gleiche antun, was seine eigene Mutter ihm selbst angetan hatte, die vor über 30 Jahren den 10 Monate alten Josef für immer verlassen hatte? Josef konnte und wollte nicht mehr. Er erschien zu den vereinbarten Therapiestunden nicht mehr. Meine Bemühungen, ihn über Angelika telefonisch zu erreichen, blieben erfolglos. Der Patient stürzte in seiner Obdachlosigkeit völlig ab. Zwei Monate später erhielt ich von einem Kollegen die Nachricht, dass Josefs Versuch eines erneuten, körperlichen Entzuges gescheitert ist. Nach einem Supermarktdiebstahl wurde er verhaftet und zu 30 Monaten Haft verurteilt. Während der Haft in der Justizanstalt Simmering starb Josefs Vater wie befürchtet an Krebs. Es wurde dem Patienten nicht gestattet, von dem schwerkranken Mann Abschied zu nehmen, weder am Krankenbett, noch beim Begräbnis. Ein Jahr später bekam ich als externer Psychotherapeut der Justizanstalt Wien-Simmering folgendes Angebot: Hier gäbe es einen Insassen, der darauf bestanden hätte, bei mir eine Therapie machen... Mich begrüßte ein sichtlich gereifter Josef, der älter und auch rückfallsfrei geworden ist, wie sich in den ersten Stunden herausstellen sollte. Josef setzte, trotz der zweieinhalbjährigen Therapiepause, genau an der Stelle fort, wo er abgebrochen hatte. „Aber über eines müssen wir vorher noch sprechen...“, sagte er mit Tränen in den Augen: „...über meinen Vater...“

### 3.1.9 DER TRAUERPROZESS

Trauerprozesse sind überall dort notwendig, wo es um einen Verlust von etwas geht, woran ich hänge. Der Verlust einer nahestehenden Bezugsperson durch den Tod ist eine sehr belastende, krisenhafte Situation.

Der *Trauerprozess* selbst ist gekennzeichnet durch verschiedene Phasen, die durchlaufen werden müssen. Längle beschreibt folgende drei Phasen des Trauerns (Quelle: GLE-Ausbildung): In der *Haltung des Sein-Lassens*, geht es um ein Aufgeben des sich Wehrens, um ein Loslassen. Die Tatsache, dass ein geliebter Mensch gestorben ist, muss angenommen werden können, dann kommt es zu einem Fließen, zu einem Fluss der Tränen, zu einem Weinen.

Die zweite Trauerphase ist gekennzeichnet durch den Beginn eines *inneren Dialogs*. Durch den Verlust eines geliebten Menschen entsteht ein Loch, eine Wunde. Durch das liebevolle Zu-mir-Sprechen kann ich mir selbst wieder nahe kommen, indem ich *Mitgefühl* mit mir selbst aufbringe, indem ich mir inneren *Trost und Zuspruch* gebe, indem ich mich mir selbst zuwende: „*Was brauche ich?*“

Josef redete und redete. Er wollte gar nicht mehr aufhören, von seinem Vater zu sprechen, von seiner Wut, dass er ihn als Kind alleine gelassen hatte, von seinem Schmerz ihn jetzt für immer verloren zu haben, wo er ja doch seine einzige Bezugsperson war, von der Trauer ihn nicht mehr Anteil nehmen lassen zu können an seinem Weg in eine Zukunft als Familienvater verantwortungsvoll und in einen hoffentlich drogenfreien Lebensabschnitt. Aber nicht nur dieses fürsorgliche Zu-mir-Sprechen war wichtig für den Trauerprozess, sondern auch die Aufnahme eines Dialogs mit der vermissten Bezugsperson. Die Vorstellung des Menschen, der verloren gegangen ist, und mit dem der Trauernde nun zu reden begann, ersetzte diesen auf eine bestimmte Weise. Die Beziehung musste also nicht aufgegeben werden, sondern sie veränderte ihre Form, sie wurde verinnerlicht.

