

DIE ZUSTIMMUNG IN DER SÜCHTIGKEIT

Ein existenzanalytischer Zugang

ALFRIED LÄNGLE

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

SCHLÜSSELWÖRTER: Sucht, Wille, Freiheit, Selbst-Akzeptanz

CONSENT IN ADDICTION

An existential analytical approach

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

KEYWORDS: addiction, will, freedom, self-acceptance

1. UNFREIHEIT UND LEIDEN

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

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

Wir sollten die Problematik der Sucht weiter fassen. Es gehört wohl zum Menschsein dazu, immer wieder „schwach“ zu sein; und es sind typische Erlebnisweisen besonders von Patienten, dass man es wiederholt nicht schafft, dem zu folgen, was man als vernünftig ansieht, das zu tun, was man „eigentlich will“ und „einsieht“, was das Richtige wäre, was man als Forderung und als wichtig ansieht und dem man ja doch zugestimmt hat. So beschreibt sich z.B. die Patientin mit einer neurotischen Depression angesichts ihres schlechten Gewissens: „Ich schaffe es einfach nicht, weniger zu arbeiten, mich mehr abzugrenzen, früher aus der Arbeit nach Hause zu gehen

und mehr das zu tun, was *ich* will!“ Aber auch in seelischen Leidenszuständen, die nicht in den gängigen Nomenklaturen des ICD oder DSM aufscheinen, kann diese Abhängigkeit aufbrechen und kann die Frage nach Selbstentfremdung und „eigentlichem Ich“ inmitten starker Strebungen von innen und von Attraktionen von außen leidvoll werden – und es handelt sich noch längst nicht um eine Pathologie. Der Patient z.B., der seine Ehe weiterführen möchte, erlebt die Attraktivität seiner Freundin durchaus als etwas Ähnliches wie eine Sucht. Er schafft es über Wochen und Monate einfach nicht, den Kontakt zu ihr abzubrechen und kein SMS mehr zu schicken bzw. die ihren nicht zu lesen. Weder er noch sie schaffen es, „bringen es nicht übers Herz“, gar nicht zu wissen, wie es dem jeweils anderen geht. – Abhängigkeit? Echte Liebe? Körperliche Attraktion?

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

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

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

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

2. DER WILLE IN DER SUCHT

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

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

2.1 Wem folgt der Wille?

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

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

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

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

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

Selbst-Seins und des Sinns – und hat all das zusammenzubringen (Längle 2013).

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

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

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

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

2.2 Was tut der Wille in der Sucht?

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

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

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

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

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

3. DER GESPALTENE WILLE IN DER SUCHT

Im Allgemeinen hält man den Süchtigen für willensschwach. Er wird immer wieder verführt und kann nicht tun, was er will. Der Süchtige¹ selbst erlebt es aber nur anfangs so, dass sich die Sucht *gegen den eigenen Willen durchsetzt*. Bald schon spürt er ein immer stärker werdendes Drängen, das sich wohl gegen Vorstellungen, Pläne, Gewissen usw. aufbaut – aber eben doch ein *Wollen* ist („das mag ich jetzt – das brauch ich jetzt – das will ich jetzt!“).

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

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

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

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

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

¹ Der leichteren Lesbarkeit halber wird das generische Maskulinum verwendet.

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

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

Die Sucht passiert nicht gegen den Willen!

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

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

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

4. DIE APERSONALITÄT DER SUCHT

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

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

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

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

5. DIE EXISTENTIELLEN SYMPTOME IN DER SUCHT

Zusammengefasst sind die existentiellen Symptome der Sucht daher:

