

Tagungsdokumentation

***Die Aktualität  
analytisch orientierter  
Suchttherapie***

Fachtagung

29. April 2004  
Emsdetten



---

## Inhalt

	Seite
<b>I. Zur Aktualität des psychoanalytischen Ansatzes</b> Dr. Wolf-Detlef Rost, Gießen .....	4
<b>II. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode in der Suchttherapie</b> Dr. Andreas Dieckmann, Berlin .....	18
<b>III. Übertragungs-fokussierte Psychotherapie der komorbiden Borderline-Persönlichkeit</b> Prof. Dr. Peter Buchheim, Bad Fredeburg .....	33
<b>IV. Suchttherapie und Psychotherapie der Grundstörungen</b> Dr. Harald Sporn, Velbert-Langenberg .....	47

---

## Vorwort

Sucht ist eingebunden in die Biografie, in den persönlichen Lebensentwurf, in das soziale Umfeld und die Beziehungsrealitäten jedes einzelnen Erkrankten. Tiefgreifende Verhaltens- und Beziehungsstörungen sind die Folge, deren therapeutische Beeinflussung oft hohe Anforderungen an das therapeutische Personal stellt. Darüber hinaus lässt die Abstinenz neue vielfältige Schwierigkeiten erlebbar werden, die in der Suchtforschung unter dem Begriff „Komorbidität“ Eingang gefunden haben.

Mit der Fachtagung „Die Aktualität analytisch orientierter Suchttherapie“ hat die Koordinationsstelle Sucht psychoanalytische Erkenntnisse zur Entstehung und Behandlung von Suchtkranken aufgezeigt und die Wichtigkeit dieses Ansatzes hervorgehoben. Mit dieser Tagung wurde die Möglichkeit genutzt, dem Publikum einerseits einen Blick auf die Inhalte der psychoanalytisch orientierten Weiterbildung zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten zu ermöglichen und andererseits den zahlreich erschienen Absolventen/innen der Weiterbildung die Gelegenheit zu einem fachlichem Austausch zu bieten.

Anerkannte Fachleute aus Wissenschaft und Praxis haben ihre psychoanalytischen Ansätze in Plenumsvorträgen und Arbeitsgruppen vor- und zur Diskussion gestellt. Da viele der diskutierten Themen und Informationen aus den Arbeitsgruppen nicht von allen Teilnehmenden besucht werden konnten, stellen wir Ihnen hiermit die Beiträge zur Verfügung.

Verantwortlich für die Texte ist der jeweilige Autor. Eine umfassende redaktionelle Bearbeitung hat nicht stattgefunden.

Die Koordinationsstelle Sucht wird das Thema der psychoanalytischen Suchttherapie auch weiterverfolgen. Wenn Sie für die Weiterbildung werben möchten oder an weiteren Informationen interessiert sind, können Sie uns gerne kontaktieren.

Doris Sarrazin  
Fort- und Weiterbildung

## I. Zur Aktualität des psychoanalytischen Ansatzes

*Dr. Wolf-Detlef Rost*

### Einleitung

In der wissenschaftlichen Diskussion wie in der therapeutischen Praxis, so muss man als Psychoanalytiker nüchtern festhalten, ist die Psychoanalyse allseits auf dem Rückzug, und bereits begonnene wie noch anstehende „Gesundheitsreformen“ lassen hier für die weitere Zukunft nichts Gutes erwarten. Das Menschenmodell Freuds, das der Selbsterkenntnis und psychischen Gesundung des Individuums eine fast unbegrenzte Zeitspanne einzuräumen bereit war, erscheint nicht mehr zeitgemäß. Schneller, kürzer, erfolgs- ist gleich symptomorientiert. Dies sind die Schlagworte in der Psychotherapie-debatte der letzten Jahre. Die einseitig und polemisch angelegte „Grawe-Studie“ aus dem Jahre 1994, die in Aussagen wie: „Therapeuten, die für sich selbst feststellen müssen, dass die Mehrzahl ihrer Therapien länger als 40 Therapiesitzungen dauert, müssen über die Bücher“ (S. 697) war einer jener Beiträge, die der psychoanalytischen Langzeittherapie den Todesstoß versetzen sollte.

Aus Psychotherapie, Psychiatrie und Psychosomatik ist, überschaut man die wichtigsten Fachzeitschriften oder Fachtagungen, die Psychoanalyse am Verschwinden. Dies gilt auch für die Suchtforschung; hier finden sich fast nur noch biologistisch und genetisch orientierte Ansätze, und für die Suchttherapie finden allenfalls die aus der Verhaltenstherapie abgeleiteten Behandlungsansätze noch Anerkennung.

Mitverantwortlich für diesen Terrainverlust ist jedoch auch die Psychoanalyse selber, die das als „undankbar“ geltende Gebiet der Suchttherapie viel zu lange sträflich vernachlässigt hat. Denn in der Suchttherapie hat sich in den vergangenen Jahren ein Paradigmawechsel vollzogen, der an und für sich die Chance für die Psychoanalyse darstellen könnte. Dieser Wandel ist die Abwendung von der einseitigen Orientierung auf die „Trockenlegung“ hin zu der Einsicht über die mit der Suchterkrankung verbundene Ko- und Multi-morbidität. Über lange Jahre geprägt von den Ideen der Anonymen Alkoholiker waren auch Suchttherapeutinnen und Suchttherapeuten der Auffassung, mit der Erreichung der Abstinenz vom Alkohol sei die zentrale Aufgabe der Therapie gelöst. Traditionelle Katamnese-Studien erfassten daher, wie viele Alkoholiker/innen nach der Entwöhnung noch wie lange abstinent leben - und kommen interessanterweise dabei über alle Therapieformen und Kliniken hinweg zu etwa gleichen Zahlen.

Heute wissen wir, dass mit der Abstinenz vom Alkohol der natürlich unabdingbare Schritt zum Überleben der süchtigen Person getan ist. Über seine sonstige psychische wie auch physische Gesundheit sagt dies jedoch nichts aus. Wie schon in den fünfziger Jahren Alexander Mitscherlich in Bezug auf den medizinischen Fortschritt schrieb: „Krankheit erwies sich unbegrenzter Metamorphose fähig“; weil sie eben Ausdruck menschlichen Leidens ist, treten an die Stelle jeder Krankheit, die erfolgreich behandelt werden kann, mehrere neue. In der Wahrnehmung der Therapeuten/innen - anfangs auch in der Sicht der Betroffenen - reduzierte sich das Problem zu einseitig auf das Suchtmittel. Wenn der Alkoholiker trocken, der Drogenabhängige absti-

nant ist, hat er zufrieden und glücklich zu sein, da sein Hauptproblem ja nun gelöst ist. In der Realität geht es den meisten Süchtigen dann jedoch sogar schlechter als zuvor. Sie leiden nicht nur fast regelhaft unter Schlafstörungen, sondern oft unter schweren Angstzuständen, Depressionen oder unkontrollierbaren Zuständen von Aggressivität, werden sehr zwanghaft, entwickeln unterschiedlichste psychische oder körperliche Symptome, geben im Extremfall manchmal alle Sozialkontakte auf und werden psychotisch oder suizidal. In der Suchtforschung hat dieses Problem seit einigen Jahren unter dem Schlagwort „Komorbidität“ Eingang gefunden, wobei unterschiedliche, meist jedoch sehr hohe Prozentzahlen für das Vorliegen von Komorbiditäten mit anderen Erkrankungen angegeben werden. Für Psychoanalytiker/innen erscheint dies als alter Hut. Für sie war die Sucht von jeher der Ausdruck tieferliegender Konflikte und Störungen in der Persönlichkeit, nicht mehr als die Spitze des Eisberges, wobei die in der akuten Sucht kaschierten Konflikte unter den Bedingungen der Abstinenz nur um so deutlicher hervortreten. Der Psychoanalytiker Robert Knight schrieb bereits 1937: *„Man findet niemals einen Alkoholiker, der nüchtern eine psychisch gesunde Person ist“*, oder noch pointierter bei Menninger (1974): *„Der Alkoholiker leidet insgeheim an einem unaussprechlichen Schrecken, dem er nicht ins Antlitz zu sehen wagt. Er erkennt nur das Mittel des Ertränkens der Furcht...“*

Leon Wurmser, der über viele Jahre analytisch mit Drogenabhängigen gearbeitet hat, schreibt:

*„Jeder, der eng mit einem Drogenabhängigen zusammenarbeitet, erlebt immer wieder, dass der Patient beim Entzug seiner Droge der Wahl verzweifelt versucht, diese durch ein anderes Symptom zu ersetzen.“* (1997, S. 89), oder an anderer Stelle:

*„Diese Menschen könnten wir auch dann nicht als gesund bezeichnen, wenn sie kein Drogenproblem hätten. Niemand, der Drogenabhängige kennt und nur ein wenig psychiatrisches Wissen hat, würde sie als gesund bezeichnen, auch dann nicht, wenn das Drogenproblem auf wundersame Weise beseitigt wäre. Theoretisch mag es Ausnahmen geben. Vielleicht gibt es einige zwanghafte Drogenkonsumenten, die kein anderes Symptom einer schweren Psychopathologie gezeigt haben. Ich bin noch keinem begegnet.“* (1997, S. 100).

M.E. ist die Grenze zwischen normalem und süchtigem Trinken dort anzusiedeln, wo die Genussfähigkeit beim Trinken verloren geht und das Leid bzw. die Bekämpfung des Leidens überwiegt (Möhl, 1993, Rost 1987, Wurmser 1997). Dies ist auch das Problem vieler Hausärzte und Psychotherapeuten/innen. Trockengelegte Süchtige füllen ihre Praxen, präsentieren ihr Leid, das durch die Abstinenz von der Droge nicht geringer, sondern oft sogar quälender geworden ist, denn nun sind sie ja ihres Ventils, ihres Schutzes, ihres Selbstheilungsmittels beraubt. Dies ist auch eines der Hauptprobleme in der Substitutionsbehandlung von Drogenabhängigen, die ich dennoch klar befürworte: der Mehrzahl der Substituierten reicht es eben nicht aus, dass sie keine Entzugssymptome bekommen und ihre psychische Regulation durch das Methadon einigermaßen ins Gleichgewicht gebracht worden ist; entscheidende Lebensgefühle fehlen ihnen weiterhin. Dies führt dazu, dass sie sich zusätzlich anderer Suchtmittel, insbesondere des Alkohols und des Kokains bedienen.

Wie beschrieben müssen Ärzte, Ärztinnen und Therapeuten/innen, aber auch die Betroffenen selber feststellen, dass es ihnen mit der Abstinenz keines-

wegs besser geht. Ganz im Gegenteil kommt es zu einem Aufbrechen unterschiedlichster psychischer wie körperlicher Symptome, deren Ursprünge sich meist bis in die Zeit von vor der manifesten Abhängigkeit zurückführen lassen. Abstinenzgruppen suchen diese Realität oft zu verleugnen, und Therapeuten/innen reagieren zunächst ratlos und flüchten sich dann in eine Aneinanderreihung mehr oder minder unverbundener Diagnosekategorien nach ICD 10, und als Rettung aus diesem Dilemma gibt es ja Gott sei dank die „Persönlichkeitsstörung“, denn schließlich muss es jedem auffallen, dass eine solche Häufung von Symptomen und Krankheiten nicht ganz zufällig sein kann. Etwas böseartig und salopp ausgedrückt lautet daher heute die Devise: Keine Sucht ohne Persönlichkeitsstörung. Und damit hätten wir dann wenigstens einen Grund, für Süchtige auch weiterhin längere Therapiedauern, sowohl stationärer wie ambulanter Art, fordern zu können, denn dass Persönlichkeitsstörungen nicht in einer Kurzzeittherapie nachhaltig zu beeinflussen sind ist allseits anerkannt.

Hier liegt bzw. sollte der Ansatz für die Psychoanalyse liegen. Keine Behandlungstheorie verfügt über ein solch umfassendes, über lange Jahre entwickeltes Modell zum Verständnis der Psychogenese wie zur Therapie komplexer und tiefgreifender Störungen. Ferner ist es für die Psychoanalyse schon immer eine Binsenweisheit gewesen, dass das Symptom immer nur die Spitze des Eisberges und nicht die Erkrankung an sich ist. Dies gilt allerdings bereits für die weniger schwerwiegenden Erkrankungen wie z.B. die Neurosen, eine Kategorie, die aus dem ICD 10 weitgehend verschwunden ist.

Ich denke, dass gerade psychoanalytischen Ansätzen bei dem Wandel, dem derzeit die Suchttherapie - verschärft durch die Kosteneinsparungen und Verkürzung der Entgiftungs- wie Entwöhnungsbehandlungen - unterliegt, ein höherer Stellenwert zukommen müsste. Die - nach meiner Einschätzung längst überfällige - Differenzierung der Behandlung sowie die Entwicklung von Konzepten zur ambulanten Therapie verlangt eine verbesserte Diagnostik, einen geschärften Blick auf den individuellen Hintergrund einer Suchtentwicklung. Die Einsicht, dass der Alkohol-Abusus in der Regel Ausdruck und Symptom tieferliegender Konflikte ist, dass für viele Süchtige oft erst mit der Abstinenz von der Droge die eigentlichen Probleme kommen, beginnt inzwischen zu einem Gemeinplatz in der Suchtarbeit zu werden. Das tägliche Brot meiner ambulanten Praxis ist die Arbeit mit überwiegend abstinenten Süchtigen nach Entwöhnungsbehandlung, die mit Schwierigkeiten ihrer Lebensbewältigung zu kämpfen haben, die erst mit der Abstinenz wirklich erlebbar geworden sind.

Es wäre naiv, der Sucht ganz spezifische Störungen zuzuordnen zu wollen. Wir müssen uns vergegenwärtigen: Der Alkohol ist die Droge unserer Gesellschaft, mit der wir von Kindheit an praktisch tagtäglich konfrontiert werden. Von daher ist es verständlich, dass es ganz unterschiedliche Persönlichkeiten, Verläufe, auslösende Situationen und Krisen geben kann, wo der Alkoholkonsum zu entgleisen beginnt und sich eine Suchtkarriere entwickeln kann. Ausgangspunkt der Diagnostik ist dann die Frage, aufgrund welcher Anteile seiner/ihrer Persönlichkeit und seiner/ihrer Biographie ein/e Patient/in den Alkohol zu missbrauchen begonnen hat, warum er für ihn/sie so eine wichtige Bedeutung bekam etc. Wenn heute jede/r Süchtige mit dem Begriff „Persönlichkeitsstörung“ etikettiert wird, wird m.E. das Kind mit dem Bade ausgeschüttet, denn nicht bei jeder Sucht liegt zwangsläufig eine frühe oder

schwere Störung zugrunde. Hier eine differenzierte Sicht zu gewinnen ist nur auf einem psychoanalytischen Hintergrund möglich. Ich möchte Ihnen daher hier mein altes, sicherlich vielen Zuhörern bekanntes Theoriemodell zur Differenzierung unterschiedlicher Schweregrade von Abhängigkeit vorführen.

