

Vom unbeseelten Objekt zur lebendigen Beziehung – Wege aus der Sucht

Vorbemerkung

Einleitung

1 Zum Krankheitsmodell und zum Suchtverständnis

2 Konfliktmodell

3 Konsequenzen für Diagnostik, Indikation, Therapie

4 Grundlagen tiefenpsychologisch fundierter Gruppentherapie im Arbeitsfeld Sucht

5 Therapeutische Register

6 Literaturverzeichnis

VOM UNBESEELTEN OBJEKT ZUR LEBENDIGEN BEZIEHUNG – WEGE AUS DER SUCHT

von Till Niewisch und Franz Koopmann

VORBEMERKUNG

Der vorliegende Text wurde ursprünglich im Rahmen eines Curriculums für eine Suchttherapieausbildung erstellt, mit dem wir uns bei der Deutschen Rentenversicherung um die Zulassung zur Ausbildung von Suchttherapeuten beworben hatten. 2010 erhielten wir die Anerkennung der Deutschen Rentenversicherung. Das eingereichte Ausbildungscurriculum war natürlich umfassender und enthielt konkrete und praxisbezogene curriculare Bestandteile, die inzwischen jeweils den aktuellen Erfordernissen angepasst wurden. Unsere ursprünglichen theoretischen und konzeptionellen Überlegungen in Bezug auf die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen haben unseres Erachtens nach wie vor Gültigkeit. Sie finden sich daher hier noch einmal dargestellt.

EINLEITUNG

Abhängigkeitserkrankungen gehören in modernen westlich geprägten Gesellschaften zum Alltag, stoffliche und nicht-stoffliche Formen von Abhängigkeit nehmen eher zu als ab, das Spektrum der Erkrankungen erweitert sich. Soll die Behandlung von Abhängigkeitserkrankten erfolgreich sein – das heißt die Erkrankten dazu befähigen, aus ihrer Abhängigkeit herauszufinden – ist es unerlässlich, sich mit den theoretischen Grundlagen von Suchterkrankungen zu befassen. Dass eine rein auf die körperliche Abhängigkeit bezogene Behandlung von Suchterkrankungen nicht nachhaltig wirksam und eine psychotherapeutische Begleitung daher notwendig ist, wird heute nicht mehr in Frage gestellt. Wir stellen hier ein tiefenpsychologisch fundiertes Modell für die Behandlung von Suchterkrankten vor, das sich nicht zuletzt aus Erfahrungen und Beobachtungen in unserer langjährigen Arbeit als Psychotherapeuten an der suchttherapeutischen Basis speist.

Im Folgenden legen wir dar, von welchem Suchtverständnis bzw. Krankheitsmodell wir ausgehen, behandeln die Implikationen, die sich daraus für Diagnostik, therapeutisches Setting und Methode ergeben und stellen abschließend einige Anforderungen an /die Psychotherapeuten zusammen, die für dieses Spezialgebiet psychotherapeutischer Arbeit relevant sind.

1 KRANKHEITSMODELL UND SUCHTVERSTÄNDNIS

Abhängigkeitserkrankungen entstehen als individuelle Ausformung eines komplizierten und komplexen Zusammenspiels der Faktoren:

- Umwelt: gesamtgesellschaftliche, wirtschaftliche, soziale und familiäre Bedingungen
- Persönlichkeit: körperliche Disposition, Persönlichkeitsstruktur mit den jeweiligen psychosozialen Kompetenzen, Konfliktbewältigungs- und Problemlösungsstrategien
- Suchtmittel: Art, Wirkung, Dosis, Dauer des Konsums

Suchterkrankungen sind sowohl wegen ihrer multifaktoriellen Genese als auch bezüglich ihrer körperlichen, seelisch-geistigen und sozialen Folgen und Komplikationen sozio-psycho-somatische Erkrankungen. Suchtmittelabhängigkeit entwickelt sich ausgehend vom normalen Gebrauch (Genuss) über den funktionalen Konsum, in dem sich bereits die psychische Ab-

hängigkeit anbahnt, über Missbrauch hin zum Abhängigkeitssyndrom. Da das Suchtmittel dem Organismus biochemisch vermittelte Informationen zuführt, an die er sich gewöhnt, handelt es sich sowohl bei seelischer als auch bei körperlicher Abhängigkeit um komplexe neurochemische und neurophysiologische Reaktionen. Sie sind immer gleichzeitig körperlich und seelisch. Die körperliche Abhängigkeit, die sich in unterschiedlich starken Entzugerscheinungen zeigt, lässt sich in der Regel medizinisch in wenigen Wochen erfolgreich behandeln.

Das eigentliche Problem in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen ist die psychische Abhängigkeit. Sie ist Gegenstand stationär- und ambulant-rehabilitativen Interventions, wobei spezifische Strategien und eine auf den individuellen Krankheitsbewältigungs- und Persönlichkeitsentwicklungsprozess abgestimmte Zeitdauer eingeplant werden müssen. Für Diagnostik und Therapie der psychischen Abhängigkeit liefern Modifikationen psychoanalytischer Persönlichkeits-, Krankheits- und Therapietheorien innerhalb unseres Konzepts die wesentlichen Grundlagen.