### 3.1.10 DIE NEUORIENTIERUNG

In einer dritten und letzten Phase ging es darum, eine *Neuorientierung* zu ermöglichen. Das Erleben des Trauernden, dass er trotz dieses großen Verlustes noch sein kann, half ihm nicht nur, die Beziehung zu verstorbenen Vater in veränderter Form aufrechtzuerhalten, sondern er konnte dadurch wieder frei werden für die Aufnahme weiterer Beziehungen zu neuen Werten. Diese Phasen verlaufen natürlich nicht streng nacheinander, sondern können einander immer wieder überschneiden. So war es bereits zu Beginn der Trauerphase hilfreich, einen inneren Dialog mit dem Verstorbenen aufzunehmen, um die Emotion der Trauer und des Schmerzes überhaupt einmal anspüren zu können.

Der Patient schilderte, dass er „*nun Verantwortung*“ trage. Nicht nur für seine Familie, seine Frau und seinen Sohn, sondern auch für sich selbst, gleich einem eigenen Kind. In dieser Eigenverantwortung für sich selbst, erklärte er, dass er aufgerufen ist, nun für sich verantwortungsvoll zu sorgen. Im eigenen Tun liegt die Antwort mit der er sich als Person verwirklichen kann. Er machte sich so selbst zum Anliegen, wird sich so selbst gerecht und hat sich selbst, um mit seiner Wirklichkeit und seinem Erleben verantwortlich umzugehen.

A. Längle (2002, Handout) beschreibt als Konsequenz des *Sich-anvertraut Seins* die Verantwortung der Zuständigkeit für sich. Ich habe eine Aufgabe, da das Leben nicht nur eine Gabe, sondern auch Aufgabe ist. So bringt eine beziehungsvolle Verantwortung auch Sorge mit sich. Es bedarf daher eines sorgsamem Umganges mit dem, was ich empfinde, entscheide und tue. Mein Begleiter, der darauf achtet, dass ich es gut mit mir meine, ist mein Gewissen. In der Auseinandersetzung mit sich, liegt der Versuch mich anzunehmen und mich mir zu stellen, meinem Erleben, meinen Fähigkeiten oder meinen Gefühlen. Das tiefste innere Gespür der Stimmigkeit ist also das Gewissen und macht aufmerksam, wo etwas offen geblieben ist. Frankl bezeichnet das Gewissen als „*die intuitive Fähigkeit, den einmaligen und einzigartigen Sinn, der in jeder Situation verborgen ist, aufzuspüren. (...) Das Gewissen ist ein Sinn-Organ.*“ (Frankl 1992, S. 76). Gewissen ist das „*Gespür für die Hierarchie der Werte in einer Situation im Hinblick auf das, was diese Person insgesamt für gut hält. Somit ist Gewissen ein Gespür der Stimmigkeit zwischen dem eigenen Wesen und den in Frage stehenden Werten.*“ (Längle 1991,

Handout). Der Mensch ist dazu aufgefordert, Antwort zu geben auf die Anfragen aus der Welt. Über den ersten Eindruck, den eine bestimmte Situation bei einer Person hinterlässt und über das Verstehen eben dieser Situation, wird es ihr möglich, zu einer „*authentischen Bewertung auf der Grundlage des Gewissens*“ (Längle 2000a, S. 27) zu finden, um darauf aufbauend zu einem Ausdruck gelangen zu können. Das Gewissen ermöglicht also den *dialogischen Austausch* der Person mit der Welt und mit sich selbst. Gewissen ist das *Gewisseste* in mir und macht *Angebote*, denen eine Person folgen kann, aber nicht muss. Es bleibt stets *frei* vom entscheidenden Ich, auch wenn es die Person in die *Verantwortung* zieht.

Der Patient konnte von seiner Biographie anfangs nur fast teilnahmslos und einer Berichterstattung gleich schildern. Der Verlust des Gefühls, der anfangs die Aufgabe eines guten Schutzmechanismus zu erfüllen hatte, war bestehen geblieben und begünstigte die Entstehung der Persönlichkeitsstörung, da ein Zugang zu einem Sektor der Innenwelt verschüttet worden war.