1. *Verlust der Freiheit*: Es herrscht ein Getriebensein in der *Vermeidung von Unlust/Problemen/Leid* und im *Suchen von Lust* und Entspannung.
2. Entwicklung eines *apersonalen Verhaltens* durch das Fehlen der Freiheit und die Abwendung des Wollens von der Person. Das hat weitere Folgen: es reduziert den Dialog, verhindert die Begegnung, man trifft die Person nicht mehr an, Lügen werden vermehrt eingesetzt. „Der Süchtige kennt keinen Partner.“ (Gabriel 1962, 38) Er geht sich selbst verloren in seinem *Wesen*, und gleichzeitig gehen ihm seine *Werte* verloren.
3. *Simultaner Weltverlust*: Reduzierter Weltbezug (er durchforstet die Welt vorwiegend nach „Stoff“), Verlust der Eigenwertigkeit der Dinge und des Wahrheitsbezug. Der Weg in die Sucht ist mit Unwahrheiten verbunden: Selbstbelügen, Verharmlosungen, Beschwichtigungen („es ist eh nicht so schlimm“), die alle nicht so ganz stimmen. Diese unscharfe Haltung wird zur Lebenshaltung. – Sucht ist ein *riesiges Vermeidungsverhalten vor der Realität!*

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

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

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

Die Sucht schreitet voran im Wechselschritt zwischen intensivem Kontakt zum Lebensgefühl (Lusterleben) und Er-

leichterung von der Unlust.

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

6. DIE EXISTENZANALYTISCHE HALTUNG

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

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

1. Klärung des Willens (Motivation)

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

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

2. Aufgabe der Leidvermeidung und Wunschwelt

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

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

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

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

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

7. DIE EXISTENZIELLE SCHIENUNG DER THERAPIE

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

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

- PEA-2: Stellungnahme und Bewusstmachung der personalen Kräfte: „*Verstehen* Sie, dass Sie trinken? – *Wollen* Sie im Grunde trinken, oder *passiert* es Ihnen mehr? – *Fokussierung* auf: Sind Sie mit Ihrem Trinken, der Tatsache, der Menge, der Art usw. *einverstanden*? – Vielleicht mögen Sie heimlich doch trinken, obwohl der Kopf nein sagt? Wofür? Was wird dann besser?

Zu welchem Verhalten können Sie Zustimmung geben? Was müssten Sie da konkret tun?“

In diesem Schritt wird die Aufmerksamkeit auf das Erleben von Zustimmung gelenkt und es wird versucht herausfinden, wo Zustimmung gegeben werden kann und was der eigentliche Wille ist.

Findet sich Zustimmung – zu was auch immer – soll sie gelebt werden und die Therapeuten unterstützen die Patienten darin, insbesondere wenn es um das Aufbauen eines trockenen Lebens geht, aber auch, wenn die Zustimmung nicht in diese Richtung tendiert. Dies wird weiter unten noch vertieft. Die relative *Kontraindikation* dazu besteht dann, wenn die Sucht einen körperlichen Entzug verlangt.

Wenn die Patienten mit ihrem Verhalten aber nicht einverstanden sind, dann stellt sie dies vor die Frage, warum sie es eigentlich tun? Wenn die Antwort z.B. ist, dass sie es in dem Moment nicht anders können, dann kann auch noch ihre Stellungnahme angefragt werden, im Sinne von was sie davon halten. Das leitet über zum nächsten Schritt.

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

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

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

8. WAHRHAFTIGKEIT UND SELBST-AKZEPTANZ

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

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

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

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

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

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

Daher ist es besser, sich auf einen *erreichbaren* (wenn auch defizitären) *Wert einzulassen* als einem unerreichbaren

idealen zu folgen. Das ist eine realistische Einschätzung des Willens, der ja für das Handeln zuständig ist. Durch den Einsatz des Willens in der Therapie wird zugleich vielerlei gefördert:

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

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

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

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

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

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

Die mit diesem Programm erreichte Wirksamkeit (die

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

9. PARADOXE VORGANGSWEISE: DAS „NOTFALLSKIT“

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

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

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

1. Schritt: Selbstkonfrontation und Einwilligung.

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

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

Existentiell gesehen bedeutet das, die Freiheit und Verantwortung zu übernehmen, sich zu begleiten und nicht im Stich zu lassen, Selbstannahme und Würde zu erhalten. Es

ist personales Leben unter diesen Umständen.