Unser Suchtverständnis gründet sich insbesondere auf die Ich-Psychologie und die psychodynamische Objektbeziehungstheorie. Umweltfaktoren (z.B. schädliche Milieus) sowie die genetischen Ursachen von Suchterkrankungen finden gleichermaßen Berücksichtigung. Die Beziehungsstörung der Betroffenen bildet dabei den Kern des Krankheitsverständnisses.

Sucht bzw. Abhängigkeitserkrankung wird als Ausdruck einer grundlegenden Störung der Beziehung zu sich selbst, zu anderen und zur Umwelt begriffen, die sich in einem Mangel an Handlungs- und Erlebensmustern ausdrückt. Biografisch findet man in der Regel ein unzulängliches Beziehungsangebot der primären Objekte, sodass nur unzureichende Persönlichkeitsstrukturen entwickelt werden konnten. Eine Beeinträchtigung der Struktur kann auch später durch traumatische Erlebnisse erfolgen. Betroffene sind in der Regel nicht in der Lage, Erlebens- und Verhaltensfähigkeiten situationsadäquat zu steuern. Dadurch entstehende Spannungen und Ängste werden mit Hilfe des Suchtmittels bzw. des süchtigen Verhaltens bewältigt, was wiederum eine Einschränkung und Schädigung des neurologischen, somatoaffektiven, intrapsychischen und des interpersonalen Systems zur Folge hat.

Psychodynamische Grundlagen: Die Struktur der Persönlichkeit und ihrer Objektbeziehungen – Sucht als frühe Schädigung

Ein wesentlicher theoretischer Zugang basiert auf der Objektbeziehungstheorie. Störungen bzw. entwicklungshemmende Einflüsse in der frühen Kindheit – beim Entwicklungsschritt von der Symbiose zur Individuation – stehen bei der Erklärung von Suchterkrankungen im Vordergrund. Gemäß der objektpsychologischen Theorie (KLEIN 1972, FAIRBAIRN 1952) gehen wir von der Vorstellung aus, dass der Entwicklungsschritt von der Ein- zur Zweipersonen Welt, von der Symbiose zur Individuation auf Grund maligner Einflüsse beeinträchtigt ist.

Ausgangspunkt der Persönlichkeitsentwicklung ist die frühe Beziehung zwischen Säugling und Bezugsperson, welche durch die Qualität der Verarbeitung von lustvollen und unlustvollen Affekten die Herausbildung der Selbst- und Objektrepräsentanz bestimmt (KERNBERG 1978). Im Rahmen der Identitätsbildung steht das Kind vor der Aufgabe, die Stränge der Selbst- und Objektrepräsentanzen zu integrieren. Gelingt das Zusammenfügen dieser Repräsentanzen nicht, kommt es zur Spaltung. Die Ich-Entwicklung wird dadurch erheblich beeinträchtigt, die Introjektion guter Objekte findet nicht statt. Als Folge davon können sich keine ausreichend positiv bewerteten Objekt- und Selbstrepräsentanzen bilden. Hier sehen wir ei-

nen engen Zusammenhang zur Dynamik der entwicklungspsychologischen Biografie von Suchterkranken.

Strukturelle Störungen in der Persönlichkeitsstruktur

Folglich steht bei diesem tiefenpsychologischen Ansatz die prämorbidie Persönlichkeitsstruktur neben den psychischen, physiologischen und sozialen Konsequenzen des Suchtmittelmissbrauchs im Zentrum (vgl. auch FENICHEL 1975). Wir betrachten den Menschen in seiner Bezogenheit als soziales Wesen und konzentrieren uns auf die Ichstruktur und den Persönlichkeitsaufbau.

So gehen wir bei Suchterkrankungen von Beeinträchtigungen in der Entwicklungsphase aus, in der sich vorrangig die Strukturierung, Differenzierung und Stabilisierung des Ichs vollziehen, die sich in der Pubertät manifestieren (vgl. HARTMANN 1975, FREUD, A. 1975).

Mit Suchtmittelabhängigkeit gehen folgende Beeinträchtigungen einher:

1. Die Beziehung zwischen dem Ich und den Affekten ist nur unzureichend differenziert.
2. Objekt- und Selbstrepräsentanzen sind nicht ausreichend ausgebildet.
3. Durch die bewusstseinsverändernde Wirkung des Suchtmittels wird das Ich beeinflusst (vgl. KRYSTAL u. RASKIN, 1983).

Aus diesen Beeinträchtigungen ergeben sich:

Zu (1): Pathodynamische Folgen mangelnder Differenzierung zwischen Ich und Affekten: Ein schwaches Ich stellt einen schwachen Reizschutz dar. Auf Grund der geringen Ich-Differenzierung besteht nur geringe Affekttoleranz (WURMSER, 1978). Gefühle werden daher als beängstigend erlebt und führen zur malignen Regression. Nur das Suchtmittel entlastet von affektiven Spannungen.

Zu (2): Pathodynamische Folgen unzureichend gebildeter Objekt- und Selbstrepräsentanzen: „Die Objektrepräsentanzen ... bleiben mit der Libido der narzisstischen und oralen Stufe besetzt, d.h., die darauf gerichtete Beziehung strebt nach völliger Verschmelzung mit dem Selbst und/oder nach einer Verschlingung des Objekts in oral-kannibalistischer Gier“ (ROST, 1988). Das frühe Liebesobjekt wird als sehr ambivalent erlebt. Die Qualitäten der Objektbeziehung verhindern eine Integration „guter“ und „schlechter“ Anteile, die „ambivalente Besetzung ist von dem drohenden Objektverlust bestimmt“ (ROST ebenda).