## 1. Der psychoanalytische Ansatz: Sucht als Symptom

Diagnostisch wichtig ist für mich zu erfassen, welche Bereiche der Persönlichkeit im jeweiligen Fall gestört sind und welche spezifische Funktion dem Suchtmittel in der Krankheitsbewältigung zukommt. Notgedrungen sind es allerdings immer wieder die schwerwiegenderen Formen und Verläufe, die unser besonderes Augenmerk erfordern, so dass die weniger dramatischen Fälle nicht ins Auge fallen. Ich möchte jedoch an dieser Stelle herausheben: Grundsätzlich kann jede psychische Struktur zumindest zeitweise zur Grundlage einer Sucht werden - selbst die sogenannte Neurose, die für uns Analytiker gewissermaßen das "Normale" darstellt. Sie kann in dem von mir verwendeten Sinne ebenfalls die Grundstörung einer Sucht sein. Unsere Erfahrung lehrt allerdings, dass wenigstens dem chronischen Alkoholismus in der Regel eine schwerwiegende, d.h. über die klassische Neurose hinausgehende Persönlichkeitsstörung zugrunde liegt, was neben dem Alkohol-Abusus auch eine vielschichtige psychische Symptomatik und eine hohe Bereitschaft zum Symptomwechsel bedeutet. Vereinfacht gesagt ist eine Störung um so schwerwiegender, je früher sie in der Kindheit wurzelt. Nun wird an der Psychoanalyse oft kritisiert, ihre Heranziehung immer früherer kindlicher Entwicklungsphasen als Erklärung einer Krankheitsursache habe einen sehr spekulativen Charakter und verlege die Anfänge ins Nebulöse. Sinnvoller erscheint mir daher, eine Störung als um so schwerer anzusehen, je *tiefer* sie in elementare und zentrale Strukturen einer Persönlichkeit reicht. Ich verwende also die Begriffe "frühe" und "tiefgreifende Störung" synonym. Grundlinie meiner diagnostischen Arbeit, zu der ich psychoanalytische Ansätze verwende, ist besonders, Unterschiede der Schwere der zugrundeliegenden Störung zu erfassen bzw. wie elementar diese zentrale Bereiche der Persönlichkeit betrifft. Ich versuche, dies anhand von zwei Fallbeispielen aus meiner Arbeit zu erläutern. Es handelt sich um äußerst problematische Fälle, in denen auch die Behandlung nicht sonderlich erfolgreich verlief. Ich hoffe aber, hiermit die Vielschichtigkeit des Suchtproblems verdeutlichen zu können. Psychodynamische Ansätze dienen für mich in erster Linie dem Hintergrundverständnis, der Einsicht in die individuelle Psychogenese und öffnen oft auch den Blick für die Grenzen des therapeutischen Handelns. Psychoanalyse in einem klassischen Setting (Couch und hochfrequente Behandlung) wende ich niemals bei Süchtigen an. Die psychodynamische Sicht bedeutet oft gerade, hinsichtlich der Therapieziele kleinere Brötchen zu backen. Ich unterscheide in meinem Ansatz also verschiedene, nach der Schwere der zugrundeliegenden Störung bzw. dem "Fixierungspunkt" der Erkrankung Grundmodelle, die ich im Folgenden knapp beschreiben möchte.

## 2. Neurose und Alkohol-Abusus

Neurosen stellen in psychoanalytischer Sicht die normale Entwicklung mit der Konfliktlösung einer relativ reifen, bis zum ödipalen Niveau entwickelten

Persönlichkeit dar. Auf dem ödipalen Niveau geht es um die Beziehungsaufnahme zur sogenannten "Dritten Person", dem Vater, wobei eine günstig verlaufene Mutter-Kind-Beziehung und die gelungene Herausbildung einer eigenen Identität vorausgesetzt werden. Manche neurotische Konflikte können zumindest zeitweise zum Anlass von exzessivem Trinken werden. So können z.B. massive und kaum noch zu ertragende Schuldgefühle Ursache von Alkoholmissbrauch sein. Hintergrund ist in vielen Fällen eine ungelebte ödipale Liebe und die nicht bewusst zugelassene Identifikation mit einem alkoholabhängigen Elternteil - meist dem Vater. Im Trinken wird diese Identifikation ausgelebt, und die eigene Therapie steht stellvertretend für die Hilfe, die dem Vater nicht gegeben werden konnte. Solche Patientinnen und Patienten nehmen dann rasch eine Helferrolle ein und werden unter Umständen selber sehr bald Suchtkrankenhelfer/in. Ein chronischer Alkoholismus ist hier eher selten, so dass ich mir weitere Ausführungen zu dieser Gruppe sparen möchte. Allgemeines Stichwort zu dieser Gruppe: Trinken aus Schuldgefühl.

### **3. Alkohol als Selbstheilungsmittel**

Häufiger finden wir bei Alkoholikern/innen sogenannte "Ich-Schwäche" Persönlichkeiten. Hier ist durch mangelnde Bestätigung und Förderung des Kindes, gelegentlich auch durch übermäßige Verwöhnung, oder auch infolge einer konstitutionellen Schwäche, das Ich nicht hinreichend entwickelt, um die für das alltägliche Leben erforderlichen Anpassungsleistungen zu vollbringen. Die Affekttoleranz ist gering, oft auch eine Affektdifferenzierung ungenügend geblieben. Gefühle drohen das schwache Ich dann leicht zu überwältigen, die Frustrationstoleranz, die Fähigkeiten zur Realitätsprüfung sind gering. Vor allem sind auch die Ich-Grenzen, sowohl gegen die eigenen, inneren Affekte, wie gegen die von Außen kommenden Ansprüche zu schwach. Der Alkohol ist hier ein zunächst wirkungsvolles Hilfsmittel, das "Selbstheilungsmittel" eines schwachen Ich. Er dämpft die bedrohlichen Affekte, schirmt gegen die überflutenden äußeren Reize ab, lässt die Welt in einem rosigen Licht erscheinen. Das Problem dabei ist natürlich, dass der Alkohol nichts wirklich verändert, sondern die Probleme, spätestens dann, wenn im Übermaß getrunken wird, noch verschärft. Der bzw. die Betroffene wird in einem Teufelskreis immer unfähiger, seine/ihre Gefühle und Beziehungen aus sich heraus zu bewältigen, er/sie geht, wie Rado das nannte, zu einer "pharmakothymen Steuerung" über. Dasselbe gilt natürlich auch für Medikamentenabhängige.

Der süchtige Mensch begegnet uns in der Regel erst dann, wenn dieses System zusammengebrochen ist. Klar ist, dass er nur unter der Bedingung der Abstinenz von der Droge zu behandeln ist. Dies bedeutet aber auch, dass seine Ich-Schwäche jetzt erst deutlich wird und ihm zu schaffen macht, weil er seines bisherigen Hilfsmittels beraubt ist. Die Aufgabe der Therapie wird also sein müssen, seine Fähigkeiten zur Affektdifferenzierung und -tolerierung zu entwickeln, sein Ich zu stärken, die Ich-Grenzen zu festigen. Darauf zielen die Behandlungskonzepte der Fachkliniken, die Strukturen und äußere Grenzen setzen, an denen die Patientin/der Patient ihre/seine Probleme durcharbeiten kann, und die sie/er schließlich verinnerlichen soll. Das Problem ist, dass es sich um Prozesse handelt, die in der normalen kindlichen Entwicklung einiger Jahre bedürfen und die in einer Therapie nicht

beliebig verkürzbar sind. Es gibt immer noch Kliniken, die sich darauf fixieren, die Patientin/den Patienten möglichst trocken über die Behandlungszeit zu bringen und nicht sehen, dass die Therapie keine strukturellen Veränderungen bringen kann, sondern dass die Hausordnung, ein strenges Reglement und therapeutisches Setting nicht mehr als ein Ersatz für die Droge sind und nicht in wenigen Wochen oder Monaten verinnerlicht werden können. Nach der Entlassung kommt dann irgendwann der Rückfall, oder es gelingt der süchtigen Person, sich mittels zwanghafter Rituale oder Ersatzbildungen wie etwa einer Arbeitssucht trocken zu halten. Das mag dann immerhin eine lebenserhaltende Maßnahme sein; eine Bearbeitung der strukturellen Ich-Schwäche dieser Person ist es jedenfalls nicht.

Wichtig für diese Patientengruppe ist, um das nochmals zusammenzufassen, dass die Droge der Versuch einer - natürlich zum Scheitern verurteilten - Selbstheilung des Ichs ist, mit ihrer Hilfe die Defizite und Schwächen der Ich-Funktionen kompensiert werden sollen. Ich denke, dass allen Suchttherapeuten/innen solche Patienten/innen bekannt sind, möchte aber dennoch als Beispiel für diese Gruppe einen Fall aus der ambulanten Therapie bringen, in dem sich auch die von mir häufig beobachtete Tendenz zur Symptomverschiebung findet.

### *Fallbeispiel 1: Der Spieler*

Der 32-jährige Patient, von Beruf Handwerker, ist auffallend attraktiv und wirkt vordergründig sehr selbstbewusst. Er ist seit fünf Jahren trockener Alkoholiker, wobei er die erste Zeit der Trockenheit durch eine ausgefallene berufliche Tätigkeit mit 363 Arbeitstagen im Jahr mit jeweils wenigstens 12 Arbeitsstunden pro Tag überbrückt hat. Eine solche Tätigkeit fand er im Südfrüchtegroßhandel; Südfrüchtelaster rollen wohl werktags wie an Sonn- und Feiertagen. Dank seines Arbeitseinsatzes gelang es ihm bald, für die Leitung der Entladung verantwortlich eingesetzt zu werden. Die Symptomatik, wegen der er mich jetzt aufsucht, sind Herzängste, die in der kurios anmutenden panischen Angst gipfeln, bei seiner bevorstehenden Hochzeit entweder bei der Zeremonie in der Kirche vor allen Gästen tot umzufallen, oder vor lauter Panik davon zu stürmen. Ich lasse mich zu einer symptomorientierten und in dieser Hinsicht erfolgreichen Therapie verleiten, und bringe den Patienten über die Hochzeitszeremonie. Anschließend bleibt er jedoch in Behandlung, um seine Brückenphobie zu bearbeiten. Schließlich stellt sich heraus, dass sein eigentliches Problem Geldspielautomaten sind, das sich nun zunehmend verstärkt, weil er die Enge seiner Ehe nicht aushalten kann und sich mit den Spielautomaten zunehmend eine eigene, vor der Ehefrau geschützte Welt aufbaut. Das Geldspiel gewinnt rasch einen süchtigen Charakter.

Der Vater des Patienten ist Alkoholiker und überwiegend homosexuell gewesen, brachte oft betrunken Männer mit nach Hause. Die Mutter sorgte als kaufmännische Angestellte sowohl in finanzieller wie in emotionaler Hinsicht für die Familie. Die Eltern ließen sich scheiden, als der Patient circa sieben Jahre alt war. Wenige Jahre später starb der Vater völlig verwahrlost an den Folgen seines Alkohol-Abusus. Der Patient hatte keinerlei Kontakt mehr zu ihm und erfuhr erst viel später von seinem Tod. Auch habe er keinerlei Erinnerung an ihn, keine inneren Bilder. Ein Identifikationsobjekt ist er für ihn niemals gewesen. Die Mutter hingegen über-behütete, umsorgte und idealisierte ihren einzigen Sohn, band ihn eng an sich und gab ihm eine Kronprin-

zenrolle, die, wie die enge Bindung zur Mutter bis zur Therapie bei mir anhielt. In dieser Konstellation lernte der Patient nicht, mit Frustrationen umzugehen und um etwas zu kämpfen zu müssen. Alles fiel ihm entweder in den Schoß - wie die Liebe der Mutter - oder er gab gleich auf. Er absolvierte das Abitur ohne Schwierigkeiten, erlernte danach ein Handwerk, brach seinen beruflichen Weg aber immer dort ab, wo es schwierig zu werden begann. Sehr frühzeitig begann er zu trinken, was er aber nach den ersten Lebersymptomen und einer kurzen Entwöhnung mit 28 Jahren bereits beendete. Das alles-oder-nichts Prinzip seines Lebens drückte er mittels der Spielautomaten aus, wie er sich sein eigenes Refugium schaffte angesichts der Unmöglichkeit, sich gegen die Forderungen und Ansprüche der Mutter wie später seiner Ehefrau abzugrenzen. Die Angst vor dem symbiotischen Verschlungenwerden durch die Mutter bzw. die Frau, das misslingende Streben nach Autonomie ist meines Erachtens der zentrale Konflikt dieses Patienten. Auch in der ambulanten Therapie ließ er sich nur sehr schwer einbinden, und es war ein langer Weg, bis sich eine halbwegs tragfähige therapeutische Beziehung herstellen konnte.

Der Patient bedarf der ständigen Erregung und Stimulierung, besitzt eine schwache Frustrationstoleranz und Abgrenzung nach Außen. Andererseits - und dies ist wichtig zur Unterscheidung gegenüber der folgenden diagnostischen Gruppe - hat er angesichts der durch die Mutter erfahrenen Bestätigung und Zuneigung durchaus potente und lebensfähige Seiten. Sein sehr frühzeitiger und konsequenter Ausstieg aus dem Alkohol - angesichts des Auftretens der ersten schwerwiegenden körperlichen Symptome - zeigt, dass er keine nennenswerten selbstzerstörerischen Tendenzen aufweist.

Dies ist, besonders hinsichtlich des Symptomwechsels, im Auftauchen von Angst- und Unruhezuständen, ein durchaus nicht untypischer Verlauf einer Alkoholikerbiographie nach Trockenlegung, wie ich ihn immer wieder beobachten kann. Ziel einer kausalen Therapie auf längere Sicht wäre es, solchen Symptomwechsel und Ersatzbildungen überflüssig zu machen, wobei hier in den Zielsetzungen kleine Brötchen gebacken werden müssen.

Auch kann dies nur in einem langjährigen Prozess erfolgen, und hier wären besser funktionierende Therapieketten bzw. integrierte Behandlungsmodelle erforderlich. Die Fachklinik hat dabei unter anderem die Aufgabe, die Ursachen der Sucht wenigstens zu erfassen und in ihrer Schwere einzuschätzen, sich keinen Illusionen hinzugeben über die in einigen Wochen erreichbaren Veränderungen, sowie zusammen mit dem/der Patienten/in Perspektiven für die Zeit danach zu erarbeiten. Dabei sind Ersatzbildungen wie eine Arbeitssucht durchaus nicht generell zu verurteilen, wenn sie der betroffenen Person ermöglichen, abstinent zu bleiben und sich weiterzuentwickeln. Auch die Abstinenzgruppen sind hier natürlich sehr hilfreich, selbst wenn der Anteil der Alkoholiker/innen, die hier Fuß fassen können, weit geringer ist als meist angenommen wird. Nach meinen Erfahrungen bedarf es oft einer Abstinenz von fünf bis sieben Jahren mit diversen Krücken und Ersatzbildungen, bis die betroffene Person mit dem Kampf gegen das erste Glas unzufrieden wird, erneut zu suchen beginnt und vielleicht sogar eine Psychotherapie anstrebt, in der sie sich der Bearbeitung ihrer der Sucht zugrundeliegenden Problematik stellen kann. Eine wirkliche therapeutische Bearbeitung dieser Konflikte und Defizite der Persönlichkeit in einem psychoanalytischen Prozess wäre wiederum eine Aufgabe von wenigstens fünf Jahren, wie das der amerikani-

sche Analytiker Adams beschrieben hat. Erfahrungen in der ambulanten Langzeittherapie mit Abhängigen aus dieser Gruppe berechtigen zu dem Optimismus, dass diese Patientinnen/Patienten therapeutisch durchaus eine günstige Prognose haben. Nicht übersehen werden darf jedoch, wie dornig der Weg auch in der Abstinenz, wie stark das Leiden und die Krisen dieser Menschen auch *ohne* Suchtmittelrückfälle sind.

### **4. Sucht als Selbstzerstörung**

Ich möchte meinen Faden von vorhin wieder aufgreifen und nach den neurotischen und den Ich-Schwachen eine dritte Gruppe von "süchtiger Grundstörung" abhandeln, in der es um Selbstzerstörung und nicht um Selbstheilung geht.

In meinen Arbeiten genießt diese Gruppe eine besondere Beachtung, da ich der Auffassung bin, dass sie in der Suchttherapie zu oft vernachlässigt wird, und das wiederum liegt wohl daran, dass wir Therapeuten/innen hier vor der Schwere dieser Grundstörung kapitulieren oder die Augen verschließen vor dem Ausmaß der allgemeinen Zerstörung, obwohl es hier offen auf der Hand liegt, dass der Alkohol nur ein Symptom unter anderen und eben nicht die Krankheit an sich ist.

Ich meine jene betroffenen Personen, die uns schon vom ersten Gespräch an eine schlimme Biographie entfalten, die voll ist von Traumatisierungen und Unglücken bis weit hinein in die Kindheit. Hier werden wir konfrontiert mit dem Tod von Vater oder Mutter, schlimmsten familiären Exzessen, einer Kette von Unfällen, Krankheiten, Suizidversuchen und eben auch Alkohol- oder Drogenexzessen. Es sind Patientinnen/Patienten, die oft haarscharf an der Grenze zum Tod vorbeigeschrammt sind, und wir spüren rasch, dass es hier um ganz existentielle Fragen und Prozesse, um Sein oder Nichtsein geht. Es fehlt diesen Menschen buchstäblich die Erlaubnis zum Leben; in analytischer Sprache fehlen die guten inneren Objekte, um leben zu dürfen.