Bei der dissoziativen Spaltung sind die Berichte und Erinnerungen emotionslos. Das Ergebnis einer solchen - durch einen Copingmechanismus - verursachten Entwicklung ist die Veränderung der Persönlichkeits- und Ich-Struktur. Die Person reagiert anders als vorher und nimmt nicht mehr Bezug auf die reale Situation. Im veränderten Evidenzgefühl ist die Person nur mehr von der Wichtigkeit ihres Erlebens überzeugt und kann sich daher auch nicht mehr distanzieren. Längle (1997d, Handout) postuliert die Hypothese, dass diese Persönlichkeitsstörung durch einen „*Verlust des Zuganges zu einem Sektor der Innenwelt bzw. Sektor von Gefühlen entsteht.*“

Josef hatte in der Justizanstalt Wien-Simmering eine Spenglerlehre abgeschlossen und kommt seit Mai 2003 zu mir als Freigänger in meine Praxis in den 18. Wiener Gemeindebezirk. Er arbeitet tagsüber als Spengler in einer Firma und muss jeden Abend zurück in die Justizanstalt. Die Enthftung ist in zwei Monaten. Auf ihn warten ein kleiner Bub und eine nach wie vor verliebte Angelika, selbst drogenfrei und seit längerem halbtags im Sekretariatsbereich beschäftigt. Josef wirkt glücklich, zuversichtlich und hoffnungsvoll. Die Firma in der er als Freigänger arbeitet, hat ihm angeboten, ihn nach der Haft zu übernehmen. Ein Angebot, das er dankbar annehmen wird.

## 3.2 ZUSAMMENFASSUNG

Diese existenzanalytische Psychotherapie nahm das Modell der personalen Grundmotivationen (siehe Längle 1997c, 13 ff) als Grundlage. Zu Beginn der Psychotherapie war eine Stärkung im Bereich der dritten Grundmotivation notwendig. Es ging um die Grundfrage der Person: *Ich bin - aber darf ich so sein wie ich selbst, in meiner Eigenart bin?* Dieser Suchprozess und der Zugang zum Eigenen stellten für Josef eine große Herausforderung dar. Schließlich lernte der Patient für sich einzutreten und es gelang ihm immer besser, das Recht auf das So-Sein zu erleben, was zu einer Stärkung des Selbstwertes führte. Einerseits ging es darum, Josef im Wesen zu erkennen, andererseits mussten für den Drogenpatienten Grundlagen wie Verlässlichkeit, Wertschätzung und Aufrichtigkeit geschaffen werden (vgl. J. Rauch, Suchtvortrag, EA-Kongress 2000, Wr. AKH). Während die Ebene der Ordnung mit Fragen wie Körperpflege und Kleidung dank der Ressourcen des Patienten von Anfang an erfüllt war, stellte die Ebene der Verlässlichkeit im Einhalten von Vereinbarungen, die den Haltaufbau ermöglicht, den Patienten vor eine Herausforderung. Zuletzt forderten die *Wertschätzung und die Aufrichtigkeit* den Therapeuten, der besonders im Gefühlsbereich Rückmeldungen geben muss und so erst Raum für Stellungnahme und Gefühl ermöglicht.

Da dem Patienten die 4 Grundbedingungen (Längle 1997b, S. 153) für den Aufbau und Vollzug erfüllter, menschlicher Existenz fehlte, und den Boden für die Suchterkrankung darstellte, wurde besonders auf die Themen „Ja zur Welt“, „Ja zum Leben“, „Ja zum Selbstsein“ und „Ja zum Sinn“ geachtet und immer wieder in den Therapiestunden thematisiert. Es ging um die Annahme der Faktizität der Bedingungen, der Zuwendung zum Leben als Kraft, der Wertschätzung und Authentizität der Person und das Sich-Einlassen auf den Sinnanspruch der jeweiligen Situation. Nach Längle sind hier für die Suchtkrankheit insbesondere Mängel auf der 2. und der 4. Grundbedingung von Bedeutung.

