GRUNDLAGEN DER EXISTENZ ALS METHODISCHE ELEMENTE FÜR DIE PRAXIS

Selbstkonfrontation, Widerstandsarbeit, Verbitterungssyndrom

Alfried Längle

Stellungnahmen sind Realisierungen der personalen Freiheit des Menschen. Für das existenzanalytische Arbeiten ist ihre Erarbeitung daher grundlegend. Sie sind Ausgangspunkt für Handeln und Dialog, auch für den inneren Dialog, dem zentralen Element seelischer Gesundheit in der Existenzanalyse und daher für die Gesundung unentbehrlich.
Es werden hier drei unterschiedliche Einsatzbereiche der Stellungnahmen anhand von Beispielen besprochen: einmal als Selbstkonfrontation gegenüber Symptomen und inneren Kommentaren mit dem Ziel, den inneren Dialog auszubauen; personale Stellungnahme der Therapeuten zum Abbau von stärkeren Widerständen in der Therapie; und intime Stellungnahmen der Patienten zum eigenen Sein, exemplarisch aufgezeigt als Zugang bei einem Verbitterungssyndrom. Ergänzt werden die Ausführungen durch andere Vorgangsweisen bei Widerstandsphänomenen sowie einer tieferen Reflexion zur Akzeptanz des Daseins durch eine therapeutisch angeleitete intime Beziehungsaufnahme.

SCHLÜSSELWÖRTER: Existenz, Methoden, Stellungnahme, Selbstkonfrontation, innere Kommentare, Widerstand

FUNDAMENTS OF EXISTENCE AS METHODICAL ELEMENTS FOR TREATMENT
Self-confrontation, work with resistance, embitterment syndrome

By taking an inner position towards something the human being realizes personal freedom. Hence, its development is vital for existential analytical treatment. It is point of departure for actions and dialog, also for the inner dialog, which is the central element of mental health in existential analysis and so indispensible for recovery.
The contribution discusses three fields of application for inner positioning on the basis of examples: firstly as self-confrontation with symptoms and inner commenting in order to develop the inner dialog; personal positioning of the therapists for the reduction of strong resistances in therapy; and intimate positioning by the patients towards their own existence, exemplarily pointed out as an approach in a case of embitterment syndrome. The discussion is supplemented by alternative procedures in cases of resistance phenomena, as well as by a profound reflection upon the acceptance of being in existence through a therapeutically guided intimate establishment of relationship.

KEY WORDS: existence, methods, taking an inner position, self-confrontation, inner comments, resistance

1. SELBSTKONFRONTATION ALS METHODISCHE VORGANGSWEISE ZUR MOBILISIERUNG PERSONALER RESSOURCEN UND DES INNEREN DIALOGS

Selbstkonfrontation stellt eine Sonderform der Stellungnahme zu sich selbst dar. Grundsätzlich ist die Einladung und Hinführung der Patienten zu eigenen Stellungnahmen in vielen Psychotherapien eine wichtige und in der Existenzanalyse (EA) sogar zentrale Vorgangsweise in Therapie und Beratung. Es ist wahrscheinlich das am häufigsten angewandte Therapie- und Beratungselement in der EA. Die Bedeutung der Stellungnahmen für die Praxis wird hier kurz umrissen, bevor auf die Selbstkonfrontation im besonderen eingegangen wird.

1.1 Was geschieht in der Stellungnahme?

Eine wichtige praktische Bedeutung von Stellungnahmen besteht darin, daß durch sie das Ich gefestigt wird. Dies geschieht einerseits durch den Übungseffekt durch den Einsatz der Ich-Strukturen, andererseits wird dem Ich in der Stellungnahme die Möglichkeit eingeräumt, in Resonanz mit der Person zu kommen. Das Ich in Resonanz mit dem eigenen Personsein bildet den inneren Boden für das Dasein. Erst auf diesem Boden wird eine authentische und weltoffene Existenz erst möglich. Der therapeutisch wichtige Effekt ist dabei, daß in der Stellungnahme ein inneres Gegenüber gebildet wird, das die Kraft einer ausgleichenden Stabilisierung in sich hat. Denn mit der inneren Bezugnahme zu sich selbst wird ein Gegengewicht gebildet zu äußeren Eindrücken und inneren Gedanken, Erinnerungen, Gefühlen. So kann der Mensch unter dem Einfluß der ständig auf ihn einströmenden Erlebnisse sein Selbstsein bewahren und es in die Welt bringen.

Stellungnahmen brauchen den inneren Dialog für ihr Zustandekommen. Sie entstehen durch ein Mit-sich-in-Abstimmung-Treten. Dabei werden Fragen wie: „Wie ist das für mich? – Was halte ich davon?“ eingesetzt. Die Fragen lassen erkennen, daß die innere Abstimmung einerseits zwischen Bewußtsein und Emotion erfolgt, andererseits zwischen Bewußtsein und Erfahrung (Wissen), Haltung, Gewissen, Denken, Einschätzung der Zukunft. Stellungnahmen sind hoch komplexe Vorgänge, in denen die gesamte aktuell zur Verfügung stehende Information und Erfahrung, aber auch Übung und vitale Kraft zusammenkommen. Auch inhaltlich sind Stellungnahmen vielseitig. Sie können sich zu äußeren Ereignissen (z.B. Verhalten des Partners, Ereignis in der Familie usw.) ebenso wie zu inneren Vorgängen vorgenommen werden (z.B. zu einem Gedanken, einem Gefühl, einem Verhalten).

Jede Stellungnahme ist formal gesehen ein persönliches Urteil auf der Basis der sich in der Wahrnehmung und Reflexion einstellenden Emotionen, Reflexionen, Erfahrungen, Einschätzungen usw. Das Urteil verschafft Klarheit für das eigene Handeln und für die Einschätzung der Situation, somit über die Bedeutung des Handelns der anderen für einen selbst.

1.2 Stellungnahme und Dialog

In der authentischen Stellungnahme wird dem eigenen Personsein Raum verschafft, weil man sich auf ihre innere Präsenz (in Form von Emotionalität, Gespür und Bewußtsein) bezieht. Darum kann auf dieser Grundlage ein echter äußerer Dialog zustande kommen. Der äußere Dialog bedarf des inneren „Dialogs", des innerlich sich Gegenübertretens, durch das der Sprechende[1] für den Gesprächspartner „persönlich" erreichbar zu sein. Nur so spricht das Ich zum Du, nur in solcher Anbindung kommt es zum Austausch zwischen einer Person und einem anderen. Wenn Dialog mit anderen Menschen stattfinden kann, hat dies eine entwicklungsfördernde, stärkende, klärende und dadurch auch heilsame Wirkung für das Ich (Längle 1992), weil personale Abstimmung sowohl im Außen angetroffen wird – im Du des anderen geschieht derselbe Prozeß – als auch im Innen.

In der (existenzanalytischen) Therapie wird durch den therapeutischen Dialog versucht, die Kraft der Person des Therapeuten in die Arbeit des Patienten einfließen zu lassen, durch das Personale des Therapeuten das Personale im Patienten anzustoßen. In diesem dialogischen Prozeß soll dieser innere Prozeß des Sich-mit-sich-Abstimmens beim Patienten gefördert und unterstützt werden. Das Finden des Ichs besteht im inhaltlichen Erfüllen der Ich-Strukturen mit emotionalen, kognitiven und erfahrungsbezogenen Inhalten, die mit der Person abgestimmt sind, d.h. als wichtig, wertvoll, stimmig oder sie betreffend empfunden werden. Diese „geistigen" Inhalte stärken das Ich, das damit seiner Bestimmung zugeführt wird, nämlich einen kongruenten inneren Pol zu bilden, das der eigenen Innerlichkeit gegenübertreten kann, und die Brücke zum „Außen" zu schaffen. Die Stärkung erfolgt neben dem Antreffen der eigenen Bestimmung durch das Ansprechen, Auffinden und Dazuschalten der eigenen personalen Kräfte wie Emotionalität, Verstehen, Stellungnahme, Reflexion, Wille. Gerade das ist eine optimale Grundlage für die Verarbeitung von innerer und äußerer Information. Über die gewonnen Stellungnahmen kommt es zur Integration des Erlebten bzw. zur Distanzierung vom Erlebten (Selbst-Distanzierung). Darum eignet sich der Prozeß auch zur Bearbeitung und Einarbeitung jener Information, die in Gefühlen enthalten ist.

Die Wichtigkeit der Stellungnahme im Rahmen existenzanalytischer Arbeit wurde durch systematische Anwendung in Form der Personalen Positionsfindung (PP) und der Personalen Existenzanalyse (PEA) methodisch ausgebaut (Längle 1994; 1993; 2000).

Im vorliegenden Rahmen soll die Einbindung dieser zentralen Fähigkeit der Person in drei Anwendungsbereichen besprochen werden, einmal als Selbstkonfrontation zur Mobilisierung der Person gegenüber dem inneren Fremden und zum Ausbau des inneren Dialogs, dann als Hinzuschaltung der Person bei stärkeren Widerstandsphänomenen und schließlich in der intimen Begegnung mit dem Dasein bei der schwer zugänglichen Verschlossenheit des Verbitterungssyndroms.

1.3 Selbstkonfrontation gegenüber dem Symptom

Manche Patienten leben wie in einem Nebeneinander mit sich selbst. Da ist einerseits die Kognition für die bewußte Alltagsgestaltung. Man ist auf die Informationsaufnahme und Verarbeitung konzentriert, auf das Handeln und sich Orientieren, damit ein problemloses Funktionieren gewährleistet ist. Die sich dabei einstellenden Gefühle werden so gut wie nicht beachtet. Das kann unterschiedliche Gründe haben, wie z.B. eine Minderbewertung der Gefühle gegenüber der Rationalität, Unerfahrenheit im Umgang mit Gefühlen, Unkenntnis ihrer Bedeutung. Zumeist aber läßt sich Hilflosigkeit, Unfähigkeit oder Überforderung durch die Gefühle beobachten. Ein solches Verhältnis zu den Gefühlen ist nicht eigentlich dissoziativ, weil die Gefühle durchaus wahrgenommen und empfunden werden. Sie werden daher nicht „kaltgestellt", abgespalten und „unfühlbar" gemacht, sondern können wahrgenommen werden. Sie sind empfindungsmäßig präsent, wenngleich im Hintergrund des Bewußtseins stehend. Es wirkt, als wären sie gleichsam „liegen gelassen", nicht aufgegriffen, unabhängig von ihrem Inhalt. Es können z.B. Gefühle von Stress, Anspannung, Einsamkeit, Druck, Unruhe usw. sein, wie auch der Freude, Sympathie, Liebe, Heiterkeit.

Als Folge eines solchen unverbundenen Nebeneinanders von bewußter Alltagsgestaltung und infertiler Emotionalität („liegengelassener Gefühle") entsteht innere Entfremdung, Unerfülltheit (man „er-lebt" zu wenig), das Gefühl, am Leben nicht wirklich teilzunehmen, und es können sich weitere Problemkreise auftun wie Beziehungsprobleme, Einsamkeitsgefühle u.v.m.

Uns geht es in diesem Zusammenhang um die praktische Handhabung solcher (recht häufiger) Phänomene. Wie kann man mit existenzanalytischer Methodik die Patienten aus diesem lebensdistanten Verhalten herausführen? Was können wir ihnen als Anleitung in die Hand geben?

Natürlich gibt es mehrere Vorgangsweisen, wie z.B. der Einsatz der schon erwähnten Methoden PP und PEA, aber auch Sensitivity training, sensory awareness, körperorientierte Vorgangsweisen, problemfokussiertes Vorgehen mit Mobilisierung schmerzlicher Gefühle, die das Gefühlsleben dämpfen, um nur einige zu nennen.