Zudem ist das Über-Ich schwach ausgeprägt. Daraus resultiert eine geringe innere Unabhängigkeit, d.h. es besteht starke Abhängigkeit von Billigung/Missbilligung durch die Umgebung. Die zur Bildung einer stabilen Identität notwendigen Introjektions-, Identifizierungs- und Projektionsprozesse sind beeinträchtigt. Dies verdeutlicht, wie es zur Bildung eines schwachen oder lückenhaft gestalteten Ichs kommt.

Der aus einer Spaltung resultierende Mangel an Impulskontrolle erklärt das suchtspezifische Verhaltensmuster. Der spätere Suchtmittelmissbrauch wird als Resultat eines ich-strukturellen Defekts, somit folglich als Symptom und nicht als Grunderkrankung betrachtet.

Zu (3): Auswirkungen des Suchtmittels auf das Ich-Erleben (nach ROST ebenda):

- Blockierung schmerzhafter und bedrohlicher Affekte
- Reduktion innerer Konflikte und Über-Ich-Spannungen

- Umdeutung der eigenen seelischen Realität
- Umdeutung der Außenwelt

Vor diesem Hintergrund wird der Selbstheilungsversuch durch Suchtmittelmissbrauch deutlich. Zugleich wird unmittelbar einsichtig, warum in der Therapie ein Ersatz für das Suchtmittel gefunden werden muss und der Entzug allein nicht ausreichen kann. Ohne diesen Ersatz kann der Kreislauf von Kompensation, Entgiftung und wiederholter Kompensation bzw. therapieresistentes Verhalten vieler Suchterkrankter nicht durchbrochen werden.

Sucht als passive Überlassung an ein unbelebtes Objekt

„Vor dem Hintergrund neuerer psychoanalytischer Erkenntnisse des intersubjektiven Affekt- und Beziehungsgeschehens und der Säuglingsforschung“ (Voigtel, 2001, S. 8) sehen wir mit Voigtel als Besonderheit der süchtigen Psychodynamik, dass es sich hier nicht nur um eine Verleugnung der Abhängigkeit, sondern auch um ein Agieren von Abhängigkeitswünschen handelt (ebd., 2001, S. 133, 236). Das Suchtsymptom wird als Kompromissbildung zwischen „oralem Trieb und narzisstischem Wunsch nach einem Selbst-Objekt einerseits“ und der Abwehr bzw. Verleugnung dieses Wunsches durch die „Verschiebung auf ein beziehungsloses Objekt“ andererseits verstanden (ebd., S. 136). Der Abhängigkeits- und Nähewunsch wird durch die Illusion befriedigt, dass ein bezogenes Objekt anwesend ist. Diese Phantasie benötigt das schwache und ungeliebte Selbst der Süchtigen, um sich nicht zu verurteilen und abzulehnen und um das fehlende innere Objekt und die Selbstschwäche zu kompensieren. Die Verleugnung der Selbstschwäche und der Abhängigkeit von anderen Menschen gelingt dagegen durch die Illusion, dass eigentlich kein Objekt anwesend ist und das Selbst somit autark ist und sich selbst regulieren kann. Ein menschliches Objekt wird somit scheinbar „überflüssig“ (ebd., S. 199). Das Suchtobjekt dagegen ist ein kontrollierbares Instrument der Süchtigen, das ihnen die Illusion ermöglicht, autark zu sein und niemanden zu brauchen. Die Voraussetzung dafür, dass ein Mittel zum Suchtmittel werden kann, ist seine „Sachlichkeit respektive Unbezogenheit“ (Voigtel, 2001, S. 127). Es handelt sich um ein „unbelebtes Objekt“, in das zwar menschliche Eigenschaften oder Kräfte hineinprojiziert werden können, das jedoch nicht wirklich auf diejenigen, die es benutzen, bezogen ist, mit dem also auch umgekehrt die Süchtigen nicht wirklich in eine Beziehung treten können bzw. müssen. Dies ist die „wesentliche, beruhigende Eigenschaft“ des Suchtobjektes (ebd., S. 127). Die passive Überlassung an ein unbelebtes Objekt ist das entscheidende Kriterium, „welches die Sucht von anderen narzisstischen Störungen (Störungen des Selbst) unterscheidet“ (ebd., S. 139).