In modernerer psychoanalytischer Terminologie spricht man hier von Störungen auf dem Borderline-Niveau, wobei es nach meiner Einschätzung bei allen fließenden Grenzen doch auch gewisse Unterschiede zu den typischen Borderline-Erkrankungen gibt. Zum einen gewinnt bei den meisten Borderline-Patienten/innen das Suchtmittel nicht einen solch zentralen und beständigen Objektcharakter, sondern der Suchtmittelabusus bleibt ein eher passageres Symptom. Zum zweiten faszinieren viele Borderline-Charaktere als ausgesprochene Lebenskünstler, während bei den Süchtigen, die ich hier meine, die Autodestruktion mittels der Droge und anderer Mechanismen im Vordergrund steht.

Diese Süchtigen suchen mittels des Alkohols sich selbst respective ein verinnerlichtes böses Objekt zu vergiften, wie dies Psychoanalytiker bereits seit den dreißiger Jahren beschrieben haben. Es handelt sich also um eine basale Störung der Identität, einen Mangel an Urvertrauen, der dazu führt, dass die Selbsterhaltungstribe, der Überlebenswille gestört sind.

Dies erklärt sich für mich am besten auf dem Hintergrund der zwar umstrittenen Theorie Melanie Kleins, die nach Metaphern für die ersten Lebensprozesse des Kindes suchte. Nach ihrer Auffassung erlebt sich das Kind aufgrund seiner noch mangelnden kognitiven und integrativen Fähigkeiten nicht als eine einheitliche Person und nimmt auch die Mutter nicht als solche wahr, sondern sieht sich den Kräften, die es beeinflussen, hilflos ausgeliefert. Un-

lusterfahrungen, Schmerz, Hunger und Einsamkeit drohen es zu überwältigen, und es sucht ihre Ursache in einer bedrohlichen Macht, der "bösen Brust", zu der es kompensatorisch die „gute Brust“ aufbaut, in die es all seine positiven Erfahrungen projiziert. Eine normal günstige Entwicklung vorausgesetzt, sollten die positiven Erfahrungen überwiegen; das Kind identifiziert sich mit der guten Brust, die per Internalisierung zum inneren Objekt und zum Kern seines Selbst wird. Die böse Brust wird oral-kannibalistisch angegriffen und auf diesem Wege allerdings ebenfalls verinnerlicht. Nach meinem Eindruck ist bei Süchtigen dieser Gruppe die gute Brust zu schwach, und sie bleiben auf der Ebene der oral-kannibalistischen Auseinandersetzung mit der bösen Brust fixiert.

Ich verdeutliche diese Nicht-Psychoanalytikern schwer verständlichen Metaphern gerne am Prozess einer anderen Suchtform, der Bulimarexie:

Kaum eine Bulimarektikerin isst mit Genuss, sondern sie stopft das Essen anfallsartig, gierig und voller Wut und Hass in sich hinein, wobei dieser Hass ein tiefsitzender Selbsthass und der Mechanismus selbstzerstörerisch ist. Ist die Nahrung dann verschlungen, fühlt sich die Bulimarektikerin nicht gesättigt, sondern vielmehr vergiftet, denn sie hat in ihrem Anfall die böse Brust verschlungen, und ihre einzige Möglichkeit, sie wieder loszuwerden ist, diese Nahrung zu erbrechen. Erst dann hat sie einen Moment der Ruhe und Entspannung. Ihr Suchtzirkel ist also darauf gerichtet Nahrung zu vernichten, ins Klo zu befördern, und dies mittels des Umwegs über den eigenen Magen. Ein ähnlicher Mechanismus im ständigen Wechsel von Innen und Außen, Introjektion und Projektion findet sich bei jeder Form autodestruktiver Sucht. Die Sucht bewegt sich permanent an der Grenze von Innen und Außen. Daher kann nicht davon gesprochen werden, dass es sich beim Suchtmittel um ein Übergangsobjekt im Sinne Winnicotts handelt. Der Grad der Symbolisierung ist zu wenig entwickelt, die Introjektion zu real. Das Objekt (der Alkohol) dient nicht nur zum Schmusen, sondern muss immer wieder inkorporiert werden. Charakteristikum des Übergangsobjektes im Sinne Winnicotts ist jedoch gerade, dass es ein äußeres Objekt bleiben kann und nicht verschlungen wird, damit eine wichtige Entwicklungsstufe auf dem Weg zur Symbolisierungsfähigkeit ist.

Spezifisch für die Psychodynamik der Sucht ist also der permanente Wechsel von Introjektion und Projektion, der Einsatz eines äußeren Objektes, das permanent oral inkorporiert wird und seine destruktiven Charakteristika erst im Körperinnern entfaltet. Das bedeutet, dass der süchtige Mensch in seiner Phantasie gute und böse Brust stets miteinander vermennt und die destruktiven Komponenten des Suchtmittels erst im Moment der Kontaminierung mit dem eigenen Körperinnern, das heißt dem negativen Selbst, entfaltet werden. Die Droge repräsentiert zwar faktisch die böse, fressende, zerstörerische Brust, der süchtige Mensch erlebt sie aber nicht bewusst als solche. Er stattet sie auch mit guten Eigenschaften aus und phantasiert sie als die gute Brust, gibt sie doch für Stunden Entspannung, Ruhe, Befreiung von Ängsten und Schuldgefühlen und führt zurück in den intrauterinen Zustand. Der süchtige Mensch kann mit der Droge aber nicht anders umgehen, als dass er sie oral inkorporiert, sie kannibalistisch angreift und verschlingt. In seinem Innern verwandelt sie sich dadurch wieder in das böse Introjekt, da sie nicht nur bildlich, sondern real seinen Körper angreift und zerstört, einen Kreislauf von Versagen, Verzweiflung und Schuldgefühlen in Gang setzt, der von neuem nach der Droge verlangen lässt

Die Mystifizierung, in der ein als böse eingesetztes Objekt als die gute Brust phantasiert wird, verhindert die Etablierung einer festen Spaltung und drängt zur permanenten Wiederholung des süchtigen Zirkels. Dies ist eine wichtige Feststellung: Im Gegensatz etwa zum Borderline-Patienten verfügt die süchtige Person nicht über eine stabile gut-böse Spaltung, sondern bleibt gefangen in einer permanenten Ambivalenz. Überwiegend identifiziert ist sie jedoch mit der bösen Brust.

Das therapeutische Dilemma ist, dass solche Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Abstinenz oft hochmotiviert sind, diese allein ihnen allerdings wenig nützt, weil sie dann andere Mittel und Wege zur Selbstzerstörung finden. Sie können ihr Leben nicht annehmen, dürfen es sich nicht gut gehen lassen, und da wir zugleich in dieser Gruppe oft recht ichstarke Persönlichkeiten finden, kann das verhängnisvolle Konsequenzen haben, z.B. die, dass die Patientin/der Patient eben nicht rückfällig wird, sondern, wenn sie/er merkt, dass sie/er es nicht schaffen kann trocken zu leben, sich suizidiert. Alkoholiker/innen sind eine Patientengruppe mit einer extrem hohen Suizidquote, besonders die letztgenannten, und dies gerade in Phasen der Abstinenz. Die Gefährdung dieser Personen durch Suizid, Unfälle, Suchtmittelwechsel oder schwere Erkrankungen, ihre vielfältige Traumatisierung muss in der Therapie unbedingt berücksichtigt werden. Sadistische Therapierituale können den Betroffenen angesichts ihrer Autodestruktivität zumindest zeitweise entlasten, können ihnen helfen zu externalisieren. Synanon in seiner klassischen Form etwa, mit seinen Unterwerfungsritualen mit dem Ziel, das bisherige Ich der süchtigen Person zu zerschlagen, entlastete vom Zwang zur Selbstbestrafung und Selbstzerstörung, und ähnlich wirken etwa Fütterungsprozeduren bei Anorektikerinnen.

Bei stark autodestruktiven Patienten darf therapeutisch nicht zuviel erwartet werden, und es ist oft schon genug, hier ein *Überleben* zu ermöglichen. Meiner Erkenntnis nach relativiert sich dabei mitunter sogar der Stellenwert der totalen und dauerhaften Abstinenz, da sie die Patientin/den Patienten dazu führen kann, sich andere und radikalere Wege zu seiner Selbstzerstörung zu suchen - z.B. den Suizid.

Hier stößt auch die analytische Therapie an Grenzen; ich möchte dies an einem etwas ausführlicheren Fallbeispiel erläutern, da ich auch zu den Grenzen einer analytischen Therapie der Grundstörung Stellung beziehen wollte.

### *Fallbeispiel 2: Die Not der Abstinenz*

Der 37-jährige Patient ist, als ich ihn kennen lerne, seit vier Jahren trocken. Er ist mir von einem älteren Kollegen geschickt worden, bei dem er seit zwei Jahren an einer Gruppe teilnimmt, ohne davon profitieren zu können. Ich erschrecke bei der ersten Begegnung regelrecht. Der Patient begegnet mir am ganzen Körper zitternd, bekommt auch während des Gesprächs nicht den Tremor aus den Händen. Er ist schweißgebadet, muss sich während des Gesprächs immer wieder das Gesicht abwischen. Die Vorinformationen erscheinen mir fast zweifelhaft, weil der Patient wie auf Entzug wirkt, bis ich realisiere, dass er wirklich frei von Alkohol und Medikamenten ist. Am stärksten fallen mir seine Augen auf: es sind die Blicke eines gehetzten Tieres. Der Patient berichtet mir langatmig von seiner Arbeitssituation. Er wird als Techniker unter seiner Qualifikation eingesetzt, muss diffizile, aber stumpfsinnige

feinmotorische Arbeiten erledigen, was angesichts seines permanenten Tremors wirklich kaum vorstellbar erscheint. Er wird von Kollegen und Vorgesetzten auf teils übelste Weise schikaniert. Nun kenne ich die oft querulatorische Art und Weise, mit der sich viele trockene Alkoholiker ausdauernd mit Vorgesetzten auseinandersetzen. Bei diesem Patienten ist allerdings für mich recht bald zu spüren, dass er in diesem Betrieb wirklich nicht existieren kann. Besorgt macht mich jedoch, dass ich mir bei ihm beim besten Willen nicht vorstellen kann, dass er einen anderen Arbeitsplatz findet, und dass ich feststellen muss, dass der Patient sonst keinerlei soziale Kontakte hat. Nach seiner Arbeit erledigt er die notwendigsten Einkäufe rasch, hetzt nach Hause, und vergräbt sich wie ein Tier in seiner Höhle in seiner Wohnung, die auch ähnlich wirken muss: seit Jahren nicht mehr aufgeräumt oder geputzt, verdunkelt, weil er die Rollos niemals hochzieht. Er braucht viele Stunden, um abzuschalten und sich zu entspannen, wälzt sich schweißgebadet im Bett herum, um erst gegen Morgen einzuschlafen und um sechs Uhr übermächtig vom Wecker aus dem Schlaf gerissen zu werden. Am Wochenende und im Urlaub schläft er bis in den frühen Abend, um nachts seinem einzigen Hobby, der cineastischen Leidenschaft zu frönen, die er mittels seines Videorecorders und hunderter Kassetten betreibt, denn der Weg ins Kino wäre schon zu weit hinein in eine bedrohliche Welt.

Ich brauche etliche Stunden, bis ich Stückchenweise die Biographie des Patienten erfahre. Die Mutter stammt aus einem Dorf in Russland. Im Krieg wurden ihre Eltern vor den Augen des damals 15-jährigen Mädchens von den einrückenden Deutschen ermordet und sie nach Deutschland verschleppt. 1945 wird sie von den Alliierten halbverhungert aus einem Arbeitslager befreit und zur Rekonvaleszenz nach England gebracht. Hier lernt sie einige Zeit später einen deutschen Kriegsgefangenen kennen, den sie später heiratet. Der Patient ist das erste Kind; zwei Jahre später wird eine Schwester geboren. Die Familie lebt zunächst in England, aber der Vater geht nach einigen Jahren nach Deutschland, weil er beruflich nicht Fuß fassen kann; der Patient sieht ihn lange Zeit nur noch ein bis zwei mal im Jahr. Die Mutter weigert sich aus verständlichen Gründen nach Deutschland zu kommen, mit dem sie so viel Schlimmes verbindet. Schließlich siedelt die Familie über, als der Patient bereits in der Schule ist. Er spricht zu diesem Zeitpunkt kein Wort Deutsch, das auch die Mutter nicht beherrscht. Als Behelfsheim wird die Familie Makabererweise in einem Bunker untergebracht. Die Mutter traut sich kaum heraus, hat Angst, aufgrund ihres Akzentes als Russin erkannt und umgebracht zu werden. Der Patient selber verteidigt sich prügelnd und Steine werfend gegen Banden deutscher Kinder, zu denen er keinen Kontakt findet. Die Eltern zerstreiten sich unter diesen Bedingungen, können ihren Kindern keine Hilfe geben, die nur aneinander Halt finden in Abschirmung gegen eine feindselige Welt, heranwachsen wie Brüderchen und Schwesterchen aus dem Märchen, in der Pubertät schließlich auch eine sexuelle Beziehung miteinander eingehen. Dies erfahre ich allerdings erst nach fast zwei Jahren Therapie und auch, dass der Patient sich innerlich nie aus dieser Bindung zur Schwester lösen und auf eine andere Frau einlassen konnte. Die Auseinandersetzungen zwischen den Eltern eskalieren, der Vater trinkt, geht fremd, misshandelt Frau und Kinder. Der Patient bezieht die Position der Mutter, drängt sie zur Trennung vom Vater. Als sie wieder einmal mit Unterstützung und auf Drängen des zwischenzeitlich 16-jährigen Sohnes die

Scheidung einreicht, vergast sich der Vater in seinem Auto. Die Mutter macht den Patienten stets für den Suizid des Vaters verantwortlich.

Ich übergehe hier das weitere familiäre Chaos. Der sehr intelligente Patient macht auf Umwegen das Abitur. Er schafft Berufsausbildung und zeitweilige soziale Kontakte mittels massiven Alkoholkonsums. Phasenweise ist er von Medikamenten abhängig und nimmt Drogen. Er wird mehrfach entgiftet und landet in der Psychiatrie, zeigt den typischen Verlauf einer Polytoxikomanie. Schließlich schafft er es, abstinent zu bleiben, aber er gehört zu jenen Süchtigen, die nicht trocken bleiben, um zu leben, sondern leben, um trocken zu bleiben. Er besucht eine Abstinenzgruppe, gerät hier zunächst in eine Außenseiterposition, um sich schließlich von den Gruppenmitgliedern verfolgt zu fühlen. Seine zunehmende soziale Desintegration ist nicht aufzuhalten. Kontakte beschränken sich schließlich auf die ambivalente Beziehung zu seiner Mutter, den Arbeitsplatz und Ärzte, die er wegen seiner Schlafstörungen, Angstzustände, dem Tremor und den Schweißausbrüchen aufsucht. Er sagt mir einmal: "Solange ich noch getrunken habe, hatte ich ja keine Ahnung, wie schlecht es mir wirklich geht". Ich spüre, dass ich als Therapeut angesichts dieses schweißgebadeten, zitternden Angstbündels hilflos bin. Ich bemühe mich lediglich, den Kontakt zu halten. Stundenlang beschwert er sich über seine Kollegen, die Vorgesetzten, die Ärzte, die Krankenkasse, entfaltet sein paranoides System. In mehr als zwei Jahren Therapie ändert sich nichts, außer dass sich in den Gesprächen eine gewisse Offenheit entwickelt. Auch er spürt wohl meine Hilflosigkeit und sagt eines Tages, er wolle die Therapie beenden. Er sei jetzt aber weder mir noch seinen früheren Therapeuten böse. Er habe stets erwartet, dass man ihm helfen könne, ihm gewissermaßen die mögliche Hilfe immer nur vorenthalten habe. Jetzt habe er verstanden, dass dem nicht so sei, dass er niemals normal und unbeschwert unter anderen Menschen werde leben können, dass er ein Außenseiter bleibe - und er könne das jetzt akzeptieren. Beim Abschied lässt er seinen Schal zurück.