Hier soll eine praktische Anwendung einer stellungnehmenden Vorgangsweise kurz beschrieben werden.

1.3.1 Zum Beispiel der Umgang mit innerer Unruhe

Nehmen wir das Beispiel eines 35jährigen Patienten mit

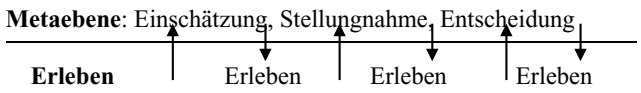
[1]Generisches Maskulinum, meint gleichermaßen Männer wie Frauen.

Schlafstörungen, Somatisierungsstörungen und generalisierter ängstlicher Unsicherheit. Er klagt u.a. über Unruhe, mit der er aber nichts anzufangen weiß. So greift er meist zu Beruhigungstabletten, oder hilft sich mit Alkohol. Zwar stört ihn die Schlafstörung, doch schafft er es meist, sich aus diesem Leiden mit solchen Mitteln zu befreien. Im Therapiegespräch beschließen wir, nach „einem anderen Mittel" zu suchen, um mit dem Störfaktor umgehen zu können. Andockend an seine Begrifflichkeit soll ein anderer Umgang mit der Unruhe ausprobiert werden.

Die selbstkonfrontative Vorgangsweise ist gewissermaßen ein Aufgreifen und Weiterführen der Art, wie der Patient bisher ansatzweise mit der Unruhe umgegangen ist. Er hat sie wahrgenommen, beurteilt und im Sinne des Urteils Mittel gegen sie eingesetzt.

Nun soll es auch um die Wahrnehmung gehen, aber um eine aufmerksame, interessierte, offene, zugewandte Wahrnehmung, die eben ein Erleben darstellt. Dann wird das Erleben einer Einschätzung unterzogen, eine Stellungnahme dazu gesucht, und eine Entscheidung getroffen. Danach wird wieder auf die Wahrnehmung fokussiert und so fort – es entsteht eine Art Dialog zwischen der wahrnehmenden Person und dem erlebten Gefühl, in diesem Fall der Unruhe.

Man kann diese Vorgangsweise modellhaft so darstellen:



Durch eine Art innerer Dialog wird das Erleben aufgegriffen und immer wieder personal entgegengenommen, d.h. bewertet. Dadurch entsteht ein Prozeß, bei dem auf die vorherrschende Unruhe immer wieder eingegangen wird, aber stets neu nach vollzogener Stellungnahme bzw. Bewertung. In dieser Kette von Eingaben, von geistiger Konfrontation, von Herangehen und Fassen, kann sich das Erleben der Unruhe Zug um Zug langsam verändern.

Vor der konkreten Durchführung wird vorangestellt, daß der Patient jederzeit aus dem Prozeß aussteigen kann. Das soll ihm nicht nur seine Freiheit belassen, sondern ihn auch in seiner Autonomie und Eigenverantwortlichkeit bestärken. Außerdem wird dem Versuch ein möglicherweise bedrohlicher Charakter genommen.

Einstieg: Da ist die Unruhe. Sie spüren sie. – Können Sie sie aushalten? – Mir scheint es von der Arbeit her wichtig, daß Sie sie aushalten können, um sich von ihr nicht vertreiben zu lassen. – Wenn Sie es aushalten können, wie lange können Sie sie aushalten? Was glauben Sie?

Wahrnehmung: Die Unruhe fokussierend sich fragen: Wie fühlt sie sich an? Wie stark ist sie eigentlich?

Beobachtung: Verändert sich die Unruhe während der Beobachtung? Wie?

Stellungnahme: Kann ich sie so mal für den Augenblick sein lassen? Lassen, wie sie ist?

Die Unruhe nimmt üblicherweise ab – doch beobachtet dieser Patient eine Körperspannung.

Offenheit: Es ist interessant, was sich da tut. Können Sie diese Körperspannung aushalten? – Können Sie sie lassen? Geht es? Sie beobachten, was sie tut, und dabei nur tief atmen.

Die Körperspannung löste sich bei ihm weitgehend auf, was in der Regel der Fall ist, wenn man so vorgeht.

Ein solcher Vorgang besteht anthropologisch gesehen aus einem ständigen Abwechseln zwischen *Selbst-Annahme* und *Selbst-Distanzierung*. Es ist ein Wechseln zwischen Erleben und Beobachten, von Hineingehen und sich wieder Herausnehmen aus dem Erlebten, sich bewertend und beurteilend dazuzustellen und dann das innere Erleben erneut in Empfang zu nehmen, es frei zu lassen, wie im Schema oben angedeutet. In diesem offenen, dialogischen Wechselspiel wird das Ich als Person aktiviert, weil das Erleben mit dem „in uns Sprechenden" in Bezug gebracht wird (vgl. die „Definition" von Person in Längle 2008, 59). Durch dieses „Zusammennähen" von erlebendem Subjekt mit aktuellem Erlebnisinhalt geschieht eine Integration des Erlebten mit dem Eigenen. Dem „Neuen", dem zu Integrierenden, wird gleichsam erlaubt, das Ich zu berühren, es zu tangieren, ihm „seinen Stempel aufzudrücken". Es wird ihm mit Interesse für seinen Inhalt begegnet, und es kann diesen der Person anmelden. Das Erleben, das Befinden (in diesem Fall die Unruhe) findet Gehör. Manche Gefühle ändern sich allein durch ihre Akzeptanz, weil sie dadurch ihre Botschaft übermitteln können und zu einem lebensnäheren Verhalten anleiten können. Andere Gefühle sind nach ihrer „Personierung" erst noch zu entschlüsseln und in ihrer Bedeutung zu verstehen. In jedem Falle aber verändert sich die Beziehung zum Erlebnisinhalt, weil er in die Lebenswelt des Betroffenen aufgenommen wird, und man selbst an ihm zu wachsen beginnt – vorausgesetzt, es können die Gefühle so gehalten werden, ohne daß man von ihm überwältigt wird und z.B. zu dissoziieren beginnt (z.B. bei Traumata).

1.3.2 Innerer Dialog vs. innere Kommentare

Für die Entwicklung der Stellungnahme ist der innere Dialog erforderlich, und auf der Grundlage von Stellungnahmen kann er auch weitergeführt werden. Ein häufiges Problem, das zur Entwicklung unzureichender oder gar apersonaler „Stellungnahmen" führt, ist das Auftreten von inneren Kommentaren, die den offenen inneren Dialog verstellen, verdrehen oder blockieren. Eine Differenzierung dieser inneren Stimmen ist daher ganz grundlegend für die Arbeit mit Stellungnahmen.

Einige wichtige Kriterien für den echten inneren Dialog sind:

1. Sich in *guter Resonanz* mit sich fühlen
2. Es als persönlich *richtig* empfinden
3. Kognitiv *überzeugt sein* (dazu stehen können)
4. Als Gesamteindruck ein Gefühl der „*Stimmigkeit*" haben

Dagegen sind charakteristische Kriterien für die monologischen inneren Kommentare:

1. *Negative Resonanz*: in den meisten Fällen ist der Kommentator immer gleich negativ gepolt (außer in der Manie und im Narzißmus), ist entwertend, zerstörerisch, richtet Schaden an.

2. Es fehlt eine persönliche *Stellungnahme*. Als Folge der Verunsicherung kommt es nicht zu einem Umgang mit sich selbst, sondern zu einem Mit-sich-geschehen-Lassen, zum personalen Zurückweichen, Überrollen-Lassen, Verschwinden vor sich selbst.

3. Statt Überzeugung herrscht oft *Unsicherheit* vor: „es könnte sein", „vielleicht", wirft Fragen auf, die alles in Frage stellen, die Mißtrauen, Abwertung, Zynismus usw. erzeugen.

4. Häufig *einschleichender* Beginn mit Tendenz zur *Verselbständigung* und Generalisierung.

Ein Beispiel

Alexander[2], ein 36jähriger Mann, von Beruf Programmierer, kommt wegen „innerer Erschöpfung" in Therapie. Diagnostisch handelt es sich um eine zwängliche Persönlichkeitsstörung mit Zwangsgedanken. Anamnestisch fand sich eine große Parallele seiner Symptomatik zur Herkunftsfamilie: In seiner Familie dominierte das Rationale, Überlegte, die Gedankenwelt – so auch in ihm.

In der Begegnung ist Alexander freundlich und offen, zugänglich, aber es fällt gleich auf, wie schwer es ihm fällt ins Sprechen zu kommen. Man muß ihn alles fragen. Selbst auf gezielte Fragen hin hat er Schwierigkeiten zu formulieren. Im Verlauf wurde deutlich, daß er sich selbst kaum finden kann. Er weiß wenig, was in ihm vorgeht, was ihn bewegt und was er will, und daher kann er über sich selbst wenig sagen. – In seinen Haltungen und Anschauungen ist er rigide, wenig flexibel, selbst bei Einstellungen, die nur die Tagesgestaltung betreffen. Doch ist er sehr zuverlässig und hält Termine peinlich genau ein.

Was ihn vor allem plagt, ist sein zwanghaftes Denken. Eine Angst vor Fehlern steckt dahinter, und diese Angst ist ihm bewußt. Fehler sind für ihn wie „das Böse", und würde er einen machen, würde er zu einem „Teil des Bösen". Fehlern haftet somit etwas Unheilvolles an, etwas Destruktives, Teuflisches. Sein Denken verselbständigt sich oft, er kann es nicht stoppen, besonders wenn die Möglichkeit besteht, daß er Fehler machen könnte. Sein Gehirn sei wie ein Computer – aber diesen „Computer" könne er als Programmierer leider nicht programmieren. Das Ermüdende dabei sei, daß er mit seinem Denken stets in Zweifel gerate, neue Begründungen suche und sich so in die Erschöpfung komme, was ihn in die Therapie führt. Daneben ist er aber beseelt von der Vorstellung, eine vollkommene Entscheidung treffen zu können. Es wäre das größte Glück, eine solche, geradezu gottähnliche Entscheidung einmal getroffen zu haben, denn dann wäre er einmal sicher vor dem „Bösen". Er ist überzeugt, daß eine solche Entscheidung im Prinzip erreichbar sei.

Die äußerlich sichtbare und dominierende Unfähigkeit zum Dialog sowie die innere Fremdheit mit sich selbst legte es nahe, sich therapeutisch auf den inneren Dialog zu fokussieren. Innerer Dialog fand bei Alexander nicht statt, obwohl er ständig am Denken war und diese Aktivität für „so etwas" hielt. Was in seinen Denkvorgängen aber fehlte, war die eigene Stellungnahme zu den Erlebnisinhalten. So gerieten die vielen Gedanken zu einer ununterbrochenen Kette von Möglichkeiten, die zu keinem relevanten Ergebnis führte. Denn das, was er selbst von seinen Gedanken hielt, wie er sie selbst einschätzte, blieb stets aus – es fehlte seine eigene Stellungnahme zu den Gedanken. Daher konnten die Gedanken ihn nicht „bedienen" mit Informationen und logischen Verknüpfungen, sondern trugen ihn vielmehr fort in immer unwegsameres Gelände.