2 KONFLIKTMODELL

Wir gehen von der zentralen Hypothese aus, dass Suchtpatienten eine grundsätzliche Schwierigkeit damit haben, sich an belebte Objekte zu binden und diese Verbundenheit herzustellen, sie zu gestalten und zu bewahren. Dies impliziert, dass Bindung an belebte Objekte als quälend erlebt wird, dass immer wieder Zurückweisung befürchtet und durch existenzielle Angst und destruktive Wut beantwortet wird. Der Modus des Erlebens jeglicher Form von Bindung an belebte Objekte ist Besorgnis und Unruhe. Affektiv prävalieren undifferenzierte Scham- und Schuldgefühle, die als so überwältigend erlebt werden, dass eine je individuelle „Logik des Rückfalls“ entsteht. Die zentrale Beziehungskonflikt-Thematik ist mithin durch von außen erlebte Feindseligkeit charakterisiert, was Konsequenzen für die Kommunikationsstruk-

tur hat. Da Verbundenheit und Nähe als bedrohlich erlebt werden, zeigen sich folgende Muster, die die kommunikative Oberfläche der Verhaltensstruktur Süchtiger bilden:

Die Beziehungsgestaltung wird durch Triebimpulse dominiert, und zwar psychobiografisch lange, bevor es zu süchtigem Verhalten kommt. Hier zeigt sich – wie oben dargelegt – der präöipale Charakter des Beziehungsmusters konkret in Fahrigkeit, Sprunghaftigkeit, Anklammerungstendenzen und phasischer Selbst- und Objektidealisation.

Prinzipiell gegeben ist die Unfähigkeit, die Bedürfnisse Anderer wahrzunehmen und zu respektieren, sei es in Gruppen oder in einer dyadischen Situation.

Verbale Kommunikation dient nicht der Mitteilung eigener emotionaler Erlebnis-inhalte, sondern besteht in einer teilweise sehr ausgeprägten Technik, Anderen etwas anzutun, Absichten des Anderen zu unterlaufen oder ihn zu manipulieren. Ziel ist immer, den Anderen unschädlich zu machen, ihn zu beschämen oder zu kontrollieren.

Jegliche Außenanforderungen werden im Rahmen einer ich-syntonen Pathologie als feindselig, zumindest aber bedrohlich, angesehen.

Das Verhaltensangebot Süchtiger ist durch die erlebte Unaushaltbarkeit von Trennung charakterisiert. Dies lässt sich in der Weise verallgemeinern, dass jegliche Form von Konflikt intrapsychisch wie interindividuell als unaushaltbar imaginiert wird. Konflikthaft erlebte Trennung wird unbewusst abgewehrt und kommunikativ verweigert, weil sie symbolisch für jede Form von Weiterentwicklung steht. Im Dilemma zwischen Progression und Regression zeigt sich hier eine Tendenz, die regelhaft in Richtung Regression und mithin auf die Bindung an unbelebte Objekte zielt.

Diagnostik und Operationalisierung von Sucht nach OPD

Suchterkrankungen lassen sich diagnostisch u. a. auf den OPD-Achsen operationalisieren (vgl. NITZGEN, 2003). Auf Achse 1 wird das Krankheitserleben, auf Achse 2 die Beziehungsgestaltung, auf Achse 3 die Konfliktdynamik / innere zeitlich überdauernde Konflikte und auf Achse 4 die Persönlichkeitsstruktur festgehalten.

Auf Achse 3 lässt sich abbilden, inwiefern bei Suchterkrankungen ein Ineinandergreifen von Konflikt- und Strukturpathologie mit dem Modus der Hingabe an ein unbelebtes Objekt – dem Suchtmittel – besteht. Ein unbewusster Wunsch wird qua Verschiebung auf das Suchtmittel abgewehrt bzw. agiert. Das Suchtspezifische liegt dabei in der abwehrbedingten Verarbeitung. Zentral ist folglich die Beziehung des Süchtigen zum Suchtmittel. Diese ist diagnostisch genauer zu betrachten.

Je nach abgewehrtem Wunsch (symbiotische Verschmelzung, materielle und/oder psychische Versorgung, Selbstwertregulation, Unterwerfung und/oder Schuldentlastung) kann der Konflikt als Abhängigkeits-Autonomiekonflikt, Versorgungs-Autarkiekonflikt, Selbstwertkonflikt, Unterwerfungs-Kontrollkonflikt oder Über-Ich-Schuldkonflikt eingeordnet werden.

Darüber hinaus kann die Dimension des Konflikts in ihrer Globalität zwischen global, weniger umfassend oder punktuell eingestuft werden.

Auf Achse 4, der Persönlichkeitsstrukturachse, wird das Integrationsniveau bestimmt. Es erfolgt auch eine Einordnung in das Funktionsniveau der Persönlichkeit.

Die psychologische Funktion des Suchtmittels für den Süchtigen muss genau diagnostiziert und dem Betroffenen die Abwehrorganisation verdeutlicht werden. Diese Abwehrorganisation

zeigt sich in der Inszenierung von Beziehungsmustern, vor allem in der Gruppensituation und -therapie.

Ziel der Therapie ist es, den Betroffenen weg von der Überantwortung an unbelebte Objekte hin zu einer Entwicklung der unentwickelten Beziehungsmuster zu leiten. In dem Maße, in dem für den Suchterkrankten begreifbar wird, welche Rolle das Suchtmittel in der intrapsychischen Psychodynamik wie in der interpersonellen Soziodynamik spielt, lassen sich konstruktive Alternativen entwickeln und erproben, soziale Beziehungen befriedigender gestalten und angemessene, altersadäquate Verhaltensweisen/-muster für den Umgang mit sich und anderen finden.