Josef war anfangs im Gespräch emotional fast nicht erlebbar. Mittels der Arbeit an der zweiten Grundmotivation gelang es, die Emotionalität des Patienten ins Leben zu bringen. Hier ging es um die Grundfrage des Lebens: *Ich lebe - aber mag ich eigentlich leben?* Der Patient begann sich der Welt zuzuwenden, sich Zeit zu nehmen für das eigene Erleben der Welt. Er begann zu fühlen, wie die Dinge ihn berührten, lernte die eigenen Gefühle wahrzunehmen und auszudrücken.

cken. Infolge dieser Wertberührung kam zu einer Stärkung des Grundwertes des Patienten. Existenzanalytisch gesprochen, wurde dies durch eine sogenannte Grundwertinduktion erreicht. Zum Auffinden des Sinns einer (Lebens-)Situation war Josef erst wirklich frei, als er die Situation annehmen konnte, und er sich von den Erlebniswerten und schöpferischen Werten in Beziehung und Familie berühren ließ. Dies *mochte*, und *durfte* er und konnte es ethisch *verantworten* (Gewissen). Der Arbeitsschwerpunkt war die *zweite Grundmotivation* und die im Suchtverhalten fehlende *Selbst-Transzendenz*, die das Werterleben verhinderte. Der Mangel an beglückendem Werterleben und Wertspüren kann als weitere Suchtursache gesehen werden. Tiefergehend stellte sich die Frage, wodurch es - ohne Sucht - gut ist zu leben. Mit erfüllenden Werten wurden Alternativen zur Sucht geschaffen. Natürlich wurde hier auch die Sinnfrage aufgeworfen: „*Wozu Abstinenz? Wozu leben?*“.

Im Verlauf der Therapie folgte dann die Bearbeitung spezifischer Probleme und Traumata wie Unsicherheiten und Haltverluste (*1. Grundmotivation*); Schuld und Trauer (*2. Grundmotivation*), Verletzungen und Selbstwertverluste (*3. Grundmotivation*); existentielle Leere und Sinnlosigkeit (*4. Grundmotivation*) zu bearbeiten (vgl. Längle, Probst, 1997a, S. 87). Im Falle der Sucht wird die *innere Unerfülltheit (Leere)* als zentraler Entstehungsfaktor von Seiten der Person beschrieben. Die innere Unerfülltheit entsteht ganz generell über Traumatisierungen bzw. Belastungen und durch die fehlende Entfaltung der Persönlichkeit. Gearbeitet wurde mit der Personalen Existenzanalyse (siehe Längle 1993b, 133ff). Die Person wird angefragt, erlebt dies als Eindruck in der primären Emotionalität, ist aufgefordert, Stellung zu beziehen und muss antworten. Mit der inneren Stellungnahme wird das Erlebte bewertet und mit der Entscheidung für eine bestimmte Handlung zum Ausdruck gebracht. Das Ziel bleibt die Entfaltung der Person mit ihren Sinn- und Wertbezügen, um letztlich eine authentischen Existenz, gleichsam als Suchtprophylaxe zu erreichen.

### **3.3 REFLEXION UND DISKUSSION**

Bei der intensiven Auseinandersetzung mit dem Phänomen der Sucht, habe ich bemerkt, dass das Thema immer umfangreicher geworden ist. So ist diese Arbeit als ein erster Impuls zur weiteren Auseinandersetzung mit dem Thema der Sucht in der Existenzanalyse und in der psychotherapeutischen Praxis zu verstehen, die aber keineswegs als umfassend oder abgeschlossen betrachtet werden kann.

Der Patient Josef stellte anfangs für mich ein etwas schwieriges „auf der Stelle treten“ dar. Seine Rückfälle infolge seiner unbewältigten Beziehungsproblematik wurden immer wieder durch Konflikte mit Freundin, Stiefmutter, krankem Vater etc. ausgelöst. Hilf- und Sinnlosigkeitsgefühle waren die Folge und stellten für sich wiederum eine existentielle Bedrohung dar. Durch den von mir eingeschlagenen Weg „zurück zu den Anfängen“ lernte er langsam mit seiner Problematik umzugehen und zeigte positive Ansätze zur Nachreifung seiner Persönlichkeit. Hartnäckig durchzog Josefs Einstellung des „Schwarz-Weiß-Denkens“ und der „Alles-oder-Nichts“ Position Borderline-typisch die gesamte Therapie. Trotz guter Kooperation des Patienten wurde ein leichtes Aufweichen bzw. Aufbrechen dieser Systematik erst nach einem mühevollen und langwierigen Prozess erreicht.