Ein Abschnitt (nach etwa einem Drittel der Therapie - sie dauerte eineinhalb Jahre) soll zeigen, wie sich dieser „innere Dialog" abspielte, stellvertretend für viele ähnliche Situationen. Alexander hört gerne Musik. Kaum legt er sich eine Musik auf, kommt das Grübeln: „Warum mag ich eigentlich diese Musik? – Ist das denn gute Musik? – Wie kann ich das wissen?" Diese Fragen bringen ihn zunehmend in Spannung, weil er sie nicht beantworten kann. Er weiß nicht, warum diese Musik gut ist, warum sie gut sein soll. Er findet nicht, warum er überhaupt Musik hört, warum sie ihm gefällt. Er wird zunehmend verunsichert, schließlich verzweifelt ob der Menge der Fragen und der steigenden Gefahr, einen Fehler zu begehen und Teil des Bösen zu werden. So hört er nach zehn, fünfzehn Minuten auf Musik zu hören und gönnt sich dann längere Zeit keine mehr. Gleichzeitig geht er in Rückzug im sozialen Bereich, verschließt sich, will ungestört sein. In diesem resignierten Rückzug beginnen die Zweifel ungehindert und ungestört zu nagen, und die Angst wird groß, ob das nicht doch schon ein böses Verhalten war usw. Ist er dann erschöpft, kann er endlich einschlafen.

Man kann die Charakteristik dieser monologischen Gedanken erkennen: sie beginnen einschleichend, führen zur Verunsicherung, verselbständigen sich, enthalten von Anfang an etwas Abwertendes und Zweifelndes, wodurch sein ursprüngliches Empfinden – „ich mag diese Musik" – zusehend unter Druck gerät und fragwürdig wird. Doch anfangs ist die Frage harmlos und akzeptabel, eine Frage, die man sich durchaus stellen darf, und auf die er auch noch eingehen kann.

Der folgende Abschnitt greift exemplarisch jene Elemente auf, die speziell mit der Arbeit am inneren Dialog in der Therapie zu tun hatten. Dabei wird die pathologische Entwicklung der Kommentare der anankastischen Persönlichkeitsstörung geschildert und dem gemeinsam erarbeiteten personalen Dialog gegenübergestellt.

[2] Name verändert.

[3] Die hier angeführte Formulierung der Kommentare ist beispielhaft und entspricht etwa dem geschilderten Verlauf, ist aber nicht wörtlich aufgezeichnet worden.

Alexander schildert in einer Sitzung, wie es ihm geht, wenn er Musik hört. Er legt sich eine Lieblingsmusik auf und es geht ihm gut. Doch nach etwa zwei Minuten beginnt das lästige Denken, das ihn immer mehr in Beschlag nimmt, und in etwa so abläuft[3]:

Das Einschleichen des Kommentators:
Anfangs ist noch innerer Dialog gegeben, der dann zunehmend in ein Kommentiertwerden übergeht.
„Ist diese Musik gut?" – „Ja, warum nicht?" – „Wer sagt, daß die gut ist?" – „Ich glaube, sie ist gut." – „Aber kannst du da sicher sein?" – „Na ja, schon – ich glaub schon." – „Du glaubst nur." – „Es ist ja wahr, es könnte natürlich schon sein, daß ich mir das nur einbilde! … Und dann glaube ich am Ende, es sei gute Musik, und in Wirklichkeit höre ich schlechte Musik!"

Dialogisches Entgegentreten:
Es geht darum, den aufkommenden Gedanken entgegenzutreten und sich zunächst fragend auf sich selbst zu beziehen, um sich von innen her orientieren zu können:
Was *fühle* ich selber dazu? Fühle ich ein Schwingen und ein Mitgehen mit der Musik, wenn ich mal nicht auf meine Gedanken achte, sondern mich auf das Erleben konzentriere? –
Dann die Stellungnahme:
Wenn ich das bei einer Musik fühlte, ist es gute Musik. Und bei dieser Musik kann ich ein Mitschwingen fühlen, ganz spontan. Für mich ist es gute Musik, weil ich solche guten Gefühle dabei bekomme. Darum kann ich sagen, sie gefällt mir. Musik ist ja dafür da, daß sie gute Gefühle macht.

Schon an so früher Stelle der aufkommenden Störgedanken findet bereits eine Weichenstellung statt. Noch sind es eher Zweifel, vielleicht sogar Überlegungen, die Möglichkeiten prüfen. Noch handelt es sich nicht um innere Kommentare. Doch schon hier entscheidet es sich, ob es zu einem inneren Dialog kommt oder zum Verlust der Position der Person und das Fremde überhand zu nehmen beginnt, das sich zum monologischen Kommentator aufschwingen kann, wie es Alexander spontan ständig erlebte.

Um die Hürde an dieser Stelle überwinden zu können, ist es entscheidend, ob die Patienten Zugang zum eigenen Erleben haben. Nur wenn man sein Erleben auffinden kann, kann man sich authentisch gegen die Gedanken stellen und sich behaupten (man könnte andernfalls Positionen anderer Menschen, aus Büchern, Religionen usw. aufnehmen – aber solche Positionen wären fremde Positionen, die einen in eine Abhängigkeit bringen).

Alexander wurde anfangs an solchen Stellen selbstunsicher. Er hatte zwar Zugang zu seinem inneren Schwingen, konnte aber seinem Gefühl nicht wirklich vertrauen. Diesem Umstand wurde therapeutisch auf zweifache Weise Rechnung getragen. Zum einen wurde die innere Unsicherheit durch Erklärungen und Beschreibungen des Therapeuten „*kognitiv geschient*". Zum anderen *substituierte* der Therapeut Alexanders Ich-Schwäche[4] durch Bekräftigung der Erlebnisansätze und Aufgreifen seiner anfänglichen Überzeugung, daß ihm diese Musik ja immer gefallen habe, um so die Dominanz der Unsicherheit abzuschwächen. An dieser frühen Stelle wurde den unsicheren Gedanken bzw. der ihr zugrundeliegenden Gefühle noch nicht nachgegangen. Solches Vorgehen geschieht besser im Anschluß an die Basisarbeit, wenn der innere Dialog (wieder-)hergestellt ist. Im Zuge der Etablierung des inneren Dialogs steht dem Patienten dann auch mehr personale Kompetenz und Ressource zur Verfügung, wodurch er dem Gewordensein besser begegnen kann. – Bei Alexander bedurfte es einiger Übung, bis er Vertrauen in sein Erleben fand und darin gefestigt war. Dieses Üben hatte bei ihm schon vor dieser hier beschriebenen Sitzung stattgefunden, und wurde noch oft in nachfolgenden ähnlichen Situationen weitergeführt.

In der nächsten Stunde kam Alexander nach einem Versuch Musik zu hören mit einer Akzentuierung des Problems, das als Vertiefungswirkung des Vorgangs aufgefaßt werden kann. Zunächst aber war es von neuerlicher Unsicherheit dominiert. Es tauchten beim Musikhören Fragen des Kommentators auf, die einsetzten mit:

Kommentar:
Wie kannst du überhaupt wissen, ob das eine gute Musik ist?

Die Anfrage hat sich nun schon in einen Kommentar gewandelt. Dieser stellte weniger die Qualität der Musik in Frage als vielmehr die Erkenntnisfähigkeit selbst – und damit ihn. Das war vorher zwar angedeutet schon vorhanden, aber die Anfrage bezog sich vorwiegend auf die Qualität der Musik. Nun wurde das Problem grundsätzlicher aufgeworfen, als Problem der Erkennbarkeit und des allgemeinen Kriteriums für gute Musik.

Dialogisches Entgegentreten:
Mit Selbsteinschätzung und Wissen dem Kommentar entgegentreten, um ihm dadurch seine Wirkung zu nehmen.
Ich muß ja nicht wissen, was allgemein als gute Musik gilt, falls es das überhaupt gibt. Ich bin ja kein Musikwissenschaftler. Mich interessiert, was für mich gute Musik ist. Ich muß es ja niemandem sagen, was mir gefällt, ich will sie nur für mich anhören. Und dieses ist für mich eine gute Musik, weil ich ein gutes Gefühl dabei habe, wenn ich ihr zuhöre und nicht von den blöden Gedanken abgelenkt bin. Und wenn ich bei einer Musik kein gutes Gefühl habe, ist es für mich keine gute Musik, oder ich verstehe sie halt (noch) nicht. – Aber bei dieser Musik habe ich immer ein gutes Gefühl.

[4] In der EA sind die Ich-Strukturen beschrieben durch die Grundfunktionen der 3. Grundmotivation: sich und andere beachten können, sich und andere ernst nehmen können, sich und andere wertschätzen können. Mithilfe dieser Funktionen kann der Mensch Bezug auf seine Emotionalität nehmen und sich mit sich als Person abstimmen, was ihm Authentizität verleiht. (Vgl. Längle 2008, 50)

Die Kommentare hörten deswegen nicht auf und verdichten sich nun um seinen Selbstwert:

Kommentar:
Täuschst du dich nicht? Vielleicht ist das schlechte Musik und du irrst dich und gehst ihr auf den Leim und das ist dann ganz schön blamabel, weil dann würdest du dumm dastehen… *[Generalisierung der Folgen]*

Dialogisches Entgegentreten:
Bezweifeln und schließlich konfrontieren des Kommentars.
Wer sagt denn, daß es nicht in Ordnung sei und gegen die Musik spricht, wenn man ein gutes Gefühl beim Hören bekommt? Ich darf doch dieser Ansicht sein, die übrigens auch mein Therapeut und viele andere teilen, daß dann Musik gut ist. – Aber woher weißt Du, Kommentator, daß das schlechte Musik sein soll? Du tust gerade so, als ob du das wüßtest. Aber solange du mir nicht beweisen kannst, was objektiv gute Musik ist, höre ich subjektiv gute Musik, auch wenn sie manche andere nicht gut finden.
[Durch das Zu-sich-Stehen soll der Kommentator gestoppt werden. In der Stellungnahme wird ihm das eigene Personsein entgegengehalten]

Dennoch kam es im Verlauf der nächsten Gespräche zu weiteren Kommentaren, denen in derselben Art begegnet wurde:

Kommentar:
Du hast überhaupt keine Ahnung, was gute Musik ist. Das ist gefährlich, was du tust, du riskierst zu viel. Und paß auf: Wenn du bei kleinen Dingen schon solche Fehler machst, dann machst du sie auch bei größeren Dingen. – Und dann bist du eine Null. Dann bist du Teil des Bösen!

Selten gingen die Kommentare vor der Therapie bis zu diesem Punkt, der für Alexander der Abgrund war. Ihn versuchte er durch vorzeitiges Nachgeben zu vermeiden. Spätestens an der Stelle aber wird es verständlich, daß Alexander bei solchen Kommentaren nicht mehr in der Lage war, Musik zu hören. Nun ist das personale Ich gleichsam vollends verschwunden. Genau das war die Gefahr, die hinter den aufkommenden Kommentaren lauerte. Er hatte sie stets gespürt, befürchtet, ist ihr aber kaum begegnet. Doch diese Angst vor dem letzten Schluß im Kommentar hatte ihn geschwächt und den Dialog unterbunden. So kamen durch die innere Dialogik das tief sitzende Problem des Selbstwerts und die Angst vor dem Selbstwertverlust mit Vehemenz ins Erleben.

Dialogisches Entgegentreten:
Der Übertreibung entgegentreten. Für sich einstehen, zurückweisen der Aburteilung.
Ich brauche mich nicht so entwerten lassen, wie du das gerade mit mir tust. Das ist ganz übertrieben, daß ich keine Ahnung hätte, was gute Musik sei. Ich habe eine Ahnung, was *für mich* gute Musik ist. Ich muß gar nicht wissen, was für andere gute Musik ist, das darf jeder selber lösen.
Und das ist auch kein Fehler, wenn ich für mich privat so lebe, wie mein Gefühl schwingt. Ich möchte von nun an sogar viel mehr auf mein Gefühl horchen. Wenn ich aufs Gefühl horche – deshalb mache ich keine Fehler bei großen Dingen, im Gegenteil! Das ist sogar der beste Schutz! – Und was ist schlimm, wenn mich wegen dem Musikhören andere als eine Null ansehen? Sollen sie. – Und: wer macht schon keine Fehler? Man ist nicht gleich eine Null wegen eines Fehlers…

Es hätte sein können, daß hier eine Angst-Konfrontation nötig gewesen wäre, wie vorher schon bei anderen Themen. Im Falle des Musikhörens genügte es aber bei Alexander, sich zu üben in der Bezugnahme auf die Gefühle und sich so entgegenzutreten, nachdem einmal der am meisten schwächende Punkt in den Kommentaren konfrontiert war. Das Zwangsdenken verschwand nach eineinhalb Jahren. Der Aufbau des inneren Dialogs stellte einen zentralen Baustein dieser Therapie dar. Daneben wurde auch mit haltgebenden Übungen und Körperarbeit, Stellungnahmen zu Gefühlen und Entwickeln eines Verständnisses für Gefühle, Üben der Stellungnahme im Dialog mit anderen Menschen und spezifischen Elementen der Zwangstherapie, insbesondere der Angst-Konfrontation, gearbeitet.