Auch ich bin erleichtert, weil ich weiß, dass die bis in die Elterngeneration zurückreichenden Traumata und Verstrickungen zu massiv sind, als dass ich diesem Patienten wirklich hätte helfen können. Die zerstörerischen inneren Objekte, basierend wahrscheinlich schon auf dem Hintergrund der schlimmen Erlebnisse der Mutter, die es dieser verunmöglichten, ihren Kindern wenigstens minimalste Geborgenheit zu vermitteln, begründen hier eine basale Unfähigkeit zu leben und zu lieben. Sie merken bei diesem Fallbeispiel neben den destruktiven Seiten auch die fließende Grenze zum Ich-Psychologischen Modell: Die augenfällige Unfähigkeit des Patienten, seine Affekte zu regulieren, sich selbst zu beruhigen und gegen andere abzugrenzen. Er braucht den Schutz der Wände seiner Wohnung, weil er sich ansonsten seiner Umwelt hilflos ausgeliefert fühlt.

Bei schweren Grundstörungen kann auch eine psychoanalytische Therapie nicht im Sinne einer Heilung, d.h. Veränderung dieser Struktur helfen. Allenfalls kann sie ermöglichen, mit ihr zu leben, und ich hoffe, dass dies im geschilderten Fall wenigstens teilweise gelungen ist.

Psychoanalytische Diagnostik heißt bei einem Fall wie dem vorgestellten gerade, die Grenzen der therapeutischen Möglichkeiten zu erkennen und sich vor einem zu stark aufdeckenden Arbeiten zu hüten.

Sicherlich ist dieser Patient ein Extremfall, sicher sehe ich als Therapeut, der ambulante Langzeitbehandlungen mit abstinenten Süchtigen durchführt, oh-

nedies nur diejenigen, die massive Probleme in ihrer Abstinenz haben, deren Grundstörung unerbittlich durchbricht. All die, die gut zurechtkommen, die Abstinente in zufriedener Nüchternheit, sehe ich naturgemäß nicht. Die Aussage: „solange ich getrunken habe, wusste ich gar nicht, wie schlecht es mir wirklich geht“, habe ich aber auch schon von anderen Patienten/innen gehört; ein seit 25 Jahren trockener, 60-jähriger Alkoholiker äußert immer wieder: „Ich bin lebendig in meinem Tod“. Um die schweren und leidvollen Grundstörungen von Süchtigen aufzufangen, bedürfen wir anderer therapeutischer Konzepte als bisher, und ich wollte mit meinem Fall auch die einseitige Fixierung auf die Abstinenz als Erfolgskriterium relativieren. Die bisherige Zergliederung in Beratungsstelle mit Motivationsaufgabe, Entgiftung etwa in einer internistischen oder psychiatrischen Klinik, Entwöhnung in einer wohnortfernen Fachklinik, weitere Therapie durch eine Nachsorgeeinrichtung, Beratungsstelle oder auch allein gelassen werden mit allen Problemen, die mit der Abstinenz auftauchen, bestimmen das bisherige Vorgehen. Das, was diese Patientinnen und Patienten am meisten brauchen - eine Beziehung -, analytisch gesprochen: Objektkonstanz in der Behandlung - kann sich hier nicht entwickeln. Die Therapeuten/innen im Suchtbereich wählen eine zergliedernde, distanzierende Behandlungsform, wo sie sich mit dem wahren Elend ihrer Patientinnen und Patienten nicht auseinandersetzen müssen. Und auch dies unterstreicht nochmals die Notwendigkeit psychoanalytischer Ansätze in der Suchtkrankenbehandlung. Von allen psychotherapeutischen Konzepten verfügt allein die Psychoanalyse über eine komplexe wie differenzierte Theorie der Beziehung, und zwar sowohl was die Genese einer Störung wie ihre Behandlung betrifft. Um hier Robert Knight vom Anfang dieses Vortrags zu ergänzen: Mir ist bisher noch kein alkoholkranker Mensch begegnet, der auch nüchtern nicht eine offensichtliche Beziehungsstörung aufgewiesen hätte. In jeder Form der Sucht wird das Suchtmittel zum zentralen, oft einzigen Beziehungs- und ambivalent besetzten Liebesobjekt, wie ich dies zuvor exemplarisch für die autodestruktiv agierenden Abhängigen erläutert habe. Diese Beziehungsstörung, die zum Rückzug von den personalen Liebesobjekten hin auf chemische Substanzen geführt hat, ist nicht einfach durch den Entzug rückgängig zu machen und verschwindet auch nicht in einer – wie auch immer angelegten – kurzen oder symptomorientierten Therapie. Falls sie überhaupt bearbeitbar ist – und wie ich im 2. Fall aufgezeigt habe wird dies oft gar nicht gelingen – wird dies nur in einer längerfristig angelegten Behandlung möglich sein, in der mittels der Bewusstmachung von Übertragungs- und Gegenübertragungsprozessen an den Beziehungsmustern gearbeitet wird. In langjährig angelegten Therapieerläufen – oft mit langen Unterbrechungen, so dass ich sie persönlich als eine „Intervalltherapie“ bezeichne – kann ich dabei durchaus sehr positive Entwicklungen erleben.

### **5. Ausblick**

Ich hoffe, dass es mir gelungen ist, mein Anliegen deutlich zu machen. Mit meinen problematischen Fällen wollte ich auch aufzeigen, was Psychoanalyse nicht leisten und bieten kann. Gerade im Bereich der Suchttherapie ist sie kein Allheilmittel, kann sie keine Wunder bewirken. Nur wenig eingehen kann ich hier auf die notwendige Modifikation der analytischen Arbeit. Ich verweise auf die von Heigl-Evers entwickelte analytisch-interaktionelle Therapie, wie sie auch im Weiterbildungsgang für den analytisch orientierten Sozialthera-

peuten/in gelehrt wird. Eine übertriebene therapeutische Abstinenz, ein hartnäckiges Schweigen der Behandlerin/des Behandlers das Couch-Setting und eine forcierte Regression hat in der Behandlung von Süchtigen keinen Platz. Direkte Stellungnahmen und deutliche Interventionen, das Benennen und Spiegeln von Gefühlen, mitunter auch ein eher direktives Arbeiten sind dagegen nötig. Egal, von welcher Schulrichtung wir herkommen: therapeutisch gesehen kochen wir hier alle nur mit Wasser. Was die psychodynamische Sichtweise hingegen leisten kann, ist der Blick hinter die Kulissen des Symptoms. Ich habe versucht, deutlich zu machen, wie viel Leid und Elend hinter dem Symptom verborgen ist, oft erst mit der Abstinenz auftaucht, und wie lange und dornig der zurückzulegende Weg dann noch ist. Mögliche Behandlungswege und Formen gibt es dann viele, wobei die psychoanalytische nur eine davon ist, und das auch nur jenseits der Orthodoxie und klassischer Settings.

Eine psychoanalytische Sichtweise kann am ehesten den Blick auf die Gesamtpersönlichkeit und deren Lebens- und Leidensweg schärfen, wirft auch manches kritische Schlaglicht auf die gängige Praxis der Suchtbehandlung. Die Diagnostik sollte dabei natürlich im Einzelfall in einer viel differenzierteren Form erfolgen, als ich es hier mit meiner groben Unterscheidung anreißen konnte, sowohl was die Genese der Störung wie die Zielsetzung der Behandlung betrifft. Für eine erste Diagnose erscheint mir die Orientierung an der Achse Selbstheilung versus Selbstzerstörung bzw. Reife und Lebensfähigkeit der betreffenden Person aber nach wie vor ein brauchbares Hilfsmittel zu sein.

### **Literatur:**

Adams, W. (1978). *Psychoanalysis of Drug Dependence*. New York / San Francisco / London.

Grawe, K. (1994). *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe.

Knight, R. P. (1937). Zur Dynamik und Therapie des chronischen Alkoholismus. *Int. Z. Psa.* 23, 429-442.

Menninger, K. (1974). *Selbstzerstörung*. Frankfurt: Suhrkamp.

Möhl, M. (1993). *Zur Psychodynamik des Todes in der Trunksucht. Versuch einer tiefenpsychologisch-anthropologischen Deutung*. Würzburg: Königshausen & Neumann.

Radò, S. (1934). Psychoanalyse der Pharmakothymie. *Int. Z. Psa.* 20, 16-32.

Rost, W.-D. (1987). *Psychoanalyse des Alkoholismus*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Wurmser, L. (1997). *Die verborgene Dimension. Psychodynamik des Drogenzwangs*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

## II. Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode in der Suchttherapie

*Dr. Andreas Dieckmann*

### 1. Überlegungen zu Krankheitsverständnis und Ökonomie

Mit störungsspezifischen Therapiemodulen psychotherapeutischer, pharmakotherapeutischer und anderer biologisch - psychiatrischer Verfahren, so verspricht man in einer Anzeige für eine private psychiatrische Tagesklinik, erreiche man mit hoher Behandlungsdichte kurze Verweildauern. Dieses Angebot liegt im Trend der Zeit: Eine Vielzahl unterschiedlicher Verfahren werden additiv-modulhaft in hoher Dosis verordnet .

In der Tat nötigen ökonomisch ungünstige Zeiten dem Heilkundigen rationale Konzepte ab. Die Schulmedizin nähert sich diesem Ziel von jeher mit dem Bemühen um eine präzise Diagnose als Ausgangspunkt für eine möglichst kausale Therapie. Die Lungenentzündung wird mit einem spezifischen Antibiotikum behandelt, um das ätiologisch verantwortliche Bakterium zu vernichten.

Bei der multifaktoriellen Genese einer Krankheit, wie sie Sucht darstellt, ist dies ein mühsamer Weg. Aber gerade deshalb ist die Suche nach den bedingenden Faktoren einer Abhängigkeitserkrankung bedeutsam. Die Psychoanalyse kann zur Genese der stoffgebundenen Sucht ebenso wie die biologische und die Verhaltensmedizin ihren spezifischen Beitrag leisten. Die Inkorporation des Suchtmittels hat eine Funktion, etwa die Abwendung von Unlustgefühlen, das Erreichen von Lustgefühlen, die Unsichtbarmachung (Verleugnung) der unerträglichen Realität, die Regulierung im gestörten Affektsystem, die Verbesserung der Toleranzen für Kränkung, Entwertung oder Enttäuschung, die Selbsterstörung als Weg aus der Unerträglichkeit, der Ausgleich fehlender Beziehung oder fehlender Beziehungsfähigkeit, die Kompensation mangelhafter Ich-Funktionen oder die Integration unverbundener und unvollständiger Objekt- und Selbstrepräsentanzen. Gerade die Beziehungsstörung dominiert oft das Scheitern in der Alltagsbewältigung. „Von allen psychotherapeutischen Konzepten verfügt allein die Psychoanalyse über eine komplexe wie differenzierte Theorie der Beziehung, und zwar sowohl was die Genese einer Störung wie ihre Behandlung betrifft.“ (Rost, 2003)

Bei einer den ganzen Menschen umfassenden Erkrankung von Körper, Geist und Seele reicht eine störungsspezifische Sicht somit nicht aus. Es bedarf einer einheitlichen Gesamtschau, die die Grundlage zu einer umfassenderen Therapie bildet. Die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit als primäres Ziel des Kostenträgers kann die Patientin/der Patient nur in einer übergreifenden Kompetenz erreichen. Der Verlust dieser Fähigkeit ist Folge eines komplexen Leidens und nicht die eigentliche Störung. Nicht selten können Suchtkranke sehr präzise und zuverlässig arbeiten, versagen aber an Autoritätskonflikten, in der Gestaltung sozialer Beziehungen oder an Defiziten anderer Ich-Funktionen.

Mit der psychoanalytisch-interaktionellen Methode haben Heigl-Evers & Heigl (1978) aus der klassischen Psychoanalyse ein Verfahren entwickelt, das den Anforderungen einer rationalen Therapie in allen Belangen gerecht wird. Vom ersten flüchtigen Kontakt über die Beratung bis zu den unterschiedlichen Therapiemodalitäten wird sie ein Handwerkszeug, in dem der süchtige Mensch eine konstante Haltung, berechenbare Reaktionen der Helfer/innen und konkrete „Antworten“ auf seine bewussten oder unbewussten Fragen erhält.

Sowohl die Suchtberaterin/der Suchtberater als auch die Sozialpädagogin/der Sozialpädagoge, die Ärztin/der Arzt, die Ergotherapeutin/der Ergotherapeut ja sogar die Pflegekraft und natürlich die Psychotherapeutin/der Psychotherapeut können bei ausreichender Selbsterfahrung mit der psychoanalytisch-interaktionellen Vorgehensweise arbeiten, weil sie der natürlichen Reaktion der Gesprächspartnerin/des Gesprächspartners entspricht. Mit den besonderen Anforderungen an die Fähigkeiten der Therapeutin/des Therapeuten hat sich Büchner (1997) auseinandergesetzt. In der psychoanalytisch-interaktionellen Anwendung wird die innere Reaktion und Verarbeitung jedoch nicht für die individuellen Zwecke genutzt, sondern in der Analyse für die Verfügung der betroffenen Person aufgearbeitet. Der authentische Ärger der Gesprächspartnerin, des Gesprächspartners und der mögliche Impuls der Abgrenzung wird hier nicht zum eigenen Schutz eingesetzt, sondern in Bezug auf den süchtigen Menschen über die Gegenübertragungsanalyse zum Verständnis des Affekts und der akuten Situation der Patientin/des Patienten genutzt. Das Verstehen leitet zum „Verstanden-Werden“ - dem wesentlichen Nutzen eines jeden Gesprächs. „Verstanden-Werden“ nimmt die Spannung der Verunsicherung, mildert die Aggression und verändert die Atmosphäre der aktuellen Szene.

Es entsteht ein Raum für die Akzeptanz einer „Antwort“, die sich aus der Situation der Patientin/des Patienten ergibt. Die Antwort ist hier nicht das Ergebnis der Übermittlung von klugen Informationen an einen Unwissenden, sondern statt des guten Rates für das „richtige“ Verhalten entwickelt sich eine Antwort aus der intrapsychischen Konstellation der betroffenen Person selbst und es entsteht mit Hilfe der Therapeutin/des Therapeuten seine eigene Antwort. Aus dem Hier und jetzt der Gegenübertragungsanalyse, der folgenden Klarifizierung und der „Antwort“ wird so der Patientin/dem Patienten geholfen, ihre/seine Ressourcen zu mobilisieren und zu einer Lösung zu gelangen. Die Methode berücksichtigt die Unfähigkeit vieler betroffener Personen am Widerstand zu arbeiten.

Für den/die Suchtkrankenhelfer/in wird die Fähigkeit, neben dem authentischen Erleben sich selber zu beobachten (therapeutische Ich-Spaltung) zu einem Ausweg aus der Hilflosigkeit vor der Unfähigkeit des/der Patienten/in. Die spezifische Haltung der Therapeutin/des Therapeuten bietet ihr/ihm selber eine adäquate „burn out“ - Prophylaxe. Basale Entwicklungsdefizite der Ich-Funktionen, die Beziehungsstörung aus unvollständigen inneren Bildern der Objekte und lebenspraktische Unfähigkeiten entfalten sich dem Blick des Helfenden, so dass der süchtige Mensch aus der Situation heraus in seinem Problem gesehen werden kann. So wird der/die Sozialarbeiter/in in einer gelungenen Interaktion die Chance haben, eine aggressive und fordernde Atta-

cke des/der Patienten/in mit entwertenden Äußerungen beim Ausfüllen eines Formulars möglicherweise als Scham erkennen, eine Schreibschwäche einzugestehen. Das ist ein konstruktiverer Ausgangspunkt für die Problembewältigung als eine fruchtlose Debatte über das arrogant wirkende Verhalten der betroffenen Person. Konflikte in der Ergotherapie, die Vermittlung kognitiver Inhalte über die Krankheit, sozialrechtliche Fragen, Ernährung, Bewerbungen oder die Probleme des Zusammenlebens in der Klinik lassen sich im interaktionellen Modus auf das eigentliche Therapieziel hin bearbeiten.

Aus dieser Perspektive arbeitet die Methode in der Suchttherapie ebenfalls störungsspezifisch – in einer konstanten Einstellung der Patientin/dem Patienten gegenüber. Dies wird dann in einem milden, auf die Notwendigkeit einer fördernden Umgebung bezogenen Regelwerk sichtbar werden müssen. Wie und wann werden Suchtmittelkontrollen durchgeführt, welchen Sinn haben die geregelten Einschränkungen im Therapieverlauf für den süchtigen Personen usw.? Die künstliche Normenwelt der Institution tritt zugunsten der therapeutischen Beziehung zum Objekt in den Hintergrund und bietet lediglich die Bühne zur Auseinandersetzung mit der Realität.