Viele Psychotherapeuten haben meist negative Vorannahmen gegenüber Suchtpatienten. Sie seien nicht therapierbar, oder der mäßige Erfolg stehe in keinem Verhältnis zum Bemühen, sie seien schwierig und halten sich nicht an Vereinbarungen. Kleine Teilwahrheiten liegen in diesen Pauschalurteilen. Daher erfordert bei Suchtpatienten die Wechselwirkung innerhalb der Therapeut-Klient-Beziehung eine besondere Beachtung von Seiten des professionellen Helfers. Wie jede andere therapeutische Beziehung entsteht sie nicht durch Zufall, sondern muss aktiv von Seiten des Therapeuten hergestellt werden, da die Patienten meist nicht freiwillig kommen und oftmals sehr dysfunktionale Annahmen bezüglich der Therapie haben. Sie glauben nicht, dass die Therapeuten sich für ihre Probleme interessieren. Da sie selbst häufig in kriminelle Aktivitäten verwickelt sind, befinden sich in einem Vertrauenskonflikt, da sie ihren Therapeuten anfänglich meist als Teil des Systems und nicht als Alliierten betrachten. So begegnen sie ihren Therapeuten, die sich in Weltanschauung und Drogenerfahrung von den Klienten unterscheiden, mit großem Misstrauen hinsichtlich der Verschwiegenheitspflicht. Das führt dazu, dass die

Patienten zu Beginn meist eher verschlossen und wenig ehrlich wirken. Liest man psychotherapeutische Fallbeschreibungen, so steht zu Beginn meist „Beziehungsaufnahme und -arbeit“. Entscheidet dieser Prozess bei „gewöhnlichen“ Therapien über die Fortsetzung der Behandlung, entscheidet er bei nicht freiwillig kommenden Klienten über das Einlassen und damit den gesamten therapeutischen Prozess. Der Existenzanalytiker Rauch, Leiter der Vorarlberger Drogentherapiestation Carina, erklärte, dass Suchttherapie vom Therapeuten Verständnis für den Klienten verlange, der sich meist selbst nicht mehr versteht (vgl. J. Rauch, Suchtvortrag, EA-Kongress 2000, Wr. AKH). Weiters wird Hilfe zur Selbsthilfe verlangt, damit der Süchtige wieder in ein freies und verantwortliches Handeln kommt. Da der Süchtige der Realität oftmals ausweicht, muss er mit dem Leben in Beziehung gebracht werden. Zuletzt weckt das Finden von Möglichkeiten das Potential von Menschen, denen vielfach bereits der Mut zu Lösungen fehlt. In der Beziehung zum Klienten stehen die Geduld und das Verstehen im Vordergrund, die Beziehung zum Therapeuten ist durch Vertrauen geprägt. In dieser Situation entsteht die notwendige Gelassenheit. Mit „Geduld“ ist im Wesentlichen gemeint, dass ein Problem sein darf und dass Zeit zur Lösung erforderlich ist. Die Kompetenz des Therapeuten *„wird in einer hohen, inneren Lebendigkeit gesehen. Gemeint ist die Lebendigkeit der Emotion und die Fähigkeit, Gefühle zulassen zu können. Gefühle sind in diesem Zusammenhang Repräsentanten des Lebens in mir. Kompetenz in diesem Sinne heißt deshalb, Mut zu diesen Gefühlen zu finden und ein Ernstnehmen der Gefühle, um Worte zu erspüren.“* (Rauch 1996, S. 25)

Für mich stellte die Arbeit mit dem Patienten Josef ebenfalls einen Lernprozess dar, denn der von mir als jungem Therapeuten erhoffte rasche Erfolg ist nur selten zu erreichen. Die Hartnäckigkeit der Sucht als sehr schwerer Erkrankung, in Kombination mit einer Persönlichkeitsstörung bedeuten in einer Psychotherapie eine große, jahrelange Herausforderung. Diese Erkenntnis stellt für mich eine wertvolle Erfahrung dar und wird in nachfolgenden Suchttherapien einzubringen sein. Mich selbst hat dieses Thema bei zunehmender Beschäftigung mehr und mehr fasziniert, und ich werde mich auch in Zukunft damit weiter auseinander setzen. Dass diese Psychotherapie trotzdem erfolgreich verlaufen ist, erfüllt mich mit Freude und Stolz, besonders als es für mich der erbrachte Beweis ist, dass der existenzanalytische Zugang zur *Person* des Patienten der einzige, wenn auch mühevoll Weg ist, einen Heilungsprozess einer gestörten Persönlichkeit von Grund auf in Gang zu setzen.