1.3.3 Anmerkungen zur Ausbildung der inneren Kommentare

Nach der Beschreibung der Anleitung zum inneren Dialog soll abschließend noch eine Reflexion über das Zustandekommen der inneren Kommentare gemacht werden. Diese verunsichernden Kommentare mit ihren Infragestellungen sind als Ausdruck der Angst und der inneren Unsicherheit zu werten. Mit fortschreitender Lähmung der personalen Ressourcen schob die Dynamik dieser Angst den Horizont der untergrabenden Fragen weiter in einen generalisierenden Bereich hinaus: die Fragen bezogen immer mehr Situationen und Fähigkeiten des Patienten mit ein, und stellten ihn schließlich als ganzen in Frage.

Im subjektiven Erleben wurden diese Kommentare als „feindlich“ erlebt, als gegen sich gerichtet, und nicht als „personal“, aus ihm stammend. Sie untergruben seine Entscheidungen, entfremdeten ihn von dem, was ihm entsprach. Es stammte eben nicht aus dem personalen Ich, was da kam. – Da erhebt sich eine interessante Frage: Wie können solche „fremden“ Kommentare eine solche Macht bekommen? Da ist ein interessanter Aspekt zu beobachten, der oft nicht beachtet wird. Denn üblicherweise wird die Dynamik der Grundstörung zugeschrieben – in diesem Fall eben der Angst und der Selbstunsicherheit. Man kann hier jedoch gut beobachten, wie sich die Kommentare auf die aufkommenden Schutzreaktionen aufpfropfen, sich ihrer bedienen, so wie sich *Viren* ihrer Trägerzelle bedienen. Die Kommentare vermischen sich – was für Persönlichkeitsstörungen typisch ist – mit einer Schutzreaktion, in diesem Falle mit dem Aktivismus. Das hat zur Folge, daß *Freund und Feind nicht mehr*

kenntlich sind. Der Patient wähnt sich zu schützen, wenn er seinen Gedanken nachgeht. Auch deshalb ließ er sich auf sie ein. Er empfand sie als Wahrnehmung, als Warnung, als Hinweis, was ihm dienen sollte. Dahinter unbemerkt untergrub er mit seinem Verhalten immer mehr die eigenen, tragenden Strukturen der Existenz.

Warum geschieht das nicht häufiger? Wann sind diese „Viren" von Kommentaren in der Lage, Copingreaktionen für ihre Zwecke zu verwenden? Anders gefragt: Warum konnte sich die pathologische Dynamik unbemerkt mit dem Aktivismus des Denkens, Fragens und Kommentierens vermählen? Dies ist nur möglich, wenn die *Stellungnahme* des personalen Ichs nicht vollzogen wird. Damit fehlt das „*geistige Immunsystem*", das Fremdes von Eigenem differenziert. Das Ausbleiben von Stellungnahmen kann viele Gründe haben, wie mangelnde Übung und Erfahrung im dialogischen Miteinander, in der Unfähigkeit, Gefühle zu fühlen (Fehlen freier Emotionalität), zu verstehen, mit ihnen umzugehen usw.

In Falle von Alexander handelte es sich um einen *Totstellreflex*, der das ganze Geschehen überlagert hatte. Kaum setzte der Aktivismus ein mit seinen Fragen, erlahmte jeweils rasch die Kraft der Stellungnahme, die anfangs ansatzweise noch gegeben war. Unter dem Einfluß der zweifelnden Anfragen, die das Angst- und Unsicherheitsgefühl gebar, drohte alsbald die große, vernichtende Gefahr, „eine Null zu sein", ein „Teil des Bösen" zu werden. Die Angst lähmte das Ich als Person in seiner Stellungnahme, es wurde nicht mehr aktiv. So gab es keine eigene Position dazu, keine eigene Meinung mehr zu den ängstlich-unsicheren Gedankenspielen. Stillschweigend wurde dem Automatismus des zweifelnden Geschehens Recht gegeben. Der Patient hat unbemerkt sogar selbst mitgemacht bei der Ausbreitung der pathologischen Dynamik. Was als Totstellreflex zunächst nur innerlich zur Wirkung kam, fand schließlich auch einen Ausdruck im Äußeren: im Aufgeben des Musikhörens – nun war die Person auch in ihrem Weltbezug gelähmt. Darum litt der Patient unter diesem Verhalten, weil es ein fremdes Verhalten war, das ihn besetzte – eben eines, das ihn von sich wegführte.

Diese unheilvolle Vermählung von Totstellreflex und Aktivismus sehen wir in der Existenzanalyse als ein Kennzeichen von Persönlichkeitsstörungen (vgl. die Ansätze dazu in Längle 2002).

2. PERSONALE STELLUNGNAHME VON AUSSEN ZUM ABBAU VON WIDERSTAND

Verhalten auf der Basis von Copingreaktionen ist apersonal. Darum fehlt ihm das Wesentliche der Existenz – das Personsein. Wiederholen sich Copingreaktionen in der Therapie, kann das dazu führen, daß die Therapie zu stagnieren beginnt, weil sich das Verhalten bloß im Bereich des Sich-Schützens aufhält und schwerlich in die Entwicklung kommt. Das führt meistens zu Frustrationen beim Therapeuten und oftmals auch zu Unzufriedenheiten beim Patienten. – Mit solchen Phänomenen kann auf verschiedene Art umgegangen werden. Hier wird zunächst die übliche Umgangsweise mit Copingreaktionen überblickasartig beschrieben, um dann den Umgang mit verbarrikadierendem Verhalten bei starken Störungen etwas ausführlicher zu beschreiben. Die Vorgangsweise besteht in einem Hinzuholen der Person des Therapeuten, um das reaktive Verhalten in der Therapie von außen aufzuweichen und die personalen Kräfte des Patienten in Resonanz zu bringen, damit er sie dann selbst ergreifen kann.

2.1 Phänomenologische Widerstandsbehandlung – die Basisarbeit

Wenn in der Therapie Widerstände auftauchen, sollte in erster Linie die eigene Vorgangsweise kritisch betrachtet werden. Grundsätzlich braucht es immer zwei Personen, damit Widerstände entstehen können: jemanden, der etwas will – der Therapeut – und jemanden, der das nicht will – der Patient. In einer *phänomenologischen Psychotherapie* sind Widerstandsphänomene in der Therapie eher selten. Denn eine phänomenologische Vorgangsweise hat ja zunächst kein aktiv anzugehendes Ziel vor Augen. Alles, was vom Therapeuten kommt, wird eingeklammert, sein Wissen ebenso wie seine Intentionen, auch die therapeutischen. Es wird nichts verfolgt, sondern es wird versucht, die Phänomene in ihrer Aussage und Bedeutung zu verstehen. Ist dies geschehen, wird das ihm Wichtige angesprochen und man versucht gemeinsam – also im Sinne des persönlichen, ureigenen Interesses des Patienten – es umzusetzen, oftmals gegen Widerstände wie Angst, Unfähigkeiten, Konflikte usw.

Wenn der Therapeut hingegen den Patienten „zu etwas bringen möchte", kann Widerstand aufkommen, nämlich dann, wenn ihm das therapeutische Vorhaben nicht gefällt, wenn er es nicht versteht, nicht richtig findet oder wenn er es einfach nicht kann oder nicht zu können glaubt/fühlt. –

Einen Widerstand zu provozieren passiert wohl am häufigsten, wenn man die Patienten zu etwas zu motivieren versucht, wozu sie noch nicht bereit sind. Oder wenn man Themen bearbeiten möchte, die dem Patienten noch zu schwierig sind.

Eine Zurücknahme des therapeutischen Vorgehens und sich erneut auf den Patienten einstellen löst in der Regel das Problem.

Will man die Aktivität einer solche Vorgangsweise einordnen, kann man von einer *Stellungnahme des Therapeuten zu sich selbst* sprechen, die zu einer Entlastung des Patienten im konkreten Therapieabschnitt führt.

2.2 Die klassische Interventionsform

Ist jedoch eine Intervention erforderlich, etwa weil die Zeit drängt, oder weil Gefahren entstehen können, und es kommt dann zu Widerständen, kann man ihnen in der stellungnehmenden Art der EA begegnen: ihr Auftauchen wird *direkt angesprochen und eine begründete Entscheidung* dazu eingeholt. Z.B. so:

Th: Ich merke, daß Ihnen das Thema nicht leicht fällt, und sie ihm ausweichen. Möchten Sie darüber jetzt nicht spre-

chen?
Pat: Nein, möchte ich nicht.
Th: Dann wäre es interessant zu wissen, was der Grund ist, der Sie dazu veranlaßt, sich dagegen zu entscheiden? Könnten Sie das benennen, warum Sie nicht darüber sprechen möchten?

Es wird also in dialogischer Form das Problem vorgestellt und eine Stellungnahme dazu eingeholt. Lehnt der Patient die Bearbeitung ab, wird nach dem Grund gefragt, der ihn dazu bewegt. Denn handelt es sich um eine Entscheidung, so hat sie einen Grund, folgt sie einem Wert. Damit wird das Personsein des Patienten angesprochen und aktiv dazugeschaltet – und gleichzeitig überprüft, ob die Ablehnung selbst eine Copingreaktion ist oder eine personal getroffene Entscheidung. Gefragt wird nach: Was ist ihm wichtig? Was hat Vorrang? Welcher Wert ist in Gefahr, bzw. um welchen Wert geht es ihm? Das kann z.B. auch aufdecken, was vom Therapeuten falsch gemacht wurde, z.B. zu wenig erklärt wurde, nicht verstanden war usw.

Eine solche Konfrontation führt bei nicht zu massiven Widerständen in der Regel zu einer Veränderung und zu einem Eingehen der Patienten auf die Anfrage.

2.3 Der massive Widerstand

Bei stärkeren Störungen, bei denen mehrere Copingreaktionen gleichzeitig aktiviert sind, genügen diese Vorgangsweisen zumeist nicht mehr, sondern es bedarf einer *„Aufweichung" von außen durch die Person des Therapeuten*. Wenn sich dieser persönlich zeigen kann, sich in Form einer echten, mitfühlenden Begegnung einbringen und in ihr verharren kann, besteht eine größere Chance, einen massiven Widerstand von außen auflösen zu können – mit inneren Kräften allein wäre dies nicht zu erwarten. Als ein Beispiel für diese Vorgangsweise dient eine Intervention bei der folgenden Patientin.

Irene, eine 37jährige Frau mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, reagiert immer wieder ärgerlich, wenn sie in der Therapie auch nur im Ansatz an ihre Gefühle herangeführt wird. Die Ablehnung ihrer eigenen Emotionalität, das Übergehen der eigenen Gefühle, das ebenso rücksichtlos geschieht wie sie die der anderen übergeht, wird auch vom Therapeuten schmerzlich empfunden und ist in der Gegenübertragung schwer erträglich. Dazu kommt ihr Verhalten anderen Menschen – insbesondere Männern – gegenüber, das in seiner Gefühllosigkeit und in seinem Hintergehen wiederholt vom Therapeuten als unethisch empfunden wird. Der Versuch, bei solch schwierigen Situationen ihr persönliches Empfinden anzufragen, wird von Irene stets weggeschoben; es wird umgangen, überspielt, ignoriert. Wird versucht, Irene am Thema zu „halten", oder sie dahin zurückzuführen, wird sie ärgerlich.