Es ist das Verdienst der Sozialpsychiatrie, Versorgungssysteme zu entwickeln und aufeinander einzustellen. Neben ökonomischer Konkurrenz sind jedoch die einzelnen, in sich geschlossenen Therapiedoktrinen zwischen Beratungsstelle, Krankenhaus, Entwöhnungskliniken und Nachsorgeeinrichtungen gravierende Hürden, die häufig übertüncht werden, indem man sie „Bausteine“ nennt. Leider sind die Steine oft von unterschiedlicher Größe, Gestalt und aus unterschiedlichen Materialien, so dass sich der betroffene Mensch daraus nicht sein Haus bauen kann. Jenseits dieser Metapher bedeutet dies, dass er sich auf unterschiedliche Haltungen der Therapieeinrichtungen einstellen muss, eine kaum zu bewältigende Koordinationsleistung für beziehungsgestörte Suchtkranke. Nach der sozialpsychiatrischen Formung der Suchtkrankenhilfesysteme ist es deshalb eine anspruchsvolle Aufgabe der in der Suchthilfe Verantwortlichen, eine inhaltliche Abstimmung therapeutischer Grundhaltungen zu erreichen.

Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode ist eine der angemessenen Grundeinstellungen, die eine Basis für ein beziehungskonstantes Versorgungssystem bilden kann. Sie eignet sich besonders deshalb für suchtkranke und persönlichkeitsgestörte Menschen, weil sie ein personen- und krankheitsspezifisches Vorgehen in den Mittelpunkt stellt. „Nicht selten bricht in der Abstinenz vom Suchtmittel die Grundstörung des Patienten unerbittlich durch und verstärkt sich das Leiden massiv“ (Rost, 2003). In der notwendigen Kompromissbildung des Zwangs zu raschem Erfolg (Symptomreduzierung) und medizinisch vertretbarem Handeln (kausale Therapie) hat die Entwicklung dieser Behandlungsmodalität einen aktuellen Stellenwert.

## 2. Die praktische Anwendung der psychoanalytisch-interaktionellen Methode

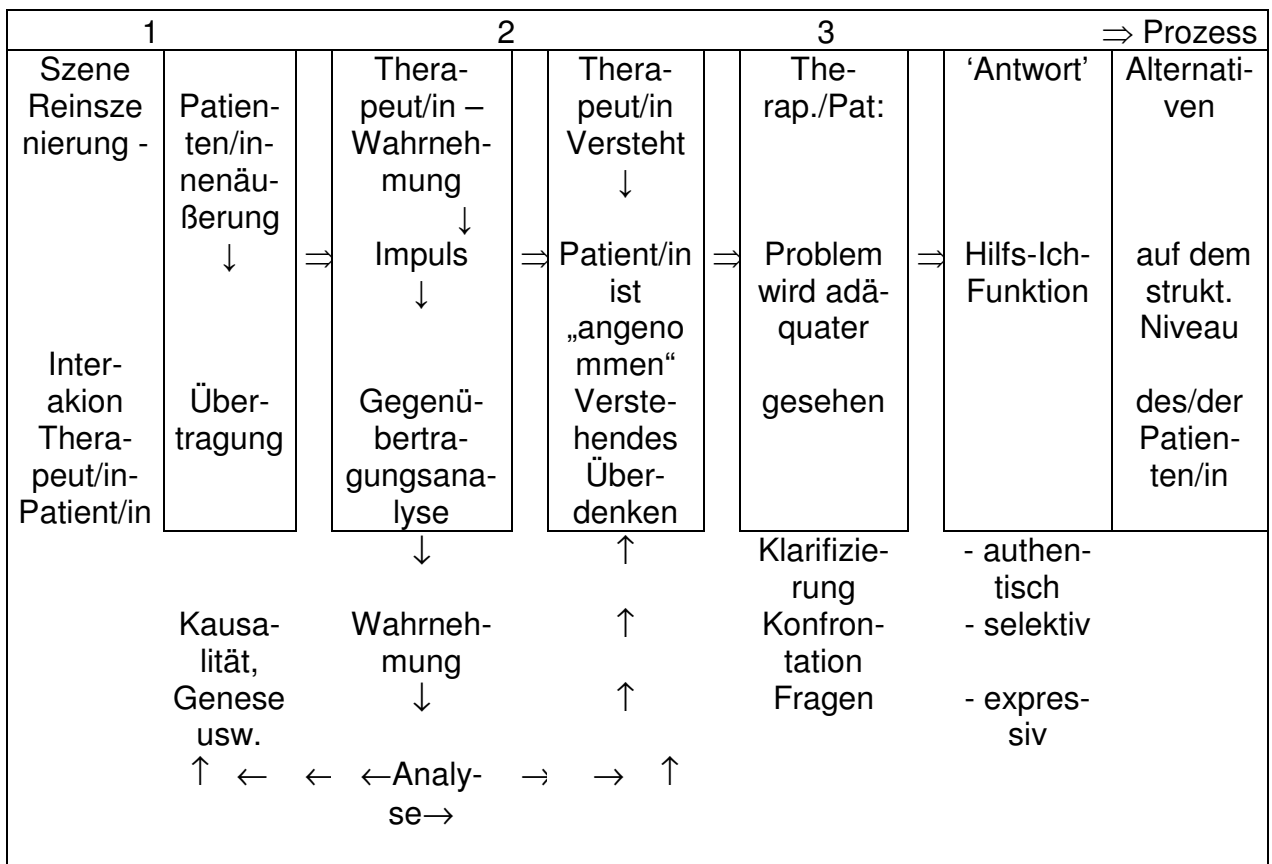
Die therapeutischen Modalitäten lassen sich relativ genau beschreiben, so dass sie schrittweise erlernbar sind. Eine ausführliche Beschreibung liegt vor (Dieckmann, 2003). Hier werden die einzelnen Schritte des Vorgehens benannt und der Entwicklung aus der Antwort besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Der erste Zugang zum Verständnis des interaktionellen Modus ist die Erarbeitung einer Haltung von Respekt, Akzeptanz, Präsenz und Authentizität.

- Respekt vor der Genese, dem „So-geworden-sein“ der Patientin/des Patienten, dem biografischen Schicksal der Patientin/des Patienten scheint zunächst leicht einlösbar zu sein. Er entspricht unseren ethischen Prinzipien. Was aber, wenn sich die betroffene Person zu einem pädophilen oder vergewaltigendem Missbräucher entwickelt hat?
- Akzeptanz des „So-seins“ bedeutet nicht nur die Toleranz der Andersartigkeit der Individuen in ihrer schöpferischen Vielfalt, sondern auch das Ertragen seiner aggressiven oder sadistischen Kommunikation.
- Präsenz als wache Aufmerksamkeit gegenüber allen Ausdrucksformen der Patientin/des Patienten ist eine ständige Konzentration aller Sinne.
- Authentizität bedeutet schließlich die Bereitschaft der therapeutischen Fachkraft sich als Person zur Verfügung zu stellen und sich als Fachmensch zu präsentieren – im Sinne der therapeutischen Ich-Spaltung.

Mit ausreichender Selbsterfahrung, wie sie in psychotherapeutischen Ausbildungen oder im Weiterbildungsgang zur Suchttherapeutin/zum Suchttherapeuten, z.B. beim Gesamtverband für Suchtkrankenhilfe, erworben werden kann, sind diese Einstellungen erreichbar. Ohne sie wird das eigentliche Ziel der professionellen Empathie über die Gegenübertragungsanalyse schwer erreichbar sein, weil sie sich vom umgangssprachlichen Verstehen in einem wesentlichen Punkt unterscheidet: Es geht hier um die *bedingungslose Annahme* des Patienten/innen-Erlebens aus seinem/ihrem individuellen, uns oft fremden, Erfahrungsschatz und ist eine therapeutische Rekonstruktion der mütterlichen Akzeptanz.

Der zweite Zugang zum Verständnis ist eine erlernbare Folge innerer Verarbeitungsschritte der Patienten/innen-Äußerung, in der sich die Nachvollziehbarkeit des Patienten/innen-Erlebens verstehen lässt. Der scheinbar schwer lastende Begriff einer *bedingungslosen Annahme* mündet im Verstehen, nicht aber notwendigerweise in der Billigung. Die Basis unserer Selbstentwicklung und des erlebten Selbstbewusstseins ist das Gefühl des Verstanden-Seins durch die frühen Objekte. Im weiteren Leben wird der Grad des Selbstwerterlebens vom Verstanden-Werden bestimmt.

**Skizze 1: Die therapeutischen Schritte des Prinzips ‚Antwort‘  
Respekt, Akzeptanz, Präsenz**



©Dieckmann

Verfolgen wir nun die Schritte des Prinzips „Antwort“:

**1. Szene und Übertragung**

Aus der komplexen Entwicklung seiner Lebenserfahrung äußert sich die Patientin/der Patient in Wort Mimik, Gestik, Körpersprache einer Person gegenüber, der er bewusst und unbewusst bestimmte Eigenschaften und Reaktionen unterstellt (Übertragung).

**2. Therapeutenwahrnehmung, Gegenübertragungsreaktion und Handlungsimpuls**

In jeder Begegnung reagiert das Individuum auf Ansprache. Häufig werden Reaktionen nicht bewusst reflektiert, sondern psychorefektiv verarbeitet. In der therapeutischen Anwendung bemüht sich der zuhörende Mensch um eine möglichst sensible Wahrnehmung seiner archaischen Reaktion und dem daraus resultierenden Impuls als Ausdruck einer Objektreaktion.

**3. Gegenübertragungsanalyse**

Die Analyse der Reaktion und des Impulses gibt einen Einblick in die Beziehungsgestaltung des betroffenen Menschen für die aktuelle Situation. Der auslösende Impuls entspricht einem komplementären Im-

puls möglicher Objekte bzw. der Identifikation der Patientin/des Patienten mit dem (frühen) Objekt, bezogen auf die aktuelle Konfliktlage.

#### **4. Empathie – „Du bist verstanden“**

Ohne bisher ein Wort verloren zu haben, ist an dieser Stelle der Kern interaktioneller Wirksamkeit erreicht: Mit der professionellen Empathie ist der therapeutische Glanz in den Augen der Mutter, die bedingungslose Akzeptanz des Soseins erreicht. Diese Erkenntnis ist für das Gegenüber erlebbar und wird sich nun auch in Form, Haltung und Art der Intervention niederschlagen.

#### **5. Vorbereitung der „Antwort“**

Die beiden letzten Schritte lassen sich, abhängig von der Interaktion, nicht mehr immer eindeutig voneinander unterscheiden. Erst jetzt, nach sorgfältiger Absolvierung der ersten Schritte, setzt eine verbale Intervention ein. Die Dokumentation des erarbeiteten Verständnisses kann sich in einer Klarifizierung des Affekts zeigen („Wenn ich Sie recht verstanden habe, äußern sie Ihre Enttäuschung über... So würde ich es wohl bezeichnen“; „Wenn ich meine innere Reaktion auf Ihre Schilderung beschreiben will, wäre es für mich wohl eine Enttäuschung, wenn...“), eventuell auch in einer milden Konfrontation mit einem gemeinsamen Erlebnis („Das erinnert mich an unsere Begegnung in der Aufnahmesituation, als ich Ihre Angst in ihren gegen mich gerichteten Worten zu spüren bekam. Wir konnten uns darüber schon verständigen...“) oder schließlich in Fragen zum besseren Verständnis bzw. zur Einleitung einer erneuten Klarifizierung. Dieser Teilschritt erweist sich insbesondere in der engeren psychotherapeutischen Anwendung in Gruppen- und Einzelgesprächen als sinnvoll, wenn es um die Bearbeitung komplexerer Zusammenhänge geht.

Eine interaktionelle Klarifizierung kann aber auch im Bereich sachlicher Probleme von ungeheurem Nutzen sein. Im Umgang mit Behörden, bei Bewerbungen oder auch bei dem Versuch Sachzusammenhänge zu abstrahieren und in den Erfahrungszusammenhang einzufügen ist die emotionale Komponente gegenüber der intellektuellen Leistung oft führend, sodass auch didaktisch wohlfeil aufbereitete Wissensvermittlung an der Affektgrenze scheitert. Es empfiehlt sich daher die Kombination von Klärung und Klarifizierung.

#### **6. „Antwort“**

Aus dem Kontext ist deutlich geworden, dass die Antwort den Charakter einer Mitreaktion eines reiferen Ichs auf unangemessen veränderte Erlebens- und Reaktionsweisen eines konflikthaften oder defizitären Ichs auf dessen strukturellem Niveau hat. Die authentische therapeutische Fachkraft stellt ihre reiferen Ich-Funktionen selektiv in den Dienst der Patientin/des Patienten, indem sie sich als Modell nutzen lässt.

An dieser Stelle sei erwähnt, dass sich der Verzicht auf das Prinzip Deutung den Prozess fördert. Gerade die Therapeutin/der Therapeut ohne Ausbildung zur Analytikerin/zum Analytiker vermeidet so projektive Reaktionen des in ihrer/seiner psychischen Konstellation mit die-

ser Ansprache überforderten Patienten/in. Der Impuls zur Deutung kann aber in der Gegenübertragungsanalyse zu hilfreichen Erkenntnissen führen – etwa den Bestrafungswünschen der therapeutischen Fachkraft der damit der Über-Ich-Pathologie der Patientin/dem Patienten entgegen käme.

In Anlehnung an Sachsse (1994) ergeben sich differenzierte Antwortmodifikationen, welche jedoch den Sinn und die Wirksamkeit einbüßen, wenn sie rezeptartig und damit floskelhaft geäußert und nicht über den Prozess der Gegenübertragungsanalyse – der professionellen Empathie – aus der Gesamtausstrahlung als erlebte und abgeleitete Erfahrung deutlich werden:

### **a. Antwort in direkter Reaktion**

So wie Mutter und Kind in wechselseitiger Kommunikation dem Kind in der Reaktion der Mutter seine Situation zeigt, kann auch der Patientin/dem Patienten als Resultat der ersten vier oder fünf Schritte des Prinzips „Antwort“ der Ausdruck und die emotionale Bedeutung seiner Situation in der (spiegelnden\*) Expression der therapeutischen Fachkraft deutlich werden. („Ich erlebe Sie so wie ich es bei Empörung von mir kenne“; „Sie wirken auf mich einigermaßen empört“). Die betroffene Person erhält die Chance, sich unbeurteilt und ungedeutet als „empört“ verstanden zu sehen und sich selber als empört zu erleben. Hier werden Affekttoleranz, Impulskontrolle und Introspektion gefördert.

\*Ich vermeide den Begriff des „Spiegelns“, weil er die Verarbeitung durch das Objekt nur ungenau wiedergibt.

### **b. Antwort in übereinstimmender Harmonie**

Besonders in für die Patientin/den Patienten schwierigen Phasen inneren Fortschritts erlebt sie/er Angst und Verunsicherung, die zur Resignation führen könnten. Süchtige haben mit Beginn der Abstinenz erlebt, dass das Neue nicht immer auch angenehm ist. („Wenn ich Sie richtig verstehe, so zögern/befürchten usw. Sie, dass...Ich kenne aus ähnlichen Situationen Ängste, es nicht zu schaffen/Kränkungsgefühle vor einer drohenden Niederlage usw.) Die Förderung des Fortschritts wird hier durch eine Haltefunktion psycho-enzymatisch geschützt. Die süchtige Person ist mit ihrer inneren „Ungeheuerlichkeit“ in vertrauter bzw. vertrauenbildender Gemeinschaft. Hier werden die Ich-Funktionen von Frustrationstoleranz, Realitätsprüfung, Selbstwertgefühl und Introspektionsfähigkeit (Sachsse, 1994) angesprochen.

### **c. Antwort in differenzierter Empathie**

Wenn sich der/die Patient/in in bestimmten Wesenszügen oder in seinem/ihrer Wahrnehmungserleben innerhalb seiner/ihrer sozialen Umwelt ausgegrenzt empfindet und in der Haltung oder einer aktuellen Szene misstrauisch distanziert werden oder bleiben muss, steht er/sie in der zusätzlichen Gefahr der Desintegration. Die Person hat eine verzerrte Wahrnehmung, reagiert darauf aber angemessen. Dahinter verbirgt sich nicht selten eine manipulative

Willküratmosphäre in der Entwicklung, die es zu vermeiden gilt. An dieser Stelle sei betont, dass die qualitativ mitgeteilten eigenen Erfahrungen authentisch sein sollten („Ich erinnere mich an eine Situation, in der ich mir sehr fremd vorkam und meinen Impuls zum Rückzug spürte, um weder Angst noch das Gefühl der Abhängigkeit aufkommen zu lassen. Ich konnte dann erfahren...“). Hier werden die Innen-Außen-Differenzierung, die Distanz-Nähe-Regulierung und das Selbstwerterleben gefördert.