### **3.3.1 RÜCKFALL UND THERAPIEABBRUCH**

Bei der Verschriftlichung der Falldarstellung und der Auseinandersetzung mit meiner Rolle als Therapeut bin ich zum Schluss gekommen, dass es wichtig wäre, abschließend noch die Phase des letzten, großen Rückfalls und Therapieabbruches des Patienten zu reflektieren. Grundsätzlich gehören zwar in jeder Drogentherapie Rückfälle zum täglichen Brot des Suchttherapeuten und alle Drogentherapiestationen haben ihre eigenen Regeln, um darauf zu reagieren. Josefs letzter, großer Rückfall mit den schweren Konsequenzen, vom Therapieabbruch bis zum Strafantritt in der Justizanstalt, hat aber beschreibbare Gründe. Gründe und auch Fehler, die es lohnt zu reflektieren, um sie bei zukünftigen Therapien nicht zu wiederholen.

Da Süchtige der Realität ausweichen, gilt es, sie wieder mit dem Leben in Beziehung zu bringen und Möglichkeiten zu finden, die das Potential von mutlos gewordenen Menschen wecken. Die Beziehung zum Klienten sollte daher von heilsamer Geduld, Verstehen und Vertrauen geprägt sein. Beziehungsinstabilitäten, Vertrauensbrüche, nicht nachvollziehbare Meinungs- oder Regeländerungen aktualisieren die Vulnerabilitäten der Patienten. Die Drogentherapiestation hatte in Josef einen der ersten Patienten, die in die letzte, dezentrale Behandlungsphase übernommen wurden. Erstmals wurden die Regelkonzepte, die bisher nur am Papier als konzeptueller Entwurf vorlagen, angewandt - und leider auch ständig neu angepasst.

Was heute noch richtig war, konnte ein paar Wochen später schon überholt sein. Wofür ein Patient heute noch Anerkennung bekam, war ein paar Wochen später Anlass zu Kritik. Einmal hieß es, die Patienten müssen sich selbstständig eine Arbeit suchen, ein andermal hieß es, dies dürfe nur ein Praktikum sein. In Folge wurden mehrfach, externe Arbeitsversuche des Patienten durch die Stationsverantwortlichen beendet. Einmal wurde die mühsam gefundene Arbeitsstelle nachträglich als nicht gut-genug klassifiziert, ein andermal führte die Inkompatibilität von Arbeitszeit und Teilnahme am Stationsangebot zur erzwungenen Kündigung. Zuletzt scheiterte der mittlerweile frustrierte Patient an einer schweren, körperlichen Arbeit, die ihn - da Schicht- und Akkordarbeit - völlig überforderte.

Von Beziehungsstabilität war also keine Spur mehr. Gerade für den Patienten Josef stellte diese Unverlässlichkeit eine Art erneutes Verlassen-werden dar. Alleine-gelassen war das Scheitern

unausweichlich. Das zarte Pflänzchen des Gefühls, dass es *gut sein könnte* zu leben, ging wieder verloren. Die Droge hingegen war bekannt und vertraut. Und verlässlicher als die Therapie.