Nach einem Jahr Therapie entstehen nun häufiger Abschnitte oberflächlichen Sprechens, des Kreisens um Themen, ohne daß in sie eingestiegen werden könnte oder daß die Patientin etwas zur Veränderung ihrer Situation beitragen würde. Es werden für den Therapeuten die Gespräche unbefriedigender. Es wird deutlich, daß die Erschwernis der Therapiesituation mit dem ständigen Versuch der Patientin zusammenhängt, ihrer Emotionalität aus dem Wege zu gehen. Doch kommt beim Gedanken an ein Konfrontieren der Copingreaktionen im Therapeuten die Angst auf, Irene könnte die Therapie in ihrer impulsiven Art abbrechen.

Irene hat Angst über sich zu sprechen. Dazu kommt, daß sie immer mehr merkt, daß sie es eigentlich nicht kann. Sie spricht nur über Ereignisse und Aktivitäten. In dieser Sachlichkeit eingebunden beginnt sie darunter zu leiden, daß sie trotz der vielen Aktivitäten mit ihrem Leben unzufrieden ist. Sie ist unersättlich und entwickelt einen Erlebenshunger. Sie braucht ständig neue Menschen um sich: „Ich brauche die einfach, weil da bin ich so wie ich sein will – so lebendig!" Im Umgang mit anderen hat sie wenig Mitgefühl, verhält sich eigensinnig, ist oft kapriziert.

Der *biographische Hintergrund* macht ihr Verhalten verständlich: den Großvater, den einzig warmen Menschen in ihrem Leben, verlor sie mit drei Jahren. Die Erinnerungen an ihn und an seinen Tod sind ihr unvergeßlich, obwohl sie noch so jung war.

Jedoch setzt ihre Erinnerung an konkrete Erlebnisse dann erst wieder mit zehn Jahren ein. Die Mutter war von ihrer Geburt an immer abwesend, weil sie arbeitete. Sie wollte Irene nicht bekommen, erzählte sie ihr, aber auf Bitten des Vaters hätte sie dann doch von einer Abtreibung abgesehen. Was ihr von der Mutter besonders in Erinnerung ist, ist das, daß sie ihr immer nur mit Verboten kam, ohne sie ihr jeweils erklärt zu haben. Sie war sehr streng, immer kalt, lieblos. Irene fühlt sich zeitlebens von ihr ungerecht behandelt und ist dadurch sehr verletzt, gekränkt.

Der Vater war das pure Gegenteil, er war viel zu weich. Sie fand nie Zugang zu ihm. Er versuchte seinerseits die Tochter zu verwöhnen, doch beklagte er sich alsbald und war immer beleidigt, weil Irene „seine Liebe" nicht erwiderte – ein Verhalten, das heute noch Irenes Beziehung zu Männern prägt, „Liebe" nicht zu erwidern.

Solch auseinanderlaufendes Verhalten der Eltern findet sich im übrigen oft in der Biographie von Borderline-Patienten.

In Beziehungen erträgt sie keine Unsicherheit. Das mache sie „verrückt". „Ich will die Männer zu 100% haben!", sagt sie unumwunden.

Wegen der Gefühlsarmut liebt sie den Stress. „Stress haben ist Lebenselexier", ist wie ein Kick für sie. Darum arbeitet sie viel (wie ihre Mutter) und hat ständig Außenbeziehungen. Sie hat drei Kinder von drei verschiedenen Männern. Extreme Situationen wie damals, als eines der Kinder oder einmal ihr Mann auf der Intensivstation des Krankenhauses lagen, gehören zu ihren schönen Zeiten, weil da viel Leben für sie spürbar ist.

Als Irene wieder einmal oberflächlich über eine Situation sprach, wurde sie vom Therapeuten angehalten und gefragt, was sie damit denn sagen möchte. Daraufhin erzählt sie „tiefer" von der Situation. Ihr Sprechen wird dabei zusehends schamlos; es schmerzt zuzuhören. Sie lacht, wo Leiden ist, und lacht darüber, wie schlecht es ihren Kindern geht. Sie behandelt sie so sachlich und kühl und spricht so distanziert und gefühllos über sie, daß man meinen könnte,

sie gehe mit Dingen um und spreche über Apparate. Von einem inneren Dialog dazu war keine Spur zu finden. Es dominierten mehrere Copingreaktionen der dritten Grundmotivation: auf Distanz gehen, Aktivismen im Umgang mit den Kindern wie auch im überaktiven, schamlosen Sprechen darüber in der Therapie, latente Aggression gegen die Kinder und gegen sich selbst. Die Gefühllosigkeit kann als Totstellreflex aufgefaßt werden.

Therapeutisch wurde versucht, die Patientin etwas mehr an ihr Erleben heranzuführen, worauf sie wieder abweisend-ärgerlich reagierte. Diesmal aber schien der Zeitpunkt gekommen, um ihrer Abweisung zu begegnen. – Erklärend sei hier eingefügt, daß die weitere Vorgangsweise die Stufen der Personalen Positionsfindung enthält (PP – Längle 1994).

Feststellen: Irene, ich habe da etwas angesprochen, auf das Sie ärgerlich reagieren. Merken Sie es? – Was hat Sie da geärgert? [Falls Unwille besteht, darüber zu sprechen, würde der Verdacht von therapeutischer Seite her benannt werden, z.B.: War das die Frage, was Sie glauben, wie die Kinder das erleben?]

[Der Schritt besteht in einer Konfrontation mit sich selbst, die eine Wahrnehmung von sich selbst einschließt.]

Der entscheidende Schritt folgt nun. Er besteht nach diesem „Vorstoß" in einem Zurückweichen (nicht zu verwechseln mit einer Entschuldigung – die wäre fehl am Platz, auch wenn es von der Gegenübertragung her naheliegen könnte). Das Zurückweichen soll der Patientin Raum geben, in dem sie sich einfinden kann. Gleichzeitig eröffnet der Therapeut sein Inneres und spricht von seiner Verletzlichkeit:

Sich einstellen auf die Patientin: Das war gar nicht meine Absicht, Sie zu ärgern. Ich möchte das natürlich nicht! – Können Sie mir das glauben? –

Wenn ich Ihre Verärgerung sehe, tut es mir leid – weil ich sehe, daß es Ihnen unangenehm ist. Ich wollte damit ein Thema anschneiden, das mir in dem Zusammenhang wichtig erscheint: Ihre Beziehung zu den Kindern und Ihr Verständnis für die Kinder…

[Darin liegt ein Aufdecken der Intention des Therapeuten, ein Anbieten der eigenen Person durch Mitteilen des Mögens und des Mitgefühls; es wird ein Beziehungsangebot gemacht.]

Sich zu ihr stellen: Doch eigentlich verstehe ich nicht wirklich, was Sie da ärgerlich macht?

[Beginnt die Patientin darüber zu sprechen, ist die Bearbeitung eingeleitet. – Doch Irene verweigerte dies:]

Pat: Ich habe jetzt aber keine Lust darüber zu sprechen. Das ist mir zu blöd.

Auffangen des Widerstands durch weiteres Sich-Dazustellen: Das überrascht mich jetzt. Aber es ist gut und wichtig, daß Sie mir das so offen sagen, wie es für Sie ist. Denn ich hatte das nicht so eingeschätzt nach dem, was wir schon alles besprochen haben. – Ich hätte gedacht, daß das für Sie jetzt kein größeres Problem mehr wäre, darüber zu sprechen. Sie hatten ja schon vorher erwähnt… Mir schien es in diesem Zusammenhang einfach wichtig, auf diesen Aspekt hinweisen … (Wiederholung). – Sie konnten natürlich meine Absicht nicht wissen. Ich wollte Sie in dem ernst nehmen, was Sie gesagt hatten, und Sie Anteil nehmen lassen an dem, was mir dabei aufgefallen ist. Aber es ging mir dabei nicht um mich, sondern um Sie und ihre Situation. Doch sollte das für Sie nicht passen, dann werden wir es natürlich lassen. Denn viel wichtiger ist, daß Sie sich frei fühlen und daß wir über das sprechen, was Ihnen wichtig ist.

[Wenn Patient nicht einschwenkt, wie Irene] Soweit haben wir das geklärt. Jetzt weiß ich um Ihre Haltung bzw. Ihre Grenze, und kann darauf *Rücksicht* nehmen.

Konzentrieren wir uns also nun auf das, was Ihnen *jetzt* wichtig ist; auf das, was im Moment mehr Bedeutung für Ihr Leben hat…

[Sollte der Patient an dieser Stelle über etwas anderes sprechen wollen, würden wir ihn evtl. fragen, warum ihm das so wichtig ist.]

Irene hatte offenbar diese Zeit für ihre Absicherung benötigt. Nach dem Vorschlag, über etwas anderes zu sprechen, bestand für Sie kein Druck mehr. Sie merkte nun im Gegenteil ihre eigene Verlorenheit in den Themen, die sie wirklich betreffen. So schwenkte sie nun ein und war in dieser Atmosphäre des warmen, respektierenden Belassens ermutigt, auf ihren diffizilen emotionalen Bereich zu schauen.

Abschließend soll noch reflektiert werden, um was es in diesem letzten Abschnitt des „Sich-zu-ihr-Stellens" geht. Zunächst wird aus der Beziehung heraus das *Unverständnis* für die Reaktion angesprochen. Das signalisiert der Patientin, daß hier noch ein *Erklärungsbedarf* besteht, weil die Reaktion aus sich heraus nicht wirklich verständlich ist – sie stammt eben nicht aus dem Personalen, sondern wehrt etwas ab, das mit der Situation selbst nur assoziativ im Zusammenhang steht. Gleichzeitig wird eine Entscheidung eingefordert, eine Stellungnahme von ihr zu ihrem Verhalten.

Irenes Reaktion der Ablehnung stößt aber beim Therapeuten auf volle *Akzeptanz*, sodaß jeder Widerstand ins Leere läuft. Der Therapeut gibt ihr eine *Erklärung* seines Vorgehens, das eine *Einschätzung* der Kompetenz der Patientin enthält – etwas, bei dem sie selbst ziemlich verloren ist, weil sie sich selbst nicht gut sehen kann. Das gibt einen Orientierungskern.

Dann spricht der Therapeut von dem für ihn *Wichtigen* und stellt alle Arbeit hinter die persönliche Beziehung und den Respekt für die Patientin als Person. – Das macht erneut seine Person sichtbar und hält die Begegnung aufrecht.

Schließlich wird der verstärkte Schutz betont („mit dem Wissen kann nun besser Rücksicht genommen werden") und es wird die Führung des Gesprächs an die Patientin übergeben. Diese wird damit erneut zu einer persönlichen Stellungnahme aufgefordert, zum Ergreifen ihres Lebens in der aktuellen Situation – als Übungsfeld für die vielen Situationen außerhalb der Therapie.

So stellt die lokale Sequenz des Gesprächs und die Arbeit an einem Widerstand das symbolische Modell für eine Arbeit am Leben dar.