3 KONSEQUENZEN FÜR DIAGNOSTIK, INDIKATION, THERAPIE

Das Praxisfeld von Suchttherapeuten ist heterogen; ein Ausbildungscurriculum und die Vorgehensweise der Ausbilder müssen dem Rechnung tragen. Die Ausbildungsteilnehmer bringen in der Regel theoretische und praktische Kenntnisse mit, die reflektiert werden müssen. Unsere praktische Erfahrung mit Menschen, die im Bereich Sozial- / Suchttherapie arbeiten, zeigt, dass vieles nur optimiert und systematisiert werden muss. Gleichzeitig gilt es, paradigmatisch eine Einheitlichkeit des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens zu erwerben. Dies verlangt methodische Transparenz und Überprüfbarkeit des Vorgehens (s. 2.3), aber auch die klare Sicht darauf, dass psychotherapeutisches Handeln auch Handwerk bedeutet, das erlernbar ist, und zwar in kleinen Schritten, die immer wieder auch theoretisch reflektiert werden müssen. Wir möchten hervorheben, dass es immer auch um Entidealisierung der Tätigkeit des Psychotherapeuten geht. Dies muss sich in der Selbstsicht der Auszubildenden niederschlagen. Diagnostik und Therapie im Feld Sucht unterliegen stetigem Wandel, brauchen also neben einer soliden, einheitlichen Grundlage die dauernde Bereitschaft aller Beteiligten, sich als lernfähiges System zu reflektieren und die Methodik anzupassen.

4 GRUNDLAGEN TIEFENPSYCHOLOGISCH FUNDIERTER GRUPPENTHERAPIE IM ARBEITSFELD SUCHT

Wir legen ein Krankheits- und Suchtmodell zu Grunde, das die Persönlichkeitsstruktur von Suchterkrankten im Bereich von strukturellen bzw. präsymbolischen Störungen einordnet. Kennzeichen dieser Struktur ist u. a., dass reale äußere Objekte für Zwecke der Selbstregulierung verwendet werden. Diese Beeinträchtigung zeigt sich in erster Linie im Kontakt mit anderen Menschen, in Interaktionen, d.h. in interpersonellen Störungen. Das gruppentherapeutische Setting ist daher der ideale diagnostische und therapeutische Rahmen für diese Erkrankung.

Die im Rahmen eines tiefenpsychologisch fundierten Konzepts arbeitende Therapiegruppe ist ein sozialer Mikrokosmos, in welchem auf Basis interpersoneller Beziehungen korrigierende emotionale Erfahrungen gemacht werden können (s. insbesondere STRAUSS, Gruppenpsychotherapie, 2015). Ein nachgewiesener zentraler Bestandteil jeder erfolgreichen Therapie ist neben der ressourcenorientierten Vorgehensweise die Erlebnisaktivierung (vgl. GRAWE, u.A. 1994). Jedes gruppentherapeutische Setting beinhaltet eine erlebnisaktivierende Vorgehensweise, bei der Übertragungsprozesse aktiviert und gedeutet werden können. Die Gruppe bietet eine Vielzahl interpersoneller Situationen, in denen Rollenwahlen und -zuschreibungen, Szenen und Inszenierungen stattfinden. Der interpersonale Kommunikationsstil jedes Gruppenmitgliedes kommt in seinen Aktionen innerhalb der Gruppe zum Vorschein. Es zeigen sich dysfunktionale Erlebens- und Verhaltensmuster. Diese Beziehungsstörungen entstehen an der

Schnittstelle zweier Achsen: vergangene Beziehungserfahrungen und gegenwärtige Interaktionen mit Anderen. Hier treffen intrapsychische und interpersonelle Realität aufeinander – das Selbst des Patienten und seine inneren Objekte und das Selbst des Anderen und dessen innere Objekte. Vor diesem Hintergrund ist die Wechselbeziehung zwischen beiden und damit das interaktive Geschehen zu berücksichtigen. Interpersonale Schwierigkeiten werden innerhalb der Gruppe auf Reaktion und Feedback stoßen und durch therapeutische Antworten und die Bewusstmachung nichtsprachlicher Verhaltensweisen reflektiert. Durch Selbstbeobachtung können maladaptive interpersonelle Muster des Patienten identifiziert werden.

So kann der Patient seine basalen vorsprachlichen Erfahrungen des Im-Kontakt-mit-Anderen-Seins nachträglich bearbeiten und Einsicht erlangen in das Muster seiner interpersonellen Strukturen

Im geschützten Setting besteht die Möglichkeit zur Entwicklung und Erprobung von neuem Verhalten, neuen Rollen und neuen Coping-Strategien. Der Transfer in den Alltag wird erleichtert, da die Beziehungen innerhalb der Gruppe und die Beziehung zum Therapeuten auch Realsituationen darstellen.

Die konkreten Beziehungen werden in der tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie sowohl als Manifestation aktualisierter, verinnerlichter Beziehungsrepräsentanzen und der zugehörigen Affekte als auch als Ergebnis eines Aushandlungsprozesses verstanden. Implizit enthält jede Gruppensitzung ein Moment der Selbstwertbestätigung und der Identitätsentwicklung.

Gruppenkohäsion und therapeutische Grundaufgaben

Kohäsive Gruppen begünstigen therapiefördernde Faktoren wie beispielsweise Selbstoffenbarung, Risikobereitschaft und konstruktives Offenlegen von Konflikten (YALOM, 2001). Um eine hohe Gruppenkohäsion zu erreichen, bedient sich der Therapeut spezifischer Interventionsstrategien.