#### **d. Antwort in Abgrenzung mit Hilfs-Ich-Funktion**

Besonders bemerkenswert ist neben der mangelhaften Affektkontrolle die Affektentfernung aus dem Erlebniszusammenhang. Dies Phänomen unterscheidet sich von dem Abwehrmechanismus der Affektisolierung, dass über Gefühle gesprochen wird. Sie wirken aber auf den Zuhörer wie kognitive Beschreibungen, als erzähle der/die Patient/in von der üblichen Erwartung: Der Name des Gefühls ist erlernt, nicht aber erlebt worden. Eine nicht über die Gegenübertragungsanalyse geprüfte Pseudoklarifizierung wäre hier etwa die Bemerkung über die eigene Betroffenheit in vergleichbarer Situation. Hilfreicher ist jedoch die Wahrnehmung der fehlenden Emotionalität. („Ich höre Ihren Bericht und merke, wie sachlich Sie die Angelegenheit berichten. Gemessen an meiner Gefühlsreaktion bin ich darüber ganz erstaunt.“) Über die vorsichtige Abgrenzung und den Verzicht auf das „Vorsagen“ des „richtigen“ Gefühls kann der/die Patient/in im Vergleich eventuell eine Gefühlswahrnehmung erkennen, die im weiteren Prozess vielleicht differenzierbar wird. Neben der Selbst-Objekt-Abgrenzung mit der zugehörigen Alteritätstoleranz kann hier eine (Ur-) Affektdifferenzierung (Krystal & Raskin, 1983) angeregt werden.

#### **e. Antwort in Abgrenzung der Wahrnehmung und des Erlebens**

Schwerer gestörte Menschen lösen häufig heftige Gegenübertragungsreaktionen aus. Hier mögen frühe Widerstandsformen wie Spaltung, projektive Identifizierung und Externalisierung von Bedeutung sein. Meist handelt es sich also um aversive, zumindest aber deutlich abgrenzende „kontrapunktische“ (Sachsse, 1994) Reaktionen des Erlebens. Diese beziehen sich sowohl auf den direkten Kontakt als auch auf Berichte über das Erleben des/der Patienten/in. („Ich höre, *was* sie berichten, insbesondere aber auch *wie*. Ich muss Ihnen sagen, das löst in mir den Wunsch aus, mich zunächst einmal ein wenig zurückzuziehen/davon zu lösen/mich nicht davon einfangen zu lassen. Dabei habe ich den Eindruck, dass es sich um etwas für Sie bedeutungsvolles handelt.“) Wohl dosiert kann die erfahrene Person sicher an solchen Stellen auch einmal direkter werden, wenn sie sich ihrer Gegenübertragungsanalyse und der Haltbarkeit ihrer Arbeitsbeziehung zum kranken Menschen sicher ist. („Das hätten Sie mit mir nicht machen können!“). Realitätsprüfung, Selbst-Objekt-Abgrenzung, Antizipation und Impulskontrolle werden in solchen Dialogsituationen angesprochen.

#### **f. Antwort in Empathie als Therapeut/in und Abgrenzung als Individuum**

Prekäre Situationen entstehen in den Fällen, die eine sehr deutliche Abgrenzung erforderlich machen, etwa bei wüsten Beschimpfungen der Therapeutin/des Therapeuten oder ethisch inakzeptablen Verhaltensweisen wie dem Missbrauch an Kindern. Auch hier geht es im Falle von Pathologie um das Erarbeiten der bedingungslosen Akzeptanz. An die Person der therapeutischen Fachkraft würden hier immense Anforderungen gestellt, hätte sie/er nicht das Mittel der therapeutischen Ich-Spaltung und der Gegenübertragungsanalyse. Zur rationalen Einordnung helfen die psychoanalytische Entwicklungs-, die Ich-Psychologie und Objektbeziehungstheorie. Hier zeigt sich die Relevanz der vorbereitenden Voraussetzungen des *Respekts vor dem biografischen Schicksal* und der *Akzeptanz der Erscheinung der Persönlichkeit in der aktuellen Situation*.

Die interaktionelle Methode bewährt sich in solchen Krisen- und Konfliktsituationen, wenn sie zuvor stringent auch in subtileren Patientenbegegnungen angewendet und eingeübt wird. Die klinische Erfahrung zeigt, dass Therapeuten/innen in Krisen dazu neigen, ihre therapeutische Einstellung zu verlieren und von „Realität“ sprechen, wodurch sie eine Realinszenierung gestalten, die der Patientin/dem Patienten bekannt ist. An dieser Stelle wird zudem augenfällig, dass auch die Theorie haltungsbildend wirken kann, wenn erkennbar wird, dass eine Patientin/ein Patient mit unverbundenen rigiden und idealen Teilobjektrepräsentanzen die therapeutische Fachkraft gar nicht als eigenständige Person erlebt. „Viele Supervisionen ... konzentrieren sich darauf, die Fähigkeit des Analytikers (aber auch anderer Therapeuten, Anm. d. Autors) zu fördern, interpersonell toxische Verhaltensweisen wie primitive Abwertung oder Idealisierung, projektive Identifizierung, Suiziddrohungen und dissoziale Verhaltensweisen zunächst anzunehmen, aufzunehmen und dann in sich einer Metabolisierung zuzuführen (Ogden, 1988; Lazar 1993; Sachsse, 1994, zit. in Sachsse, 1994). Ein wirklich guter Analytiker kann sich sehr, sehr schlecht behandeln lassen.“ (Sachsse, 1994).

Die Intervention wird auch hier deutliche Entspannung schaffen und die Entwicklung ich - syntonen Erlebens in Richtung auf Ich - Dystonie lenken, die Bilateralität der Beziehung fördern, aber eben auch die Antizipation reziproker Beziehungsaspekte, nämlich die Wirkungen eigenen Verhaltens auf das Gegenüber und die konsekutiven Rückwirkungen. Die Interventionen sollten die Unterscheidung der selektiven Auswertung des inneren Erlebens in Bezug auf die Patientin/den Patienten gegenüber der Abgrenzung des Individuums sorgfältig und trennungsscharf berücksichtigen. („Als Sie mich jetzt ansprachen, habe ich in meinem Inneren eine starke Reaktion festgestellt und musste mich sehr konzentrieren, sowohl Sie als auch mich selber zu verstehen. Ich habe mich erinnert, dass ich in Angstsituationen, wenn ich mich sehr klein fühlte (Prüfungssituationen), Wut und Zorn entwickelt habe, die sich mildernten, wenn ich - wenigstens innerlich – den Anderen beschimpfen

und klein machen konnte. Wenn Sie mich in dieser Weise als Privatmann angesprochen hätten, wäre meine Reaktion anders gewesen. Das hätte ich mir wahrscheinlich nicht bieten lassen und mich von Ihnen abgewandt. Diese Unterschiede zwischen unserem Erleben würde ich mit Ihnen gerne genauer ansehen“; „Ihr Bericht über die Beziehung zu dem Kind beschäftigt mich sehr. Aus ihrer Geschichte, meinen Überlegungen zu den Gefühlen, die Sie in mir ausgelöst haben und die Art, wie Sie es mir erzählt haben, lässt mich allmählich nachvollziehen, dass es ein Kind sein musste und kein erwachsener Partner sein konnte, bei dem Sie Liebe zeigen oder empfangen konnten. Als Anwalt Ihrer Seele habe ich es da einfacher, als als Mensch, der möglicherweise die Auswirkungen auf Ihren Liebespartner anders beurteilt als Sie. Nicht ohne Grund gelten sexuelle Beziehungen zu Kindern ja als tabu.“) In diesen schwierigen Fällen empfehlen sich sehr vorsichtige Vorgehensweisen, um mit dem Widerstand zu gehen. Natürlich ist auch die Dosierung der Mitteilung situations- und prozessabhängig. Das verstehende Überdenken braucht ausreichenden Raum in der therapeutischen Beziehung, bevor die fordernden und distanzierenden Seiten der Intervention ihre heilende, d.h. integrierende Wirkung entfalten können. Gerade die Überwindung solch schwieriger Passagen entwickelt die Beziehungskonstanz. Winnicott (1979) spricht von „Objektnutzung“, wenn das Objekt einen Angriff, eine Krise überlebt hat, sich nicht rächt und nicht straft. Die Objektkonstanz wird gefördert.

### **g. Antwort in Empathie und Handlungsalternative**

Bei der ‚Antwort in Abgrenzung mit Hilfs-Ich-Funktion‘ haben wir uns auf die differente Affektverarbeitung bezogen. In der Alltagsbeziehung ist die Patientin/der Patient oft mit dem Versagen der synthetisch integrativen Ich-Funktion gehandicapt. Einzelfunktionen wie Takt und Ehrlichkeit können nicht in Beziehung gebracht werden und führen zu erheblichen Folgen solcher Fehlleistungen und inadäquaten Lösungsansätzen aus der fehlenden Affektdifferenzierung und mangelndem Abstraktionsvermögen sowie konkretistischer Sichtweise. Dem Beobachtenden ist dann häufig sofort klar, wie ein solches Problem lösbar ist. Die interaktionelle Reaktion mit einer durchaus auch alloplastischen Hilfe berücksichtigt aber den intrapsychischen Ausgangspunkt. Der Fokus der Aufmerksamkeit richtet sich auf das Erleben der betroffenen Person und erst in zweiter Linie auf die Korrektur der Sichtweise und die Handlungsalternative. („Das kann ich mir gut vorstellen, wie erstaunt Sie waren, dass Ihre Ehrlichkeit nicht honoriert wurde. Wenn ich die Situation auf mich wirken lasse, wird mir aber lebendig, wie Sie und Ihr Gesprächspartner unterschiedliche Vorstellungen ...Ich an Ihrer Stelle ...“)

### **h. Antwort in Empathie zum Integrationsmangel durch Vermittlung von Fakten**

In den bisherigen Beispielen ging es wesentlich um die Kombination des theoretischen Wissens mit der aktuellen Interaktion zwi-

schen Patient und Therapeut sowie deren Bearbeitung. Damit erarbeitet sich der Therapeut ein professionelles „Erbarmen“, „eine Qualität des antwortenden Fühlens“ (Heigl-Evers & Ott, 1993). Hieraus erwächst eine Erfahrung über die verbreiteten Einschränkungen des Personenkreises. Zur Bewältigung intellektueller, kognitiver Zusammenhänge fehlt diesen Patienten/innen häufig ein ausreichendes Maß an Abstraktions- und Symbolisierungsfähigkeit – also die Integration psychischer und kognitiver Aspekte sowie deren Bedeutungszusammenhang. Daher wird eine psychoanalytisch-interaktionell eingestellte therapeutische Fachkraft bei der Vermittlung von Daten und Fakten eine darauf eingestellte ‚Didaktik‘ anwenden und sich besonders auch der *Wirkung* des vermittelten Wissensstoffes in der Aktuelsituation bewusst sein. Sie wird die möglichen Verarbeitungsmechanismen der Patientin/des Patienten in der Zusammenarbeit, ihrem/seinem Vortrag oder anderen Situationen antizipieren.

Sie wird sich vor allem nicht auf die geistige Präsenz sozial und gesellschaftlich gängiger Zusammenhänge bei der Patientin/bei dem Patienten verlassen, sondern immer wieder erläuternde Zusammenhänge herstellen. Das konkretistische Denken in extremen Dual – Alternativen (entweder ... oder) schützt zwar vor Überforderung, engt aber die Alternativen ein, die ein neurotisches Denkniveau mit hinreichender Abstraktionsfähigkeit zur Abwägung zur Verfügung stellt. Sozialarbeiter/innen, Arbeitsberater/innen, Diätassistenten/innen, Ärzte/innen, Physiotherapeuten/innen und Sportlehrkräfte finden durch Beachtung dieser Zusammenhänge einen Zugang zur Aufnahmefähigkeit der betroffenen Person. Die im somatischen Bereich arbeitenden Berufsgruppen sind häufig mit dem Problem des mechanistischen Körperbildes ihrer Patienten/innen konfrontiert.

Der Zusammenhang zwischen Beziehung, deren Kontinuität und dem Gefühl des Verstanden/Gemocht – Werdens auf der einen Seite und der kognitiven Lern- und Aufnahmefähigkeit auf der anderen ist aus der Pädagogik hinreichend bekannt. Die in den letzten Jahren unter dem Namen „Psychoedukation“ propagierte Aufklärung des/der Patienten/in über sein Krankheitsbild ist in der beschriebenen Vorgehensweise verwirklicht. Kritikfähigkeit, Urteilsbildung und Abstraktionsvermögen können über die interaktionelle Aufmerksamkeit und den Zusammenhang von Intellekt und Emotion zugewinnen.

### **3. Das Setting der psychoanalytisch - interaktionellen Vorgehensweise**

Die Grundhaltung, die Einstellung der Patientin/dem Patienten gegenüber und die Interventionstechnik sind unabhängig von den äußeren Bedingungen. „Tür- und Angel“ – Gespräche – für Patienten/innen oft eindringlicher als reguläre Therapiestunden – lassen die Interventionen ebenso zu wie das Beratungsgespräch mit konkretem Arbeitsziel oder die Einzel- bzw. Gruppentherapie. In der Gruppe empfiehlt sich das Verständnis des GÖTTINGER MODELL (Heigl-Evers, 1978), innerhalb dessen die Beachtung der Psycho-

dynamik und die Hinführung zu den latenten Inhalten des Gruppengesprächs eher der Diagnostik und Orientierung der therapeutischen Fachkraft dient. Ott (2001) hat die Gruppenarbeit anschaulich beschrieben. In der aktuellen Situation („Hier und Jetzt“) erhält die Patientin/der Patient eine Antwort für ihr/sein Bewusstsein. Im Vordergrund der Interventionen steht die Klarifizierung. Die Therapeutin/der Therapeut widersteht dem Versuch, unbewusste Inhalte der Szene zu deuten, aber auch jede Reglementierung im Sinne schwarzer Pädagogik.

Das institutionelle Setting ist daher in seinen Regeln und Ritualen sowohl auf Überforderung im Sinne eines ödipalen Niveaus als auch auf Strafe und Willkür im Sinne sadistisch getönter Pädagogik hin zu überprüfen. Rost (1988) hat sich damit intensiver auseinandergesetzt. In diesen Zusammenhang gehören auch Überlegungen zu einem angemessenen Rückfallmanagement in der Einrichtung. Insbesondere die kritische Sichtung der Regeln im Hinblick auf die Ängste der mitarbeitenden Kräfte erweist sich als lohnend, zumal vorsichtige Fortentwicklung der Behandlungskonzepte ein Zeichen der Reifungsbereitschaft der Objekte ist. Dem interaktionellen Setting sind mechanistische „Gleichbehandlungen“ der Patienten/innen fremd. Herkömmliche Therapiekonzepte strahlen gelegentlich eine eigentümliche Starre aus, so dass Forderungen nach Individualisierung der genormten Behandlungsformen nachvollziehbar sind.

Heigl-Evers hat gelegentlich darauf hingewiesen, dass in dieser Therapie-modalität die Abstinenz zugunsten der Authentizität in den Hintergrund tritt. Dieser Keim für ein schwerwiegendes Missverständnis sollte der behandelnden Person stets bewusst sein: Die Klarifizierung („Ich kenne das bei mir auch.“) darf nicht zu einer Erzählung eigener Lebensgeschichte werden, sondern wird sich immer eng dem Problem des/der Patienten/in anlehnen und eigene Erfahrung auf ein allgemeineres Niveau abstrahieren. Abstinenz im Sinne des Verzichts auf sekundären Gewinn gilt besonders für die therapeutische Fachkraft.

Schließlich sei darauf verwiesen, dass auch im Setting der motivierenden Gesprächsführung in der Beratungssituation die interaktionelle Grundhaltung eine gute Ergänzung für die kognitiv orientierten Regeln für das Beratungsgespräch darstellt. Das gilt insbesondere für das Konzept von Miller und Rollnick (1999), welches zuletzt an Bedeutung gewonnen hat.