3. INTIME STELLUNGNAHME ZUM SEIN ANHAND DES VERBITTERUNGSSYNDROMS

In der psychotherapeutischen Arbeit stößt man immer wieder auf Menschen, die in eine solche Sackgasse geraten sind, daß sie durch die eigenen Versuche, die Situation zu ändern, zusätzlich zur Verschlechterung ihres Befindens beitragen. Wenn zu diesem selbstschädigenden Kreislauf des Verhaltens auch noch die *Hoffnungslosigkeit* dazukommt, was häufig der Fall ist, dann mündet die Situation in eine Sackgasse. Therapeutisch ist es dann besonders schwer, eine konstruktive Bewegung inmitten einer solchen Stagnation bzw. negativen Spirale in Gang zu bringen, die Motivationsblockaden aufzulösen und die Patienten auf personaler Ebene anzutreffen.

Es handelt sich in solchen Fällen zumeist um Menschen, die unbeschreibliches Leid erlitten haben, und sich dadurch so verletzt und schwach fühlen, daß ihnen die Kraft für ein aktives Angehen des Lebens fehlt. *Posttraumatic embitterment disorder (PTED)* entsteht als Reaktion auf ungerechte oder entwürdigende Lebensereignisse. Ungerechtigkeit und Entwürdigung führen zu Verbitterung und zur Verschlechterung von Stimmung, zu somatoformen Beeinträchtigungen, Antriebsverlust, sozialem Rückzug und Selbstmordgedanken bzw. Gedanken zu erweitertem Selbstmord (Linden, Maerker 2010). Solche Patienten gelten als weitgehend therapieresistent. Auf seiten der TherapeutInnen kommt daher leicht das Gefühl von Hilflosigkeit auf. Man erlebt, nicht zu wissen, wo man ansetzen könnte, weil alles so bodenlos und aussichtslos wirkt. Es fehlt einem so etwas wie ein archimedischer Punkt, auf den man sich stellen könnte, und von dem aus man auf eine Änderung der Situation hinarbeiten könnte.

Wie können solche verbarrikadierten Situationen existenzanalytisch angegangen werden? Wie kann aus diesem Opfergefühl und der trotzig-aggressiven Abwehrreaktion des Lebens herausgefunden werden? Was gibt jenen festen Boden her, den wir brauchen, um die Ausweglosigkeit durchbrechen zu können? – Hier kann die Existenzanalyse einen spezifischen Beitrag leisten, der mit der Basis ihrer Theorie aufs engste verbunden ist und ein vertieftes Verständnis der existentiellen Grundhaltung verlangt. In der Verhaltenstherapie wird neuerdings mit „Wisdom Psychology“ und „Hedonia Strategies“ versucht, dieser Störung beizukommen (Linden, Baumann, Lieberei, Lorenz, Rotter 2011). Obwohl hier erst wenige Therapieergebnisse vorliegen, zeigt sich, daß Verbitterung ein schwer zu behandelndes Problem darstellt, daß es aber behandelbar ist. Interessanterweise bringen „Hedonia Strategies“ keine Verbesserung: Gut zu sich sein, positive und unterhaltsame Aktivitäten, Achtsamkeit für die kleinen Dinge zeigen keinen Therapieerfolg. Jedoch ist „Wisdom-Therapy“ recht erfolgreich. Sie ist recht komplex gestaltet und besteht im Wesentlichen in der Ermutigung, alle Arten von Gefühlen anzunehmen, auch die „unakzeptablen“, in der Analyse der Werten und basalen Glaubenssätzen, Perspektivenwechsel, Relativierungen, Selbst-Distanzierungsübungen anhand negativer Beispiele usw. Es sollen nicht Probleme gelöst werden, sondern problemlösende Fähigkeiten geübt werden. Vor der Anwendung der „Wisdom-Therapy“ haben die Patienten eine „Einleitungsbehandlung“, die kurz gesagt aus Empathie, unbedingter Akzeptanz, Beschreibung der einbrechenden Gedanken und Gefühle sowie des Vermeidungsverhaltens und schließlich dem Aufbau einer Art Gegenaggression in Form von „Bessergehen ist Rache an den Aggressoren“ besteht (ebd.).

3.1 Ankerpunkte der Existenz

Eine kurze Reflexion existentieller Grundlagen kann uns etwas weiter helfen.

Existenz ist Austausch mit den Möglichkeiten und Gegebenheiten der jeweiligen Situation. Jede Situation stellt per se schon festen Grund zur Verfügung, nämlich in Form von *Gegebenheiten*, die z.T. unumstößlich sind. Werden sie abgelehnt, entzieht man sich den Boden der Existenz. Dies ist ein häufiges Problem in der Psychotherapie, besonders bei schweren Lebenssituationen.

Der andere Pol für festen Grund in der Existenz stammt aus dem Subjekt, aus der Entscheidung und dem *Entschluß*, sich auf etwas einzulassen. Existieren ist nicht nur kontinuierliche Wahrnehmung von Gegebenem, welches zum Umgang einlädt oder auch auffordert, sondern auch kontinuierliche *Stellungnahme* zur Realität. Dies können wir therapeutisch nutzen, indem wir die Patienten zur Stellungnahme heranführen. Das bedeutet nichts weniger, als sie zu jenem zu führen, wo wir nicht aufhören können, frei zu sein, weil wir eben „zur Freiheit verurteilt“ (Sartre) sind. Auch dies ist ein Fixum in unserer Existenz.

Therapeutisch kann beides genutzt werden. Auf dem Boden der Unausweichlichkeit der Existenz wird die Person zur Stellungnahme herangeführt, indem sie auf dem Weg dahin beziehungsvoll begleitet und gleichzeitig ihre Entscheidung stimuliert wird. Damit kann dem vagen, selbstverlorenen, strukturarmen und selbstschädigenden Verhalten entgegengetreten werden. – Dies soll an einer therapeutischen Situation verdeutlicht werden.

3.2 Fallvignette

3.2.1 Die psychische Situation:

Lena, eine 32jährige Frau, leidet seit Jahren unter diversen Phobien und depressiven Zuständen. In ihrem Verhalten finden sich hysterische Züge mit kindlicher Unreife, verbunden mit impulsiven, suchtähnlichen Einkaufsattacken. In ihrem Leiden zieht sich als gemeinsamer Nenner durch, daß sie *nirgends heimisch* werden kann. Sie hat zwar eine Wohnung (sie teilt mit den Eltern ein winziges Appartement), aber kein Zuhause; sie hat eine Arbeit, aber keinen Beruf (sie ist Referentin des Abteilungsleiters einer größeren Firma). Sie hat Bekannte und Freunde, aber kein wirkliches Beziehungsleben.

Daneben hat sie aber ein emotionales Zuhause im Tanzen gefunden. „Meine größte Freude ist tanzen“ – doch da macht zu allem Unglück der Tanzclub bankrott und wird geschlossen. Von nun an hat sie auch diese letzte Freude nicht mehr. Dieses Ereignis verstärkt ihr Leiden am Leben: Leben bedeutet für sie, daß man etwas Schönes zu sehen und zu

erleben bekommt, aber das Leben zeigt uns das nur, um es dann auch gleich wieder wegzunehmen. Mehr noch: das Leben ist nicht nur solcherart *quälend*, sondern obendrein auch noch ungerecht. Diese Erfahrung hat einen weiteren Bezug. Sie verliebt sich in ihren Chef – doch der verläßt alsbald die Firma und wechselt zu einem anderen Unternehmen. – Quälend und ungerecht erlebt sie das Leben eigentlich schon lange. Sie geht z.B. gerne aus, auch alleine, erfährt aber immer wieder Abweisungen wegen ihres Aussehens: sie ist zu groß und zu dick.

Der *biographische Hintergrund* ist eng an die Mutter geknüpft. Diese hatte ihre Tochter, obwohl Einzelkind, nicht angenommen. Lena fühlt sich zeitlebens als Waise. Die Ablehnung der Mutter war traumatisierend. Lena durfte z.B. nicht in der Familie sein, wenn jemand zu Besuch kam, sondern mußte ins Nebenzimmer. Schläge von der Mutter gehörten zur Tagesordnung. Die Mutter war lieblos, aggressiv, übte auf das Mädchen Zwang aus, selbst in Kleinigkeiten wie z.B. daß sie trotz Weinens und Widerstands den kratzigen Pullover anziehen mußte. Lenas Auflehnung erzeugte bei der Mutter kein Mitgefühl, sondern erregte jeweils noch mehr Aggression.

Lenas Ich-Strukturen sind erschüttert, retardiert, geschwächt. Von Jugend an hat sie Angst sich zu zeigen. Sie kann das Verhalten anderer Menschen kaum einschätzen oder deuten. Sie kann z.B. nicht erkennen, was es zu bedeuten hat, wenn der Chef sie zum Essen einlädt: Handelt es sich nur um Höflichkeit oder ist da eine persönliche Sympathie dahinter?

Für ihr eigenes Leben hat sie eine *pessimistische Haltung* entwickelt: sie erwartet nur Enttäuschungen. Sie lebe auf der Schattenseite des Lebens.

Ihre größte Angst ist, keinen Partner zu bekommen. Sie hat große Angst, wenn sie jemanden näher kennenlernt, daß dieser wieder von ihr enttäuscht sein wird. Aus dieser Angst heraus verfällt sie rasch in Selbstbeschuldigungen, und diese lähmen sie in der Folge. Aktuell ist das Leben ganz von dieser Angst überschattet, verstärkt durch den Verlust des Tanzclubs und damit der einzigen verbliebenen Freude, dem Tanzen.

3.2.2 Therapeutische Herangehensweise:

Die schon länger bestehende Spirale der Selbstbeschuldigung mit konsekutiver Verschlechterung des Befindens ist zuletzt durch den Verlust des Tanzens erheblich verschärft worden. Es ist daher naheliegend, an dem aktuellen Verlust-Thema zu arbeiten. Doch Lena weigert sich, sie fühlt sich als Opfer und hilflos und darum demotiviert. Eine Änderung der Situation kommt für sie nicht in Frage, denn sie möchte mit aller Gewalt die alten Zustände wieder, zumindest das Tanzlokal. Nur das Schicksal könnte ihre Lage verbessern. In einen anderen Tanzclub zu gehen kommt für sie auch nicht in Frage. Sie spürt einen großen Widerstand, sich der Ungerechtigkeit des Lebens erneut beugen zu müssen. Den alten Club hatte sie mitbegründet; sie war von Anfang an dabei, hat alle gekannt und sich darum in diesem so geborgen gefühlt. Lena ist trotzig, verschlossen, unzugänglich. Sie möchte eigentlich nicht einmal darüber reden, weil es da nichts zu reden gibt. Sie weiß nicht mehr, ob sie überhaupt noch leben möchte. In ihrer Verhärtung versucht sie, das Leben zu zwingen, sich ihren Wünschen zu beugen.

Therapeutisch wird die Aufweichung der Trotzreaktion durch *Hinführung zum Erleben* versucht. Dazu bedarf es einer emotionalen Unterschichtung des Erlebten:

In mitfühlender Anwesenheit wird in der Therapie der Verlust fokussiert. Wieviel sie verloren hat – wie gern sie tanzt! Wie sehr sie darin lebt! Das einfühlende und bestärkende Vorgeben des Wertes läßt sie erneut fühlen, was Tanzen für sie bedeutet, und sie fühlt ihre Beziehung zum Leben, verbunden mit Ansätzen einer Trauer. Auf der Basis dieser Andockung an die Emotion wurde ihre Beziehung zu sich angefragt – ob sie für dieses ihr Leben, für diesen ihren Wert, sich grundsätzlich einsetzen möchte, auch wenn wir noch nicht wüßten, wie das möglich wäre? Ob sie bereit wäre, für sich Partei zu ergreifen, statt die Lieblosigkeit der Mutter selber zu wiederholen? Ob sie nicht liebevoller zu sich sein kann, ob sie das überhaupt möchte – auch wenn wir vielleicht noch nicht wissen, wie das geht?