Der Prozess als Kraftquelle der Gruppe

Die Teilnehmer lernen, aktuelle Erlebensebenen in Gruppen zu fokussieren und die Klärung dieses Prozesses aktiv zu betreiben. Hierzu wird nach der Maxime verfahren: Wenn der wirksame therapeutische Prozess in Gang gesetzt werden soll, muss die Gruppe den Prozess erkennen, untersuchen und verstehen.

Die Funktion des Therapeuten ist dabei u. a., die Gruppe wiederholt ins Hier und Jetzt zu steuern, die Selbstreflexion zu erleichtern und Prozesskommentare zu geben. Tiefenpsychologisch fundierte Gruppentherapien sind so hochwirksam, weil sie zur Untersuchung des Prozesses ermutigen. Die Konzentration auf den Prozess ist die Antriebskraft der Gruppe.

Unter Prozess verstehen wir mit Yalom die „Art der Beziehung miteinander interagierender Individuen.“ Es werden sowohl Bedürfnisse als auch Vermeidungsverhalten / -muster und Tabus der Gruppe in den Fokus genommen. Patienten mit präsymbolischen Störungen benötigen besondere Unterstützung in den Bereichen Kontaktinitiative, Umgang mit Kritik, Toleranzgrenzen, Intimität und emotionale Nähe, Unterschiedlichkeit sowie Trennung und Abschied.

Aktivierung, Prozessklärung und Prozesskommentar

Bei der Aktivierung des Gruppenprozesses kommt es auf die richtige Balance zwischen Strukturvorgabe und Prozessoffenheit an. Ein Zuwenig an Struktur kann gerade für Patienten mit präsymbolischen Störungen sehr beängstigend sein. Daher werden in einem Vorgespräch die verbindlichen Rahmenbedingungen und die individuellen Schwerpunkte und Ziele geklärt. In der Aktivierungsphase lenkt der Therapeut die Gruppenenergie von äußeren Erörterungen auf die Beziehungen innerhalb der Gruppe im Hier und Jetzt. Hierbei wird auch eine bewusste Normsetzung durch den Therapeuten im Sinne einer Verstärkung von interpersoneller Konfrontation, Gefühlsausdruck, Selbstbeobachtung und Äußerungen der Wertschätzung für die Gruppe angestrebt.

In der Phase der Prozessklärung ist der Therapeut ein teilnehmender Beobachter beim offenen und latenten Kampf der Gruppenteilnehmer um die günstigste Position in der Dominanzhierarchie. Abhängig von der Dauer der Zugehörigkeit zur Gruppe kommt es häufig vor, dass einzelne Mitglieder einen Statusanspruch erheben. Die Spannungen liefern den Brennstoff für den verborgenen Motor der Gruppeninteraktion. Dabei soll der Therapeut im Sinne einer Klärung für den Patienten kritische Situationen und Dilemmata ansprechen. Widerstand, Angst, Vorsicht, Misstrauen etc. müssen zum Ausdruck kommen dürfen. Gerade bei präsymbolisch gestörten Patienten ist das Spiegeln des vorbewusst-nonverbalen Verhaltens von großer Bedeutung. Das Durcharbeiten der Widerstände gegen Veränderungen ist der Schlüssel zur Veränderung. Der Therapeut soll nicht um Hindernisse herum leiten, sondern durch diese hindurch. Die Art des spezifischen Abwehrmusters (Distanziertheit, Streitlust, Ablenkung, Selbstversunkenheit, Misstrauen etc.) gilt es zu erkennen und zu bearbeiten.

Die Interpretation des Interaktionsprozesses wird therapeutisch genutzt, indem:

1. Patienten erkennen, wie sie sich anders verhalten können
2. Patienten die Wirkung ihres Verhaltens richtig einschätzen lernen
3. Patienten entscheiden, ob sie mit ihrem gewohnten interpersonellen Stil zufrieden sind
4. Patienten den Willen zur Veränderung trainieren

Prozesskommentare ergänzen die therapeutischen Interventionen und beziehen sich nicht nur auf Verhaltensweisen, die gerade gezeigt worden sind, sondern häufig auf Verhaltenszyklen oder Wiederholungen, die in der Gruppe wochen- oder monatelang stattgefunden haben. Die vergangenen Ereignisse in der Therapiegruppe sind also ein Teil des Hier und Jetzt und ein integraler Bestandteil der Daten, auf denen ein Prozesskommentar beruht.

Auf Deutungen wird bei dieser Patientengruppe bewusst verzichtet, da mit Deutungen unvermeidlich ein Beziehungsangebot konstituiert wird. Viele Patienten mit präsymbolischen Entwicklungsstörungen erleben dies so, als wisse der Therapeut über ihr „Inneres“ Bescheid und als sei dies ein Beleg dafür, dass sie sich nicht abschirmen können und ihrem Gegenüber mehr oder weniger schutzlos ausgeliefert sind. Deutungen können dazu beitragen, dass Selbst-Objekt-Grenzen zunehmend brüchig werden und der Patient in einen regressiven psychotischen Zustand hineingeleitet. Die tiefenpsychologische Gruppentherapie für Suchterkrankte ist auf Progression hin orientiert, nicht auf Regression. Dies trägt der klinischen Erfahrung Rechnung, dass die strukturellen Defizite bei vielen Patienten mit strukturellen Entwicklungsstörungen in einem regressiven therapeutischen Prozess bestehen bleiben und ohnehin labile psychische Strukturen weiter labilisiert werden (FÜRSTENAU 1992).