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

2. Schritt: Opposition.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Schritt: Spannungsreduktion.

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

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

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

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

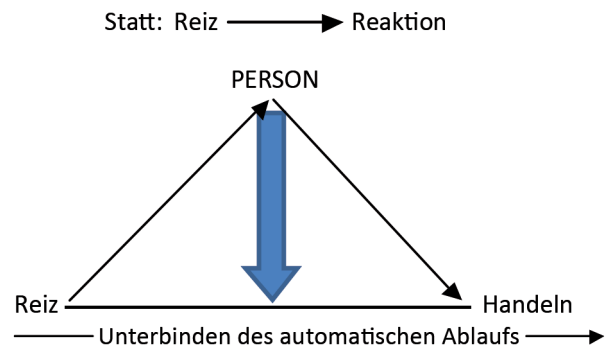


Abb. 1: Statt des impuls-gesteuerten Reiz-Reaktions-Modells des süchtigen Verhaltens wird mit der existenzanalytischen Arbeit versucht, das Ich als Person zwischen Reiz und Reaktion zu interponieren, wodurch dieses zum Handeln wird.

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

10. WEITERE THERAPEUTISCHE MASSNAHMEN

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

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

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

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

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

Literatur:

- Beigelböck W, Mayr M, Waigmann-Pözl S (2013) Achtsamkeitsbasierte Verfahren in der Suchtbehandlung. In: Rausch – Wiener Zeitschrift für Suchtbehandlung 2, 4, 298–305
- Bowen S, Chawla N, Marlatt GA (2012) Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit. Weinheim: Beltz
- Claudius M (1829) Asmus omnia sua secum portans, oder Sämtliche Werke des Wandsbecker Bothen. Hamberg: Perthes, Bd. 7, Brief an Sohn Johannes 1799
- Drew LRH (1986) Beyond the disease concept of addiction. Drug use as a way of life leading to predicaments. In: Journal of Drug Issues 16, 263–274
- Eckhardt P (1992) Selbstwert und Werterleben aus existenzanalytischer Sicht. Die Konstruktion des Selbstbeurteilungsfragebogens. Wien: Unveröff. Dipl.-Arbeit der Univ., Psychologische Fakultät
- Gabriel E (1962) Die Süchtigkeit: Psychopathologie der Süchte. Hamburg: Neuland
- Heinz A (2014) Der Begriff der psychischen Krankheit. Berlin: Suhrkamp
- Längle A (1992) Der Krankheitsbegriff in Existenzanalyse und Logotherapie. In: Pritz A, Petzold H (Hrsg) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie. Paderborn: Junfermann-Verlag, 355–370
- Längle A (2000) (Hrsg.) Praxis der Personalen Existenzanalyse. Wien: Facultas
- Längle A (2012) Vom gelassenen Wollen zum erzwungenen Lassen. Zur Praxis der realen Freiheit. In: Existenzanalyse 29, 2, 15–30
- Längle A (2013) Lehrbuch zur Existenzanalyse – Grundlagen. Wien: Facultas.wuv
- Längle A (2016) Existenzanalyse – Existentielle Zugänge der Psychotherapie. Wien: Facultas.wuv
- Längle S, Görtz A (2015) Lebensqualität vor und nach stationärer Suchttherapie. Quantitative und qualitative Forschungsergebnisse im Vergleich. Existenzanalyse 32, 2, 51–63
- Lenton S, Single E (1998) The definition of harm reduction. In: Drug and Alcohol Review Volume 17, Issue 2, 213–219
- Miller WR (1983) Motivational Interviewing with Problem Drinkers. In: Behavioural Psychotherapy 11, 2, 147–172
- Musalek M (2011) Musen, Sirenen, Orpheus und Co – Paradigmenwechsel in der Suchtbehandlung. Stuttgart: Thieme
- Musalek M, Poltrum M (2011) Ars Medica. Zu einer neuen Ästhetik in der Medizin. Berlin: Parodos Verlag
- Scheibenbogen O, Musalek M (2010) The Orpheus Programme – first results of an evaluation survey. Vortrag am 20th IFP World Congress of Psychotherapy and Annual Congress of the Swiss FMPP.
- Spaemann R (1996) Personen. Versuche über den Unterschied zwischen ‚etwas‘ und ‚jemand‘. Stuttgart: Klett-Cotta

Anschrift des Verfassers:

ALFRIED LÄNGLE
Ed. Sueß-Gasse 10
A – 1150 Wien
alfried.laengle@existenzanalyse.org