Die Entscheidung, sich positiv zu sich zu stellen, war noch zu schwer. Es fehlte das Ja zur Frage „Möchten Sie das?“. Nicht, daß sie es im Grunde nicht spüren hätte können. Sie hätte gerne „ja“ gesagt. Das war auch atmosphärisch spürbar hinter diesem verzweifelten Leiden. Ist ja Verzweiflung selbst schon Ausdruck dafür, daß man es gerne anders hätte. Aber sie konnte nicht zu ihrem eigenen, tiefen Gefühl hinkommen in ihrem Ärger und in ihrer Enttäuschung. Sie war wie zu stolz dazu.

In solchen Situationen ist es wichtig, der leidenden Seele entgegenzukommen und ihr Recht zu geben. Dafür sind *verständnisvolle Kognitionen* gute Hilfen, da sie den Weg für die Emotion bereiten können. Auf der Einsicht und Klarheit dieser Schienung kann die Emotion dann leichter nachkommen. Als erstes half ihr ein wenig eine beschreibende Erklärung ihrer psychischen Lage: Eine so tiefgreifende Enttäuschung vom Leben ergreift den Menschen bis in den Kern, durch alle Jahresringe hindurch bis in die frühesten Ringe seines Daseins. Darum ist es nicht nur der Erwachsene, der enttäuscht ist, sondern auch und vor allem das Kind im Menschen. Es werden auch die kindlichen Gefühle mobilisiert und desolat.

Gerade diese kindlichen Gefühle für den Wert und die Tragfähigkeit des Lebens waren bei Lena nicht stark ausgebildet. Es ist daher verständlich, daß zusätzliche Belastungen und Enttäuschungen diese Gefühle relativ rasch zum Einknicken bringen. Die kindliche Seele möchte zuerst, daß sie von den Eltern, vielleicht besonders von der Mutter, Zuwendung bekommt. Sie kann kaum selbst damit beginnen. Es braucht zuerst die Zuwendung der anderen, um „erschlossen“ zu werden, bevor man sie sich selber geben kann (das bindet theoretisch am Konzept der Grundbeziehung und des Grundwertes der zweiten Grundmotivation an – vgl. Längle 2008, 39ff).

Eine *kognitive Stellungnahme* von außen zu bekommen gab einen Anstoß für einen inneren Schritt. Es war entlastend und orientierend für Lena, auch wenn sie das kaum zeigen konnte, zu hören: „Eine solche Erwartung ist daher natürlich. Diese Sehnsucht nach einer guten Mutter hat jeder Mensch. Es braucht auch jeder Mensch eine gute Mutter. Wenn wir nicht eine solche warme, liebende Zuwendung in uns tragen, wird es kalt im Leben, und dann mag man

auch nicht mehr wirklich leben. Wen wundert's, daß man dann ins Warten kommt, ins Abwarten, ins Zuwarten, bis jemand den ersten Schritt wieder macht?" – Das Zögern und ihr Sich-Verweigern werden in diesem Lichte verständlich und zugänglich. Zugleich kann sie erleben, was sie erwartet: daß jemand auf sie zugeht, sie sieht und versteht am tiefen Punkt ihres Leides, in der Kette ihrer Leidensgeschichte. Wie sollten wir überhaupt etwas können, wenn wir es nicht gelernt haben? Können wir solche „existentiellen Genies" sein, die alle Lebensfähigkeiten und Fertigkeiten selbst erfinden? Es ist nicht zu erwarten, daß wir uns selber das geben können, was wir zuvor nie oder zu wenig bekommen haben.

Die Erklärung löste in Lena noch nicht das Problem. Sie blieb in ihrer Haltung, wohl etwas weniger verstockt und verhärtet, aber immer noch bedürftig, leidend, kraftlos. Das Verständnis und die Erklärung bewirkten eine leichte Entspannung, eine gewisse Beruhigung, ein wenig Abrücken von der Verhärtung. Ist einmal so ein Haarriß entstanden, ist die Weichenstellung für eine weitere Entwicklung schon gegeben.

3.2.3 Existentielle Zuspitzung

Die Frage ist nun weiters, wie der Mensch unter solchen Lebensumständen „als Person erwachen kann", sich innerlich ergreifen und seinen äußeren Bedingungen gegenübertreten kann. Da ist viel Mangel und Leid im Leben von Lena. Aber da ist auch ihr eigenes Leben, ihr Personsein, ihre Intimität mit sich selbst. Im Falle von Lena kommt das in ihrer Freude am Tanzen beispielsweise zum Ausdruck. Da ist sie, die Person, die diese Freude empfindet. Da ist etwas ganz Intimes, das *nur ihr gehört*, ihr Leben und ihre Kraft, mit der sie in Verbindung ist, in Verbindung sein könnte, in Verbindung treten kann.

In dieser Intimität, in die wir uns bzw. in der Therapie unsere Patienten heranführen können, steht der Mensch vor einer *Grundsatz-Entscheidung*: Bin ich bereit, mein Leben mit dieser Intimität anzufühlen, mich selbst diesem inneren Quell zuzuwenden, diesem Wunder, daß sich solches – Leben, Geist oder was auch immer – in mir antreffen läßt? Daß ich jemand bin, der zuvor Freude und nun eben Schmerz erleben kann? Daß es mich gibt, mit dieser Innerlichkeit? Kann ich einmal unabhängig von den aktuellen Bedrängnissen, ohne mich von ihnen ablenken zu lassen, in meine Innerlichkeit gehen und zu mir stehen? Dieses Mit-mir-Sein aufgreifen, mich ergreifen, oder laß ich mich lieber fahren, dahinschwinden, vergehen? Kann ich dieses Kostbare, dieses Ganz-bei-mir-sein-Können aufgreifen, dazu stellen?

Im Grunde kommt kein Mensch um diese Frage herum. Man kann die Entscheidung wohl aufschieben. Das wird viel getan. Weil dazu viele Menschen auch keine Bedrängnis erleben, ist das wahrscheinlich überhaupt eine verbreitete Form der Existenz. Doch dann ist die Existenz nicht wirklich gegründet. Das Aufschieben aber hat Konsequenzen: Man verliert sich, man trägt selbst zur eigenen Enttäuschung bei, zur Leere im Leben und zur Schwächung des Ich, weil die damit einhergehende verhärtete Position den dialogischen Austausch mit der Welt (und mit sich selbst) unterbricht. Der Trotz isoliert; im Trotz prallt man vom Leben ab, man erreicht es nicht, und im schmerzlichen Abgetrenntsein vom Leben schlägt der Trotz schließlich auf einen selbst zurück.

3.2.4 Akzeptanz des Seins

Angesichts solcher Ablehnung des Gegebenen wird man mit der banalsten *Grundlage* der Existenz konfrontiert, die bewußt zu machen gerade hier von therapeutischer Relevanz ist:

Man kann nur mit dem leben, was man gerade zur Verfügung hat. Das gilt sowohl im Außen wie im Innen.

Das ist ein Grundgesetz des Lebens, das zur Bescheidung auf die „conditio humana", die unausweichlichen Bedingungen des Menschseins, aufruft. „Existieren" bedeutet genau das: sich auf das Gegebene einzulassen; anzunehmen, was ist; das zur Verfügung Stehende zu ergreifen. Es geht um die erste Grunddimension der Existenz (Längle 2007, 35ff). Es geht darum, in seiner Welt zu stehen, in ihr (und nicht in einer gewünschten, phantasierten, beneideten usw.) da zu sein, im aktuellen Lebensrahmen wieder und wieder aufs neue „auf die Welt" zu kommen[5] – oder nicht real dagewesen zu sein und damit existentiell leer auszugehen.

Existentialität fußt in der Bescheidenheit

Vielleicht ist es anfangs ärgerlich, weil beschämend wenig, was man zur Verfügung hat. Es kann so wenig sein, daß man glauben mag, damit gar nicht leben zu können. Doch kommt es eigentlich nicht darauf an, *wieviel* man zur Verfügung hat. Existentiell zählt, was man aus *dem*, das man hat, macht. Man muß nicht reich sein, um seine Existenz verwirklichen zu können. Wenn es wenig ist, was man hat – es kann vielleicht wenig bleiben, sogar weniger werden. Es ist nicht das, was zählt. Es geht nicht um das Haben, nicht um den Erfolg. Natürlich besteht auch die Hoffnung, daß es mehr werden kann. Aber wenn schon nicht das Geschaffene oder Erreichte mehr wird, so besteht jedenfalls die Hoffnung, daß man selbst mehr wird, tiefer wird, wächst, mehr versteht, mehr bei sich sein kann, mehr sich selber wird. In einem existentiellen Sinn ist es das, was zählt, was das Leben bedeutsam macht. Was ihm Bestand gibt, gewissermaßen über den Tod hinaus.

So gesehen werden wir uns der Wichtigkeit bewußt, auch zur „existentiellen Armut" zu stehen. Das heißt, sich zu üben und zu lernen (und dies ist zumeist ein schmerzhafter Lernprozeß), von sich zu lassen, seine Erwartungen zurückzustellen, ja selbst von seinen Bedürfnissen ein Stück weit in Abstand zu kommen, nicht die unmittelbare Befriedigung immer zu erwarten, sondern dem Dasein, dem puren Sein eine Chance zu geben. Das Leben selbst ist nicht gleichzusetzen mit einer magna mater, die groß und nur beschützend da ist und ihre Brust reicht. Das Leben ist auch fordernd,

[5] Vgl. auch V. Frankls (1982, 72) existentielle Wende, die als Schlüssel zur Existenz zu verstehen ist: Auf die Anfragen des Lebens zu antworten. Diese Haltung setzt aber voraus, daß man sich auf die Gegebenheiten bescheiden kann, sie annehmen kann und sich klar macht: „Das eben ist mein Leben, das ist meine Realität, ich habe keine andere. Ich habe aber die Wahl: ich kann sie annehmen und so ins Leben kommen, oder sie verweigern, und mich so vom Leben fern halten." (Vgl. auch Längle 1984/2011, 15f)

und wenn wir nicht auf das eingehen, was es von uns abverlangt, was es als Bedingungen an uns stellt, verlieren wir es. Leben ist unerbittlich. Es kann uns auch scheitern lassen. Wir sterben, wenn wir uns nicht an seine Bedingungen halten. Der physische Tod ist uns klar – wir sterben aber auch psychisch-geistig, wenn wir nicht immer wieder im Dialog mit dem uns aktuell Gegebenen stehen.

Wachsen aus dem Sein

„Leben" – das ist nicht Befriedigung von Bedürfnissen, von Erwartungen, von Wünschen. Das wäre kindlicher Glaube. *Leben ist als existentielles Wachsen* zu verstehen: sich am Gegebenen zu versuchen, vielleicht aus dem *Wenigen mehr machen* zu können. Besonders aber im eigenen Wachsen, auch wenn es unscheinbar ist, zu verweilen, es zu gewähren, es geschehen zu lassen, dabei zu sein – bei sich zu sein. Das Wichtigste ist, dieses Wachsen versucht zu haben. Wenn der Erfolg ausbleibt, wenn scheinbar das Wachsen sistiert, weil aus dem Wenigen im einen oder anderen Fall nicht mehr wurde, so zählt letztlich doch etwas anderes: *bei sich geblieben zu sein*, zu sich gekommen zu sein. Diese Intimität mit sich bewahrt und ausgebaut zu haben.