Statt Deutungen werden Prozesskommentare in Form einer authentischen Antwort durch den Therapeuten geliefert. Als Faustregel für die Kommentare gilt, dass diese sich weniger auf die Gesamtgruppe als auf einzelne Teilnehmer beziehen sollten. Kommentare können sich aber in folgenden Aspekten auch auf die Gruppe beziehen: die Ausbildung von Normen, die Rolle des Abweichlers, das Sündenbock-Phänomen, die Gefühlsansteckung, der Rollendruck, die Bildung von Untergruppen, die regressive Abhängigkeit, welche durch die Gruppenmitgliedschaft gefördert wird, die Reaktion der Gruppe auf das Ende der Gruppenarbeit, die Einführung neuer Gruppenmitglieder, die Abwesenheit des Leiters, die mögliche Rollenfluktuation.

Der Zweck eines Gesamtgruppenkommentars besteht darin, ein Hindernis zu beseitigen, das sich dem Fortschritt der ganzen Gruppe entgegengestellt hat. Typische Hindernisse sind angstbesetzte Probleme und antitherapeutische Gruppennormen. Bei angstbesetzter Gruppenflucht vor einem Thema wird das Problem, welches den Widerstand ausgelöst hat, nicht selten in verschlüsselter Form besprochen. Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die Teilnehmer mit der Ursache des Widerstands zu konfrontieren.

Bei antitherapeutischen Gruppennormen wie beispielsweise:

„Sich Abwechseln“ (Gefahr einer verfrühten Selbstoffenbarung)

„In der Blöße liegt die Größe“ (schlecht für die Integration von Neuankömmlingen)

„Hier gibt es keine Konflikte und Kämpfe“ oder

„Hier gibt es keine Nähe und Intimität“

muss der Therapeut Vermeidungsverhalten ansprechen und Alternativen aufzeigen.

Aufgabe des Therapeuten ist es, den erstickten Willen des Patienten wieder zu beleben. Ein weiteres Ziel des Therapeuten ist es, den Patienten an einen Punkt zu führen, an dem er eine, mehrere oder alle der folgenden fundamentalen Prämissen akzeptiert:

„Nur ich kann die Welt ändern, die ich mir geschaffen habe.“ (Jedes Mitglied ist mitverantwortlich für diesen Raum und für die Abfolge von Ereignissen, die ihm in der Gruppe begegnen.)

„In der Veränderung liegt keine Gefahr.“ (Der Therapeut hilft, die Natur der Gefahr zu klären und stellt dann die Realität der Gefahr in Frage, indem er z.B. dazu ermutigt, die gefürchtete Handlungsweise in der Gruppe zu praktizieren.)

„Um das zu erreichen, was ich wirklich will, muss ich mich ändern.“ (Der Therapeut hilft dabei, widersprüchliche Motive zu klären, sekundären Gewinn aufzuschlüsseln.)

„Ich kann mich ändern, ich bin dazu in der Lage.“ (Der Therapeut hilft dem Patienten, sich ein Gefühl der persönlichen Beherrschung zu verschaffen.)

Der Wert einer Erklärung muss an dem Kriterium „Gefühl der persönlichen Beherrschung“ gemessen werden. In dem Maße, in dem die Erklärung ein Gefühl der Potenz vermittelt, ist die Erklärung gültig, richtig oder wahr.

Der Kommentar muss auf den Empfänger zugeschnitten sein, d.h. mit den Wertvorstellungen und dem Bezugssystem der Gemeinschaft, in welcher der Empfänger lebt, übereinstimmen.

Gefühle als Arbeitsinstrument

Die Gefühle des Therapeuten sind sein Arbeitsinstrument. Der einfache Ausdruck von Gefühlen hilft Patienten oft weiterzukommen. Es ist äußerst wichtig, dass dieses Instrument so zuverlässig und genau wie möglich funktioniert, vor allem vor dem Hintergrund, dass diese Fähigkeit bei Patienten mit präsymbolischen Störungen wenig bis gar nicht ausgeprägt ist. Hierzu werden die Teilnehmer ermutigt, eigene Gefühle in Bezug auf andere Mitglieder zu äußern und im Gruppenprozess zu explorieren. Die Selbsterkenntnis der Teilnehmer spielt dabei eine zentrale Rolle. Dies beinhaltet die Fähigkeit, Übertragungen und Gegenübertragungen wahrzunehmen und eigene Wahrnehmungsverzerrungen und blinde Flecken zu erkennen, sowie eigene Gefühle und Phantasien in die Arbeit einfließen zu lassen. Hierdurch wird die therapeutische Handlungskompetenz erweitert. Die Einsicht in die eigene Motivation, das Aufdecken von Konflikten in der Gruppe, der Ausdruck der eigenen Gefühle gehören ebenso zum Repertoire wie der angemessene, behutsame Umgang mit Kommentaren. Das Gruppen-setting bietet die idealen Bedingungen für die Förderung und Verstärkung dieser Erkenntnisse.