## 4 ANHANG

---

### **Drogentherapiestation „Schweizer Haus Hadersdorf - Evangelisches Haus Hadersdorf - WOBES“**



Medizinische, Psychologische und Psychotherapeutische

Gesundheits- und Heilstätte Schweizer Haus Hadersdorf GmbH“, 1140 Wien, Mauerbachstraße 34

### **Entstehung und Vorgeschichte**

Der Evangelische Waisenversorgungsverein erwarb 1996 das dreistöckige Haus mit Wirtschaftsgebäuden und Parkanlage. Es begann eine Kooperation mit dem Bundesministerium für Justiz und dem Verein WOBES, einem Verein zur Förderung von Wohnraumbeschaffung, der sich seit 1984 mit der Unterbringung und Betreuung obdachloser, meist vorbestrafter Menschen in Wien beschäftigt. WOBES erarbeitete mit Dr. Eva Resinger und Hofrat Dr. Wolfgang Werdenich ein Konzept zur Errichtung einer ambulanten und stationären Drogeneinrichtung auf der Basis des neuen Suchtmittelgesetzes (SMG) 1998. Die erweiterten, rechtlichen Möglichkeiten sind z.B. „gesundheitsbezogene Maßnahmen“ (§11), wo Psychotherapie eigens angeführt wird, oder die „Therapie statt Strafe“ bzw. „Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft“ (§35), sowie „Aufschub des Strafvollzuges“ (§39). Ziel der Einrichtung ist ein möglichst breitgefächertes Behandlungs-, Beratungs- und Betreuungsangebot, um suchtkranken Menschen die Abstinenz vom Suchtgift und die soziale Reintegration zu ermöglichen. Hierfür stellt die Organisation qualifiziertes Personal wie ÄrztInnen, Klinische PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen. Das therapeutische Angebot im SHH besteht allerdings auch für Menschen, für die Abstinenz nur auf dem Weg über Substitution möglich ist. Die Theorie der stationären Methadon-Substitutionstherapie wird hier erstmals in Österreich erfolgreich umgesetzt.

Das kurz- bis mittelfristige Betreuungs-Angebot besteht aus 2 Monaten Aufnahmestation, 4 Monaten Wohngruppen plus weiteren 6 Monaten „dezentraler“ Phase, in der die Patienten außer Haus in WOBES-Wohnungen wohnen und zum Therapieangebot ins SHH kommen. Als zusätzliche Motivation besteht nach einem Jahr in einer WOBES-Wohnung die Möglichkeit, in

eine Gemeindewohnung zu wechseln. Es wird ein hoher Wert auf vorbereitende und nachsorgende, ambulante Maßnahmen, sowie auf soziale Reintegration mit wohn- und arbeitsmäßiger Versorgung gelegt. Die Betreuungsangebote stehen daher in Verbindung mit Aus- und Fortbildungsmaßnahmen und sollen ein Heranführen an selbständiges Arbeiten und Wohnen beinhalten. Ein weiterer Aspekt des Konzepts ist die Förderung der Lebensqualität der Betroffenen durch Vermittlung von Alltagskompetenz (Gesundheitsförderung, Kreativität, Bildung, Freizeitgestaltung u.a.). Insgesamt sollen nach Ablauf eines Jahres die KlientInnen in eine normale Wohn- und Arbeitssituation wechseln können. Dies schließt nicht aus, daß sich einige dann noch in Substitutionsbehandlung und/oder Therapie befinden oder die betreute Wohnphase in einigen Fällen auch länger dauern kann.

### **Therapeutische Ausrichtung**

Es soll ein möglichst breit gefächertes Angebot von medizinischer, psychiatrischer, psychotherapeutischer, psychologischer und psychosozialer Hilfe geben. Im Behandlungsprogramm wird ein hohes Gewicht auf Eigenverantwortung, Selbständigkeit und Weiterentwicklung gelegt. Es geht darum, die bei den Betroffenen vorhandenen und im Verlauf der Therapie erworbenen Kompetenzen und Ressourcen zu fördern.

1. Auseinandersetzung mit den konsumierten Drogen und dem eigenen Konsumverhalten,
2. Bearbeiten lebensgeschichtlicher Aspekte,
3. Persönlichkeitsentwicklung und Bearbeiten von Persönlichkeitsdefiziten,
4. medikamentöse Unterstützung,
5. Förderung von erweiterten Handlungsmöglichkeiten und höherer Selbstkontrolle,
6. soziales Lernen und eigenverantwortliches Zusammenleben in einer therapeutischen Gemeinschaft und um geschlechtsrollenspezifische Ansätze in der therapeutischen Arbeit.