Das Prinzip Antwort ist mit dem direkten Einfluss auf das Verhalten des/der Patienten/in ein wertvoller Beitrag zum Dialog mit der Verhaltenstherapie, welche in den vergangenen Jahren ihrerseits einen Zugang zum Unbewussten gefunden hat.

**Skizze 2**

**Wege zur ‚Antwort‘**

1. **Szene und Übertragung**
2. **Therapeutenwahrnehmung, Gegenübertragungsreaktion und Handlungsimpuls**
3. **Gegenübertragungsanalyse**
4. **Empathie – „Du bist verstanden“**
5. **Vorbereitung der „Antwort“**
  - a. **Klarifizierung des Affekts,**
  - b. **Konfrontation mit gemeinsamem Erleben,**
  - c. **Fragen zur Vorbereitung einer erneuten Klarifizierung**
6. **Antwort**
  - a. **In Harmonie**
  - b. **In Übereinstimmung**
  - c. **In differenzierter Empathie**
  - d. **In Abgrenzung mit Hilfs-Ich-Funktion**
  - e. **In Abgrenzung der Wahrnehmung und des Erlebens**
  - f. **In Empathie als Therapeut und Abgrenzung als Individuum**
  - g. **In Empathie und Handlungsalternative**
  - h. **In Empathie zum Integrationsmittel durch interaktionelle Vermittlung von Fakten**

**Literatur:**

- Büchner (1997). Umgang mit Erfolgen und Misserfolgen im Therapieprozeß. In: A. Heigl-Evers; I. Helas & A.C.Vollmer. Die Person des Therapeuten. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Diekmann, A. & Otto-Wulf, H. (1993). Ausgrenzung oder Rehabilitation prognostisch ungünstiger Suchtkranker In: A. Heigl-Evers; I. Helas & A.C. Vollmer. Eingrenzung und Ausgrenzung, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dieckmann, A. (2000). Das Prinzip „Antwort“ der psychoanalytisch-interaktionellen Behandlungsmethode – State of the Art in der Suchtkrankenversorgung. In: W. Wöller (Hrsg.), Psychotherapeutische Medizin im Krankenhaus – State of the Art (S. 268-273), Frankfurt: Verlag für akademische Schriften.
- Dieckmann, A. (2003). Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode in der Versorgung von multimorbiden, sozial desintegrierten Abhängigkeitskranken. In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 4.Jahrgang, Juni 2003, Nr.2.
- Heigl-Evers, A. (1978). Konzepte der analytischen Gruppenpsychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A. & Ott, J. (1994). Zur Einführung in die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie. In: A. Heigl-Evers & J. Ott (Hrsg.), Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heigl-Evers, A. & Ott, J. (1993). Lehrbuch der Psychotherapie. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.
- Krystal, H & Raskin, H.A. (1983). Drogensucht. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Ott, J. (2001). Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie – ein Behandlungsangebot für Patienten mit strukturellen Störungen. In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 2.Jahrgang, März 2001, Nr.1.
- Rost, W.-D. (1988). Psychoanalyse des Alkoholismus, Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rost, W.-D. (2003). Zur Aktualität des psychoanalytischen Ansatzes. In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 4.Jahrgang, Juni 2003, Nr.2.
- Miller, W.R. & Rollnick, S. (1999). Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.

Winnicott, D.W. (1979). Objektverwendung und Identifizierung. In: Vom Spiel zur Kreativität. Stuttgart: Klett-Cotta.

Weiterführende Literatur:

Bilitza, K.W. (Hg.) (1993). Suchttherapie und Sozialtherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Bilitza, K.W. (2003). Psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie – Psychoanalytische Behandlung in der Fachklinik heute. In: Psychotherapie im Dialog, Zeitschrift für Psychoanalyse, Systemische Therapie und Verhaltenstherapie, 4.Jahrgang, Juni 2003, Nr.2.

### III. Übertragungs-fokussierte Psychotherapie der komorbiden Borderline-Persönlichkeit

*Prof. Dr. Peter Buchheim*

#### **„Transference-Focused-Psychotherapy“**

Peter Buchheim, Otto F. Kernberg, John F. Clarkin, Frank Yeomans

#### **1. Einleitung**

Patienten/innen mit Persönlichkeitsstörungen beanspruchen einen erheblichen Anteil der vorhandenen therapeutischen Ressourcen vor allem aufgrund ihrer Therapieresistenz gegenüber den meisten Formen psychotherapeutischer Behandlungen.

Bei Patienten/innen mit schweren Persönlichkeitsstörungen ist zu berücksichtigen, dass sie aufgrund hoher Komorbidität mit anderen psychischen Störungen, hohem Suizidrisiko und hoher „Drop Out“- Rate von den allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie nicht genügend profitieren können. Diese Patienten/innen benötigen eher eine spezifische störungsorientierte Psychotherapie und vielfach sogar eine kontinuierliche Psychotherapie in Form einer Vernetzung von stationärer, teilstationärer und ambulanter Therapie. Bei Alkoholkranken besteht die Indikation für eine ambulante psychoanalytisch orientierte Psychotherapie nach den Erfahrungen von Rost (2001) am ehesten nachstationär in der dritten Therapiephase.

#### **Besondere Probleme in der Psychotherapie von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen**

- Hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf den Achsen I u. II (DSM-IV)  
z.B. Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen; Histrionische, Narzisstische Persönlichkeitsstörungen
- Unterschiedliches Ansprechen im Therapieverlauf
- Hohe „ Drop Out“ - Rate
- Hohes Suizidrisiko

**Obwohl strukturierte Behandlungskonzepte für Persönlichkeitsstörungen noch in einem relativ frühen Entwicklungsstadium sind, haben kognitiv-behaviorale, interpersonelle und psychodynamische Behandlungsstrategien inzwischen den Weg einer Manualisierung störungsorientierter Therapiekonzepte eingeschlagen.**

Störungsorientierte psychotherapeutische Ansätze zeichnen sich durch folgende Besonderheiten aus:

- Auswahl diagnostisch definierter Patienten/innen-Gruppen
- Wahl eines klinisch erprobten oder empirisch als wirksam nachgewiesenen Therapieverfahrens (Empirically Supported Treatment (EST))
- Intensives Therapeuten/innen-Training ( z.B. mittels Manual und Supervision)
- Einhalten des Behandlungsprotokolls ( „Adherence“ & „Competence“)
- Ausführliches Monitoring der Veränderungen beim Patienten.

## **2. Voraussetzungen für Therapeuten/innen, die das TFP-Verfahren anwenden möchten**

Die „Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)“ eignet sich besonders zur Anwendung durch klinisch erfahrene Psychotherapeuten/innen, die als Ärzte/innen oder Psychologen/innen das Ziel haben, eine tragfähige und längerfristig stabile therapeutische Beziehung mit Borderline-Patienten/innen herzustellen und diese Patienten/innen erfolgreicher als bisher, d.h. vor allem durch Vermeidung von Suizidversuchen und schweren Selbstverletzungen und frühzeitigen Therapieabbruch zu behandeln.

Für das Erlernen und Anwenden dieses Verfahrens ist eine psychoanalytisch- oder tiefenpsychologisch-fundierte Ausbildung oder Orientierung erforderlich, um diesen Ansatz in seinen theoretischen Konzepten zu verstehen und therapeutisch umsetzen zu können.

Weitere Voraussetzungen sind eine eigene Selbsterfahrung, Behandlungserfahrung unter Supervision unter besonderer Beachtung der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik und ein Einfühlungs- und Vorstellungsvermögen für die oft chaotische und widersprüchliche innere Welt der Borderline-Patienten/innen. Wichtig ist auch die Bereitschaft zum klaren Strukturieren und Setzen von Grenzen und zum Einhalten der technischen Neutralität.

## **3. Diagnostische Beurteilung auf verschiedenen Ebenen**

Bei der phänomenologischen Diagnostik nach ICD-10 und/oder DSM-IV-Kriterien von Patienten/innen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung sind neben der vorherrschenden typischen Borderline-Symptomatik, andere komorbide Störungen wie Suchterkrankungen, Essstörungen, sowie andere komorbide Persönlichkeitsstörung wie z.B. eine Narzisstische oder Paranoide Persönlichkeitsstörung zu erfassen.

Die Therapieplanung und Prognose erfolgt also stets auf der Basis sowohl der Symptomatik als auch der Persönlichkeitsstruktur und der Konfliktodynamik. Das Niveau der Persönlichkeitsorganisation bestimmt die interaktionelle

## Übertragungs-fokussierte Psychotherapie der komorbiden Borderline-Persönlichkeit

---

Kommunikationsfähigkeit und die strukturellen Funktionsfähigkeiten des/der Patienten/in. Für die Planung der Therapie ist es daher hilfreich, die Patienten nach ihrem „strukturellen Niveau“, nach dem Niveau der „Persönlichkeitsorganisation“, zu differenzieren (Kernberg, 1989): In Patienten mit einer neurotischen (NPO), einer Borderline- (BPO) und einer psychotischen Persönlichkeitsorganisation (PPO), wobei sich innerhalb der Borderline-Persönlichkeitsorganisation eine Unterteilung in ein niedriges z.B. mit antisozialen Zügen und ein höheres Organisationsniveau z.B. mit histrionischen Zügen vornehmen lässt.

Im Mittelpunkt der psychodynamischen Klassifizierung der Persönlichkeitsorganisation steht die Dimension des Schweregrads der Störung mit einer für die Therapieplanung und die Wahl der Behandlungstechnik wichtige Differenzierung in:

- normale Persönlichkeitsorganisation,
- neurotische Persönlichkeitsorganisation (NPO),
- höhere Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO),
- niedrige Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO),
- psychotische Persönlichkeitsorganisation (PPO),

Der Bereich der „neurotischen Persönlichkeitsorganisation“ umfasst insbesondere die (leichteren) hysterischen, depressiven und zwanghaften Persönlichkeitsstörungen mit guter Identität, das heißt mit guter Integration des Selbstkonzepts und des Konzepts von wichtigen Anderen, mit Ich-Stärke und im allgemeinen normaler Über-Ich-Funktion.

Typische Persönlichkeitsstörungen, die sich in das Spektrum der Borderline-Persönlichkeitsorganisation (BPO) einordnen lassen, sind die Borderline-Persönlichkeitsstörung im engeren Sinne des DSM-IV, die schizoide, schizotypische, paranoide und hypomane Persönlichkeitsstörung, die Hypochondrie, die narzisstische und die antisoziale Persönlichkeitsstörung.

In die Beurteilung der Struktur fließen folgende Faktoren ein:

- Identität (Identitätsdiffusion vs. Identitätsintegration),
- Abwehr (z.B. häufiges Verwenden primitiver Abwehrmechanismen),
- Realitätsprüfung (z.B. verzerrte Wahrnehmung der Realität),
- Qualität der Objektbeziehungen,
- Akzeptanz allgemeiner Moralvorstellungen,

Patienten/innen mit diesen Störungen zeigen Identitätsdiffusion, ein Überwiegen von primitiven Abwehrmechanismen und massive Anzeichen von verschiedenen ausgeprägten Über-Ich-Defiziten z.B. antisoziales Verhalten.

Dieses Klassifikationsmodell unterscheidet ein „höheres“ von einem „niedrigen Niveau“ der Borderline-Persönlichkeitsorganisation, wobei das höhere Niveau dieser Borderline-Persönlichkeitsorganisation durch größere Fähigkeit zu sozialer Anpassung und durch weniger Ich-Schwäche bzw. mehr Ich-Stärke gekennzeichnet ist.

#### **4. Das ‘Strukturelle Interview’ nach Kernberg**

Das ‘Strukturelle Interview’ (Kernberg, 1981; Kernberg, 1984; Buchheim et al., 1987) ist eine klinische Methode, die ihren Fokus auf die Symptomatologie des/der Patienten/in in Gegenwart und Vergangenheit, auf seine/ihre Selbstkonzepte, sein/ihr Konzept von wichtigen anderen Bezugspersonen und auf die Qualität der Interaktion zwischen dem/der Patienten/in und dem Interviewer im „Hier und Jetzt“ richtet.

Das Interview fokussiert nach einer mehrteiligen Eingangsfrage (nach den hauptsächlichsten Beschwerden und Problemen, nach deren Entwicklung, nach den Erwartungen an die Behandlung und nach der augenblicklichen Situation) zunächst die Symptome, Konflikte oder Schwierigkeiten, die der/die Patient/in anbietet. Im weiteren Verlauf fordert der Interviewer den/die Patienten/in zur Selbstcharakterisierung und zur Beschreibung der wichtigen Bezugspersonen auf, um sich ein Bild von internalisierten Selbst- und Objektbeziehungen, vom Ausmaß der Identitätsdiffusion bzw. der Fähigkeit zur Identitätsintegration und den typischen unreifen und reifen Abwehrmechanismen zu machen.

Kernberg geht von drei übergeordneten strukturellen Charakteristika aus:

1. von der Fähigkeit zur Identitätsintegration vs. pathologischer Identitätsdiffusion,
2. von dem Vorhandensein reifer bzw. unreifer Abwehrmechanismen,
3. von der Fähigkeit bzw. dem Unvermögen zur Realitätsprüfung.

#### **5. Therapieprinzipien der Psychodynamischen Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit**

Das Manual „Psychotherapy for Borderline Personality“ (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 1999) das in deutscher Übersetzung und Bearbeitung der speziellen Behandlungsmethode der „Transference-Focused-Psychotherapy“ (TFP) erschienen ist (Buchheim & Dammann, 2001), leitet eine neue Ära der störungsspezifischen psychodynamischen Behandlung von Patienten/innen mit Borderline-Persönlichkeits-Organisation (BPO) ein.

Das Verfahren ist insbesondere für die Psychotherapie von Patienten/innen konzipiert, die nach der psychodynamischen Klassifikation von Kernberg (1998) in das breitere Spektrum der „Borderline-Persönlichkeits-Organisation (BPO)“ einzuordnen sind und es umfasst alle Persönlichkeitsstörungen, die in typischer Weise strukturell die psychodynamischen Kriterien einer „Borderline-Persönlichkeit“ aufweisen, wie Identitätsdiffusion und unreife Abwehrmechanismen.

In das psychodynamische Verfahren der „Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP)“ (Clarkin et al., 1999, Yeomans et al., 2002) sind sehr viele Elemente eingeflossen, die der klinischen Erfahrung bei der Psychotherapie von Patienten/innen mit Borderline-Pathologie entsprechen (Dammann et al., 1999):

**Grundprinzipien psychoanalytisch orientierter Psychotherapie  
von Patienten mit BPS  
(modifiziert nach Waldinger, 1987)**

- Aufbau eines stabilen Behandlungsrahmens
- Vermeiden einer passiven therapeutischen Haltung
- Haltenden Raum bieten („contain“)
- Konfrontativer, aktiver Umgang mit selbstzerstörerischem Verhalten
- Verbindung zwischen Gefühlen und Handlungen („Ausagieren“) herstellen
- Setzen und Einhalten von Grenzen
- Wahrnehmen der Gegenübertragung
- Interventionen mit Fokus im „Hier und Jetzt“

Diese auf die Übertragung fokussierte Psychotherapie geht von der theoretischen Annahme und klinischen Erfahrung aus, dass die Pathologie und die Beziehungsschwierigkeiten der Patienten mit Borderlinepathologie als im „Hier und Jetzt“ sich manifestierende „unbewusste“ Wiederholungen von pathologischen, internalisierten Beziehungen aus der Vergangenheit zu verstehen sind.

Ein zentraler Ausgangspunkt von Borderline-Psychotherapieverfahren ist eine partnerschaftliche Haltung der therapeutischen Fachkraft mit größtmöglicher Transparenz gegenüber der Patientin/dem Patienten auch bezüglich Informationen über das Störungsbild, den Sinn des Therapievertrags oder die Arbeitsweise der Fachkraft.