Wieder sind wir in der *Paradoxie des Lebens*: trotz Bemühens um die Vermehrung von Werten – gleichzeitig lassen zu können von Erwartungen, vom Erfolg. – Existieren dreht sich um die Achse des *Dazustehens* zu seinem Leben. Wenn Leben Wert hat, „Grundwert" ist (Längle 2007), und wenn Personsein Wert ist, „Würde" hat und Respekt verdient (vgl. dritte Grundmotivation – ebd.), dann „habe ich mein Leben zu besorgen", mich meines Lebens anzunehmen. Denn dies ist „mein Leben", kein anderes ist das Meine. Das Leben fragt nicht, ob mir das paßt oder nicht. Es gibt mir immer wieder zu verstehen, daß ich nicht der Schöpfer, nicht der Erzeuger, nicht der Urheber des Lebens bin, auch nicht meines Lebens. Doch darf ich, ja soll ich sein Dirigent sein, sein Verwalter. Ich bin der Ver-Antwortliche für dieses mir anvertraute Leben. Das Leben verlangt Mut – und eben auch Demut. Was auch immer aus ihm werden kann – anfangs muß ich mich begnügen mit dem, was gegeben ist. Das ist Akzeptanz des Lebens, das heißt zu leben beginnen.

Verhärtung ist Haltung

Das *Problem* der Akzeptanz ist nicht selten die Forderung, der Anspruch, die mangelnde Bescheidenheit. Damit ist der Blick nach außen gewandt, und die Beheimatung im eigenen Ursprung, in der eigenen Intimität geht ob des Verlangens verloren. Es geht aber bei solchen Verbitterungen auch um *Haltungen*, und es ist nicht nur der erlittene Mangel von außen, die fehlende Kraft oder der schwache innere Boden, was das Leben verunmöglicht. Natürlich ist es schwerer, im Mangel und mit Defiziten zu leben. Natürlich können sie Leben verhindern. Aber jedenfalls können wir zu ihnen *Stellung* beziehen, eine Haltung entwickeln – doch dies ist kein Automatismus, ist nicht durch den Mangel selbst determiniert, sondern Stellungnahmen und Haltungen macht die Person, das „Freie in uns" (Frankl 1975, 214). Tritt Verhärtung auf, ist die Person verschütt gegangen. Das Problem der Verhärtung ist primär ein Problem der Haltung, der Ablehnung, des Sich-nicht-Zutrauens. Das Problem der Verhärtung ist das Problem der fehlenden Akzeptanz.

Psychotherapie ist Begleitung, Unterstützung im Zuwarten, Ermutigen im Versuchen, ist Ausloten von Potentialen. EA ist Suchen nach dem Sein, lernen, das Sein lassen zu können, lassen zu lernen, was ist, um dadurch mehr selbst zu sein. Das sind die beiden Pole dieser existentiellen Tiefenarbeit: das *äußere Lassen* von dem, was ist, und sich darauf einlassen (*Demut*); das *innere Sich-Beziehen* auf die Ontologie des Mit-sich-sein-Könnens, des sich Gegeben-Seins (*Intimität*).

Genau darum ging es auch bei Lena: um die Bewußtmachung der Kraft der eigenen Entscheidung, des Selbst-Seins als Person, der Eigenverantwortung. Es ging darum, daß sie sich dieser grundlegenden Fähigkeit bewußt wurde. Dazu braucht man Unterstützung, weil der Mensch nicht allein aus sich werden, sein personales Ich entwickeln kann. Es braucht Menschen, die schon dort sind, um dahin zu kommen. Findet sich der Therapeut dabei ein, das Thema haltend, den Raum öffnend und offen haltend, lassend selbst darin atmend, so kann solche Gegenwart oftmals helfen, die notwendigen Kräfte zu mobilisieren und einen festen Grund in der Existenz zu bekommen.

Im Schutze der therapeutischen Begleitung, durch das Mitgehen einer Person und ihr beharrliches Dasein konnte Lena im Verlauf von Wochen langsam an Boden gewinnen. Aus dem Haarriß wurde ein Gebären, das in ihr da vorging. Langsam bekam sie zu fühlen, daß trotz allen Mangels und Schmerzes *sie* da ist. Langsam konnte sie zulassen, daß sie, die da leidet, unter dem schützenden Mantel der Anwesenheit des Therapeuten auch mit sich sein kann. Daß da eine *Intimität* mit sich selbst besteht, ein Bei-sich-sein-Können, ein Mit-sich-Reden und Fühlen möglich ist, wodurch Fühlen des Bei-sich-Seins ausgebaut wird. Sich als Erlebende überhaupt zu Gesicht zu bekommen und gelten zu lassen, gab ihr einen ersten Grund, einen kleinen Vorsprung in der glatten Felswand, worauf sie den Fuß setzen konnte. Nun war sie mit sich, war nicht mehr ganz verloren. Hier war die Wiege für die innere Wärme, für ein bißchen Geborgenheit, die in der größeren Geborgenheit der personalen Nähe des Therapeuten den Keim empfangen hatte.

Lokalisieren möglicher Überforderung

Natürlich ist die Gefahr der Überforderung bei dieser haltenden Vorgangsweise zu bedenken. Stößt man mit dieser Fokussierung, die auf das Sich-zu-eigen-Machen des Lebens abzielt, nicht auf genügend Ressourcen, bedarf es weiterer Strukturarbeit in den ersten beiden Grundmotivationen der Existenz, oder verstärkten Schutzes (Selbst-Distanzierung). Es kann sein, daß Patienten auf eine Unfähigkeit und Kraftlosigkeit stoßen, z.B. wenn sie zu depressiv sind oder zu strukturarm. Dann kann diese Vorgangsweise zu jenem Punkt führen, der sie behindert, ihr Leben aktuell zu ergreifen. Dies kann z.B. mit folgenden Fragen aufgedeckt werden:

[An der Außenorientierung ansetzend] „Warum können Sie nicht mit dem leben, was Sie jetzt in Händen haben? Warum ist das, was ist, für Sie zu wenig? Wofür ist es zu wenig?

Was geht trotzdem?

[Beginnende Zentrierung] Was hindert Sie, einen ersten kleinen Schritt zu machen?

[Zentrierung] Ist es Ihnen bewußt, daß da einiges an Ihnen liegt – oder haben Sie das Gefühl, daß Sie das eben nicht können?

[Zum inneren Pol kommend] Können Sie mit sich sein, etwas von dieser Intimität des Mit-sich-Seins fühlen? Sich bewußt machen, daß *Sie* es sind, die diesen Schmerz *hat*, daß Sie als *Erlebende* mehr sind als der von Ihnen gefühlte Schmerz? Daß Sie jemand sind, die über dem Schmerz steht? Ist es Ihnen bewußt, daß der Schmerz mit der Freude zusammenhängt – daß er genau an der Stelle sitzt, wo vorher die Freude war? Daß Sie die Erlebende von beidem sind? – Hindert Sie etwas, da hinzufühlen? Geht das? Was passiert da in Ihnen?"

Ist es die Kraftlosigkeit, braucht es Erholung, mehr Ressourcen, Zeit, Anwesenheit. Ist es die Schutzlosigkeit, das Überwältigt-Werden, braucht es Traumatherapie (vgl. Tutsch 2011). Ist es Wut, ist die Bedrängnis ausfindig zu machen, ist es Schmerz, sind die Verletzungen zu beklagen und die Verluste zu betrauern. Ist es Hoffnungslosigkeit, ist den Enttäuschungen nachzugehen und der Wert der aktuellen Beziehung zu beleuchten. – Dies ist geläufige psychotherapeutische Arbeit.

Dank solcher emotionaler Aufbereitung und nachfolgender existentieller Zuspitzung können jedoch manche Situationen, in denen der therapeutische Zugang verwehrt erscheint, angegangen werden. Das Leben der Patienten wird auf einen neuen Boden und in einen erweiterten Rahmen gestellt, der sie durch ein vertieftes existentielles Verständnis mehr in der Welt sein läßt und ihrem Dasein mehr Präsenz verleiht.

Lena konnte auf dieser Grundlage und parallel zu ihrer Entwicklung zu trauern beginnen über den letzten ihrer vielen und großen Verluste, das Tanzen. Dann kamen die Schmerzen – aber nun war der Keim des unbedingten „Mit-mir-Sein" schon gesetzt. Anfangs war das Mit-sich-Sein nur ein beginnendes Fühlen, doch mehr und mehr wurde es ausgebaut durch den aufkommenden inneren Dialog. Immer wieder ging der Keim zwar verloren. Doch immer besser konnte sie ihn – therapeutisch begleitet und geführt – wieder finden. Zwischendurch war rasten nötig. Sich Zeit lassen.

4. ZUM SCHLUSS: THERAPIE ALS ANLEITUNG ZU SICH SELBST

Therapie hat viele Funktionen. Eine zentrale dabei ist, den inneren Dialog als zentrales Heilungsmoment (Längle 1992) anzuleiten und einzuüben. Dazu bedarf es aller Ressourcen des personalen Ichs, aller personal-existentieller Grundmotivationen (Längle 2007). Therapie ist vielfach ein Zuhören und Versuchen zu verstehen. Dies ist wertvoll, solange der innere Dialog der Patienten gegeben ist, oder durch das Zuhören und Verstehen allein noch weiter angeregt wird. Wenn der innere Dialog aber nicht stattfindet, dann braucht es ein aktiveres Vorgehen, ein Zugehen auf den Patienten.

Therapie bedeutet dann, dem Patienten *unter der Führung und dem Schutz des Therapeuten Anleitung zum Einsatz des Eigenen zu geben.*

Die Gefahren sind vielfältig: in ein Diskutieren zu geraten, Vorgaben zu machen, insbesondere in ich-substitutiven Abschnitten, zu indoktrinieren, zu entfremden, zu drängen. Die Vorgangsweise bedarf einer guten Empathiefähigkeit von seiten des Therapeuten, guter Reflexivität sowie einer guten Begegnungsfähigkeit. Was sich da im „Zwischen" des therapeutischen Feldes abspielt, was darin als gut und hilfreich erlebt wird, eröffnet den Raum des „Mit-sich-selber-Seins", der von den Patienten dann auch gerne übernommen wird, nachgeahmt wird, eben internalisiert wird. Heilung ist dann geschehen, wenn die Patienten sich selbst die Therapeuten geworden sind. Dann haben sie den Raum, in dem das Ich das eigene Personsein in Empfang nehmen und halten kann. Dann kann dieses Ich Person sein und sich persönlich in das tägliche Geschehen einbringen, im Dialog mit sich und mit anderen.

Literatur

Frankl V (1975) Der leidende Mensch. Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie. Bern: Huber

Frankl V (1982) Ärztliche Seelsorge. Wien: Deuticke

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

Längle A (1993) Personale Existenzanalyse In: Längle A (Hg) Wertbegegnung. Phänomene und methodische Zugänge. Wien: GLE, 133-160

Längle A (1994) Personale Positionsfindung. In: Bulletin der GLE 11, 3, 6-21

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

Längle A (2002) Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst – eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. In: Längle A (Hg) Hysterie. Wien: Facultas, 127-156

Längle A (2008) Existenzanalyse. In: Längle A, Holzhey-Kunz A: Existenzanalyse und Daseinsanalyse. Wien: UTB (Facultas), 29-180

Längle A (2011) Erfüllte Existenz. Entwicklung, Anwendung und Konzepte der Existenzanalyse. Wien: Facultas

Linden M, Baumann K, Lieberei B, Lorenz C, Rotter M (2011) Treatment of Posttraumatic Embitterment Disorder with Cognitive Behauiour Therapy Based on Wisdom Psychology and Hedonia Strategies. In: Psychotherapy and Psychosomatics 80, 199-205

Linden M, Maerker A (2010) Embitterment. Vienna: Springer

Tutsch L (2011) Stürmisch mit sonnigen Abschnitten. Diagnostik und Methoden in der Therapie einer Patientin mit schwerer Traumafolgestörung. In: Existenzanalyse 28, 1, 18-27

Anschrift des Verfassers:

PD Dr.med.Dr.phil. Alfried Längle

Ed. Sueß-Gasse 10

1150 Wien

alfried.laengle@existenzanalyse.org