### **Behandlungsziele:**

Beim Abschluss der Behandlung sollen die folgenden Zielvorstellungen erreicht sein:

1. Drogenabstinenz oder Integration in ein Substitutionsprogramm,
2. Gesicherte Wohnsituation mit den entsprechenden Kompetenzen, sich im sozialen Umfeld geordnet zu versorgen und
3. ein Arbeitsplatz oder die Integration in ein Arbeits- oder Trainingsprojekt.

## 5 LITERATUR

---

- Frankl V E (1982) *Ärztliche Seelsorge*. Wien: Deuticke
- Frankl V E (1988) *...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag
- Frankl V E (1990) *Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie*. München: Piper
- Frankl V E (1992) *Ärztliche Seelsorge. Grundlagen der Logotherapie und Existenzanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer
- Längle A (1988) *Entscheidung zum Sein. Viktor E. Frankls Logotherapie in der Praxis*. München: Piper
- Längle A (1991) *Gewissen, Handout*
- Längle A (1993a, Hrsg.) *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge*. Wien: Tagungsbericht Nr. 1 und 2/1991, GLE
- Längle A (1993b) *Personale Existenzanalyse*. In: Längle A (Hrsg.): *Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge*. Wien: Tagungsbericht Nr. 1 und 2/1991, GLE
- Längle A (1994a) *Theorie der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen auf Basis der PEA (Prozeßebene)*, Handout
- Längle A (1994b/01) *Entstehung der Persönlichkeitsstörung aus existenzanalytischer Sicht auf Basis der GM (Inhaltsmodell, Strukturebene)*, Handout
- Längle A (1996). *Existenzanalytische Aspekte der Sucht*. in: Fleisch E, Haller R, Heckmann W (Hrsg.): *Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Beratung, Vorbeugung und Therapie*. Weinheim: Beltz
- Längle A, Probst C (1997a). *Was sucht der Süchtige? Beweggründe und Ursachen aus existenzanalytischer Sicht*. in: Längle A, Probst C (Hrsg.): *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten*. Erweiterter Tagungsbericht 1/1993, GLE
- Längle A (1997b). *Modell einer existenzanalytischen Gruppentherapie für die Suchtbehandlung*. in: Längle A, Probst C (Hrsg.): *Süchtig sein. Entstehung, Formen und Behandlung von Abhängigkeiten*. Erweiterter Tagungsbericht 1/1993, GLE
- Längle A (1997c) *Wirkfaktoren in der existenzanalytischen Psychotherapie*, Handout

- Längle A (1997d) Theorie zur Entstehung der Persönlichkeitsstörungen der 3. GM - Spalten, Handout
- Längle A (1998) Borderline-Therapie, Handout
- Längle A (1999) Was bewegt den Menschen? Die existentielle Motivation der Person. In: Existenzanalyse 16, 3, GLE
- Längle A (2000a) Die „Personale Existenzanalyse“ (PEA) als therapeutisches Konzept. In: Längle A (Hrsg): Praxis der Personalen Existenzanalyse, GLE
- Längle A (2000b) Schematische Darstellung der einzelnen Schritte der PEA. In: Längle A (Hrsg): Praxis der Personalen Existenzanalyse, GLE
- Längle A (2000c). Die Willensstärkungsmethode (WSM). In: Existenzanalyse 17, 3, GLE
- Längle A (2000d) Einteilungsvorschlag der Persönlichkeitsstörungen, Handout
- Längle A (2000e) Phänomenologische Dialogübung („Sesselmethode“). In: Existenzanalyse 17, 1, GLE
- Längle A (2002) Zum Verhältnis Person - Ich, Handout
- Rauch J (1996). Selbsterfahrung der Kursteilnehmer/innen. in: Fleisch E, Haller R, Heckmann W (Hrsg.): Suchtkrankenhilfe. Lehrbuch zur Beratung, Vorbeugung und Therapie. Weinheim: Beltz
- Tutsch L (2002) Selbstdistanzierung. In: Längle A (Hrsg): Lexikon der Existenzanalyse und Logotherapie, GLE