5 THERAPEUTISCHE REGISTER

Für die therapeutisch verantwortungsvolle Begleitung von Suchtkranken und Suchtgefährdeten sowie deren Angehörigen halten wir folgende Fähigkeiten des Therapeuten in der Gruppenarbeit mit Abhängigkeitserkrankten für unerlässlich:

- Realisieren und Planen einzel- und gruppentherapeutischen Handelns in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter auf der Grundlage der Persönlichkeits-, Störungs- und Therapiemodelle der modernen Psychoanalyse. Dazu gehören der Einsatz ausgewählter Formen der Diagnostik, das Fällen von Indikationsentscheidungen, Kompetenz in Problemsituationen sowie Evaluation und Qualitätssicherung
- Differenziertes Wahrnehmen der therapeutischen Beziehung in ihren interaktionellen und gefühlsmäßigen Aspekten, Analysieren und gezieltes Gestalten von Übertragung und Gegenübertragung vor dem Hintergrund angemessener Störungs- und Interventionskenntnisse in Einzel- und Gruppentherapie
- Berücksichtigung der mittels Selbsterfahrung, Supervision und Reflexion erworbenen Einsichten in Besonderheiten der eigenen Persönlichkeit in ihrer Auswirkung auf den rehabilitativen Prozess
- Umsetzen von sozialpädagogischen und psycho-educativen Maßnahmen vor dem Hintergrund tiefenpsychologisch fundierter Krankheitsentstehungs- und -veränderungskonzepte
- Einbeziehen von Bezugspersonen des Klienten in die Behandlung
- Organisieren der eigenen Arbeit unter dem Aspekt kollegialer Kooperation insbesondere mit Ärzten und anderen Berufsgruppen

Die tiefenpsychologisch fundierten Modelle bieten einen optimalen Rahmen, das eigene Handeln zu reflektieren und zu erweitern und damit einzel- und gruppentherapeutische Prozesse anzuregen, zu leiten, zu spiegeln und zu begleiten. Mithilfe der Erfahrung eines gesetzmäßig ablaufenden Gruppenprozesses wird die Wahrnehmung der wesentlichen soziodynamischen Abläufe ermöglicht. Methodisch gewährleistet daher Gruppenselbsterfahrung innerhalb eines tiefenpsychologisch fundierten Gruppensettings den größten Lernerfolg. Reflexion und Evaluation therapeutischen Handelns sollten integraler Bestandteil der Weiter-

bildung sein: Hierzu gehört die kontinuierliche Überprüfung der diagnostischen Annahmen, des Therapieverlaufs und der Interventionen unter Einbeziehung der verschiedenen Lebenszusammenhänge der Klienten.

Unterziele sind:

- die Aneignung und vertiefte Auseinandersetzung mit grundlegenden theoretischen psychodynamischen Konzepten zu den Themenbereichen Persönlichkeitsmodelle, Gruppendynamik und Theorie analytischer Gruppen
- die Kenntnis medizinischer Grundlagen, zentraler Themen der Suchtrehabilitation und relevanter Konzepte und Theorien zu Abhängigkeit und Krankheit
- das Training einfühler Wahrnehmungs- und Verstehensfähigkeit
- das Erkennen und Unterstützen der Ressourcen des jeweiligen Gegenübers
- die Erfassung eigener Übertragungsbereitschaften und typischer Verhaltensstile
- die Auseinandersetzung mit eigenen „süchtigen“ Anteilen
- die Wahrnehmung möglicher Grenzen therapeutischen Handelns

6 LITERATUR

FAIRBAIRN, R.D.: Psychoanalytic Studies of the Personality. London, Boston, 1952.

FENICHEL, O.: Psychoanalytische Neurosenlehre. Walter Verlag, Olten, 1975.

FREUD, A.: Das Ich und die Abwehrmechanismen. München, 1975.

FÜRSTENAU, P. (1992): Progressionsorientierte psychoanalytisch-systemische Therapie. Forum der Psychoanalyse 8: S. 17 – 31.

GRAWE, K./ DONATI, R./ BERNAUER, F.: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, 1994.

HARTMANN, H.: Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. Stuttgart, 1975.

KERNBERG, O.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus. Frankfurt a.M., 1978.

KLEIN, M.: Das Seelenleben des Kleinkindes und andere Beiträge zur Psychoanalyse. Reinbek bei Hamburg, 1972.

KRYSTAL, H./ RASKIN, H.A.: Drogensucht, Aspekte der Ichfunktion. Göttingen, 1983.

NITZGEN, D.: Sucht als Abwehrorganisation. Perspektiven einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik der Sucht. In: Suchttherapie 2003; 4, S.65 – 71. Stuttgart/ New York.

ROST, W.D.: Psychoanalyse des Alkoholismus. Stuttgart, 1988.

STRAUß, B./ MATTKE, D.: Gruppentherapie. Berlin/ Heidelberg, 2012.

VOIGTEL, R.: Rausch und Unglück. Die psychischen und gesellschaftlichen Bedingungen der Sucht. Freiburg im Breisgau. 2001.

WURMSER, L.: 1974 u. 1978. In: BURIAN, W.: Die Psychotherapie des Alkoholismus. Göttingen, 1983.

YALOM, I.D.: Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Stuttgart, 2001.