***Hierarchisches Vorgehen***

**Bei der Modifikation der psychoanalytischen Therapie der Persönlichkeitsstörungen entwickelte sich in den letzten Jahren parallel zur Verhaltenstherapie - und in diesem Bereich auch von ihr beeinflusst (Linehan, 1993a, 1993b) - eine Technik, die ein „hierarchisches“ Vorgehen vorsieht. Hierbei geht es insbesondere um die starke Beachtung von Suizidalität und von parasuizidalen Handlungen (Selbstverletzungen, Intoxikationen u.ä.) sowie um Verhalten, das den Fortgang der Therapie gefährdet.**

### ***Therapievertrag***

**Der Beginn der Therapie kann erst nach Abschluss des Therapievertrags erfolgen, wenn Klarheit über vorhersehbare Bedrohungen für die Therapie besteht, Unterscheidung zwischen einem Notfall und chronischer Suizidalität und klare Regeln bezüglich z.B. Telefonanrufen getroffen sind.**

Dieser Kontrakt muss nicht schriftlich erfolgen; es genügt, dass Therapeut/in und Patient/in sich über die Inhalte genau verständigt haben, so dass bei Abweichungen und Krisensituationen in der Therapie auf diese Vereinbarungen immer wieder zurückgegriffen werden kann.

Der Therapievertrag

- definiert die Rollen, Aufgaben und Verantwortung von Patient/in und Therapeut/in in der Therapie,
- definiert die Art dieser Psychotherapie,
- schützt die Behandlung vor intensiven Affekten und typischer Borderline-Pathologie,
- setzt die Regeln für das Abweichen vom Vertrag besonders in Bezug auf therapieschädigendes und parasuizidales Verhalten,
- hilft der Therapeutin/dem Therapeuten seine Gegenübertragung wahrzunehmen.

### **Behandlungsschwerpunkte in den unterschiedlichen Therapiephasen**

Nach der Kontraktphase wird sich die Behandlung in der **Eingangsphase** am Anfang besonders auf die hierarchische Beachtung der für den/die Patienten/in typischen Problembereiche konzentrieren wie z.B. Suizidalität, Agieren zwischen den Therapiestunden oder häufiges Zuspätkommen. Die konsequente Bearbeitung dieser Probleme führt dann zu einer zunehmenden Klärung und auch Vertiefung der therapeutischen Beziehung.

#### **Therapieziele der Psychodynamischen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung:**

- Hauptziel in der **ersten Behandlungsphase** ist die Reduzierung suizidalen Verhaltens;
- Weitere Ziele sind die Verminderung von Depression, Angst und impulsivem, insbesondere selbstschädigendem Verhalten;
- In den **späteren Behandlungsphasen** wird es das Ziel einer psychodynamischen, auch auf strukturelle Änderung ausgerichteten Psychotherapie sein, positive Veränderungen zu ermöglichen;
- In zwischenmenschlichen Beziehungen;
- Im Selbsterleben und im sexuellem Erleben und Verhalten;
- In der Bewältigung von traumatischen Erlebnissen.

Die **mittlere Phase** der Therapie kann beginnen, wenn das anfängliche offene Agieren seltener wird, und es bieten sich dann mehr Möglichkeiten, die dominierenden Übertragungsbeziehungen zu analysieren. Mit der Zeit kommt es zu subtileren Formen von 'acting-out' zwischen den Stunden oder 'acting-in' in den Stunden. Konflikte und Affekte, die um primitiven Hass und Neid aufgrund früherer Traumatisierungen wie Misshandlungen und Missbrauch kreisen, werden mit dem/der Patienten/in intensiver in der dyadischen Situation bearbeitet.

Wenn die Behandlung erfolgreich fortschreitet, kann sie zunehmend einer psychoanalytisch-orientierten Therapie gleichen, was bedeutet, dass die Therapeutin/der Therapeut in der **Schlussphase** weniger aktiv sein wird und genetische Deutungen einsetzen wird.

<b>Phasen der Psychodynamischen Therapie (TFP) der Borderline-Persönlichkeitsstörung</b>		
<b>Therapiephase</b>	<b>Patient</b>	<b>Therapeut/in</b>
• <u>Anfangsphase</u>	Gefahr: Therapieabbruch Selbstgefährdung	Untersuchung Therapievertrag
• <u>Therapiebeginn</u> Agieren	Selbstgefährdung  Selbstverletzung	Unterbinden von  zwischen und in den Sitzungen
• <u>Mittlere Behandlungsphase</u>	Agieren nimmt ab, Affektausbrüche in der Stunde	Interpretationen im „Hier und Jetzt“
• <u>Fortgeschrittene Behandlungsphase</u>	mehr Selbstreflektion,  Einsicht in Interpretationen	Genetische Deutungen

Erfolgreiche Borderline-Therapie zeichnen sich auch dadurch aus, dass die Patienten ein höheres Funktionsniveau der Persönlichkeitsorganisation durch neu erschlossene Fähigkeiten zur Integration von Selbst- und Objektrepräsentanzen erreichen.

## 6. Hauptbestandteile der TFP-Behandlungstechnik

Die Techniken des Verfahrens werden in den Therapiesitzungen durch eine konsequente und technisch neutrale Anwendung der psychoanalytischen Grundprinzipien von Klärung, Konfrontation und Deutung umgesetzt.

### ***Interventionen im „Hier und Jetzt“***

**Klärung:** Die subjektive Wahrnehmung des/der Patienten/in wird minutiös erfragt. Besonders Bereiche, die vage oder konfus wirken, werden solange geklärt, bis die Therapeutin/der Therapeut versteht, was die Patientin/der Patient meint und diese/r die therapeutische Fachkraft versteht.

**Konfrontation:** In der Klärung besprochene Bereiche, die widersprüchlich oder konflikthaft erscheinen, werden dem/ Patienten/in taktvoll konfrontierend mitgeteilt. Auch Bereiche, die weiterer Klärung bedürfen, werden angesprochen. Häufig werden auch Diskrepanzen zwischen den drei Kommunikationskanälen des/der Patienten/in (verbal, nonverbal und Gegenübertragung) aufgezeigt.

**Deutung:** Auch die Deutungen erfolgen im „Hier und Jetzt“ und vorwiegend bezogen auf die Therapeuten/innen-Patienten/innen-Beziehung. Sie dienen dem Bewusst machen von zunächst noch unbewusst wirksamen Objektbeziehungen, die entweder agiert oder als Symptom wahrgenommen werden.

### ***Identifikation der dominierenden Objektbeziehungsthemen***

Um sich den Repräsentanzen der inneren Welt der Patientin/des Patienten, die immer nur indirekt beobachtbar sind, möglichst bald nähern zu können, ist es hilfreich, sich das Geschehen in der Therapie als eine Art Inszenierung mit Schauspielern vorzustellen, die in verschiedene Rollen geraten. In der Regel lassen sich eine ganze Reihe von typischen „Rollen“ der betroffenen Person aber auch eigene Rollen der therapeutischen Fachkraft erkennen und identifizieren (Kernberg et al., 1989, 1993).

Beispiele für Übertragungs-Gegenübertragungspaare, die in Therapien wechselnd reaktiviert und gedeutet werden können, sind:

Destruktives, bösartiges Kind	Bestrafende, sadistische Eltern
Ungewolltes Kind	Vernachlässigende, selbstbezogene Eltern
Missbrauchtes Opfer	Sadistischer Angreifer
Ungezogenes, sexualisierendes Kind	„Kastrierende“ Eltern
Sexuell angegriffenes Opfer	Vergewaltiger
Außer-sich-stehendes, wütendes Kind	Hilflose Eltern

**Es wird den Therapeuten/innen empfohlen, sich stets der drei Zugangswege gegenwärtig zu sein, die der Fachkraft einen intellektuellen**

**und einführenden Zugang zur Patientin/zum Patienten ermöglichen und die auch als „Kanäle“ bezeichnet werden können. Um über diese Kanäle richtig „aufnehmen“ zu können, bedarf es einer offenen, vorurteilsfreien und akzeptierenden Haltung, die der klassischen „freischwebenden Aufmerksamkeit“ nahe kommt.**

Dabei handelt es sich im Wesentlichen um 3 Kanäle der Kommunikation:

- Verbale Mitteilungen („*Was sagt der/die Patient/in?*“ – Assoziationen, Träume)
- Verhalten und Affekte („*Wie sagt es der/die Patient/in?*“ – Mimik, Gestik)
- Gegenübertragungsgefühle der Therapeutin/des Therapeuten („*Was löst die Patientin/der Patient in mir aus?*“ ?)

Für die Durchführung der Therapie werden die zentralen aufeinander aufbauenden Behandlungsziele definiert, die die gesamte Therapie als eine Art „innerer Richtschnur“ begleiten.

**Generelle Ziele der strukturellen Veränderungen im Verlauf der psychodynamischen Borderline-Psychotherapie sind daher:**

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>● 1. Integration des Selbstkonzepts</li><li>● 2. Integration der Konzepte von wichtigen Bezugspersonen</li><li>● 3. Integration von zuvor dissoziierten oder abgespaltenen Affekten</li><li>● 4. Verbesserung der Fähigkeit Empathie für sich selbst und andere zu empfinden</li></ul> |
|--|

Das übergeordnete Ziel einer psychodynamischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schwerer Persönlichkeitsstörung im Spektrum einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation ist, diejenigen zentralen Bereiche der internalisierten Objektbeziehung der betroffenen Person zu verändern, die zu sich ständig wiederholenden, maladaptiven Verhaltensauffälligkeiten, chaotischen Beziehungen und chronischen affektiven und kognitiven Störungen führen.

### **Anzeichen für Veränderungen in der Therapie:**

- Schwere Formen impulsiven und selbst-destruktiven Verhaltens außerhalb der Sitzungen werden besser beherrscht.
- Das Risiko des Therapieabbruchs vermindert sich
- Affektausbrüche beschränken sich auf die Therapiesitzungen und das Auftreten von starker Angst oder Depression ist mehr abhängig von Schwankungen in der Beziehung zum/zur Therapeuten/in.
- Durch die Stärkung der Impulskontrolle vermindert sich das chaotische und sozial unangepasste Verhalten der Patientin/des Patienten außerhalb der Therapie.
- Es wächst die Fähigkeit, eine stabile Beziehung mit der therapeutischen Fachkraft aufrechtzuerhalten trotz stark schwankender Emotionen.

### ***Zusätzliche Behandlung mit Psychopharmaka***

**Eine gleichzeitige Behandlung von Borderline-Patienten/innen mit Psychopharmaka wirft zahlreiche Fragen auf. Durch eine richtig indizierte Medikation können für einen gewissen Zeitraum bestimmte Symptome (Schlafprobleme, psychosene Zustände, massive Angst und Depressivität und motorische Unruhe) positiv beeinflussen werden und dadurch die Bereitschaft des betroffenen Menschen, Übertragungsdeutungen anzunehmen, gefördert werden. Angst kann psychodynamisch jedoch auch als ein zentraler Affekt der Borderline-Patienten/innen gesehen werden (Dulz, 1999) und Anlass für eine Modifizierung der Psychotherapie sein.**

Die Psychopharmakotherapie kann durch die ärztliche Psychotherapeutin/den ärztlichen Psychotherapeuten selbst erfolgen, wenn die Implikationen auf die Übertragung und Gegenübertragung beachtet werden oder einem anderen Kollegen oder einer anderen Kollegin übertragen werden, mit dem/der von Zeit zu Zeit Kontakt aufgenommen wird.

Zu Beginn jeder Therapie sollte daher ein umfassender Behandlungsplan unter Berücksichtigung der vielfältigen therapeutischen Beziehungskonstellationen erstellt werden (Kernberg, 1984). Wenn auch vor einer zu großen Erwartungshaltung an die Medikation gewarnt werden muss, so kann doch häufig mit einem Einsatz von bestimmten Psychopharmaka besonders in Krisensituationen eine symptomatische Besserung erreicht werden. Die Erfahrungen von Borderline-Patienten/innen, die in der Regel sehr genau angeben können, welche Medikamente gut wirken und welche keinen oder einen schlechten Effekt haben, sollten bei der Planung der Medikation soweit wie möglich miteinbezogen werden. So entfalten die Psychopharmaka schon durch ihre Gabe eine Fülle von psychodynamisch bedeutsamen Effekten (Waldinger & Frank, 1989).

### **Indikationen zur stationären multimodalen Psychotherapie für Borderline-Patienten/innen**

Die Notwendigkeit und die Behandlungsansätze einer stationären Aufnahme werden im TFP-Manual im Rahmen der Behandlungsstrategien zur Krisenintervention dargestellt und diskutiert. Breite klinische Erfahrungen zu den Fragen der stationären Borderline-Psychotherapie finden sich in den Arbeiten von Janssen (1990) über die psychoanalytische Psychotherapie von Borderline-Störungen und von Dulz und Schneider (1995, 1996) über „Borderline-Störungen“ und in dem Beitrag im „Handbuch der Borderline-Störungen“ zur „Stationären Psychotherapie“ von Dulz und Mitarbeitern (1999).

Da die in einer Krisensituation erforderliche stationäre Aufnahme eines/r Patienten/in zum Schutz vor Suizidalität oder Selbstverletzung zu den vor Behandlungsbeginn getroffenen Vereinbarungen des Therapievertrages gehört, wird diese Intervention als notwendige und sinnvolle Maßnahme bewertet. Das gilt auch für eine Hospitalisierung aufgrund einer passageren psychotischen Dekompensation (bei *major depression* oder paranoid-halluzinatorischer Symptomatik).

Waldinger (1992) hat fast generell eine multimodale Behandlungsstrategie für Borderline-Patienten/innen gefordert. Neben der Arzt-Patienten-Dyade haben sich interpersonelle Ansätze (Searles, 1986), die Einbeziehung von therapeutischen Gruppen und Unterstützung durch Sozialtherapie, Kombination mit Psychopharmakotherapie und psychiatrische Krisenintervention bewährt.

Es besteht inzwischen Konsens darüber, dass stationäre Behandlungen in Form von Langzeittherapien, die oft über die Dauer von 1 bis 2 Jahren durchgeführt wurden, für eine anhaltende Besserung allein nicht ausreichend waren. Andererseits können stationäre Aufenthalte zur Krisenintervention bei Suizidalität oder zur Standortbestimmung bei Problemen in ambulanten Therapien oder bei sozial stark dysfunktionalen Personen dringend indiziert und hilfreich sein. Die bei 40 Patienten durchgeführte Studie von Tucker et al. (1987) belegt, dass eine erfolgreiche stationäre Therapie im Vorfeld einer ambulanten Therapie weniger stationäre Aufenthalte im Anschluss notwendig macht und die Patienten die ambulante Therapie besser akzeptieren und weniger abbrechen.

## 7. Zusammenfassung

Schwerpunkt der psychodynamischen Therapie ist der Versuch, die unbewussten psychischen Konflikte und die intensiven Affekte, unter denen eine Person leidet, in der dyadischen Situation aufzufangen. Bei diesem „containment“ wird der Aufrechterhaltung des therapeutischen Rahmens und vor allem der Arbeit mit der Übertragung ständige Aufmerksamkeit geschenkt. In das psychodynamische Verfahren der TFP (Clarkin et al., 1999, Yeomans et al., 2002) sind sehr viele Elemente eingeflossen, die der klinischen Erfahrung bei der Psychotherapie von Patientinnen und Patienten mit Borderline-Pathologie entsprechen. Dennoch ist das Verfahren vor allem aus drei Gründen eine eindeutige Alternative:

- Das Verfahren arbeitet beinahe ausschließlich und von Anfang an mit den psychoanalytischen Techniken der Klärung, Konfrontation und der Deutung unbewusster dyadischer Selbst- und Objektrepräsentanzen der „inneren Welt“ der Patienten/innen, die sich in der Übertragung und Gegenübertragung manifestieren.
- Aggressive und destruktive Elemente stehen früh im Fokus der Therapie, während supportive Elemente (Ratschläge, Ermutigungen) trotz der Schwere der Störung nur in Ausnahmefällen angewendet werden.
- Es wird die zentrale Beziehungsstörung der Patienten/innen durch die psychoanalytische Arbeit an und in der Übertragungsbeziehung in den Mittelpunkt gestellt.

Diese Behandlung erfordert in der Regel den Aufbau einer langfristigen therapeutischen Beziehung und sie stellt große Anforderungen an die therapeutische Fachkraft sowie an die Patientin/den Patienten. Die behandelnde Person muss die aggressiven Aspekte der Übertragung aufgrund seiner Wahrnehmung in der Gegenübertragung schnell und aktiv deutend ansprechen, auch wenn es ihr oft „lieber“ wäre, die Patientin/den Patienten zunächst nur zu verstehen oder erst noch abzuwarten. Das Verfahren erfordert auch, dass die Patientin/der Patient bereit ist, sich auf einen Therapievertrag, umfangreiche Diagnostik und Videoaufzeichnungen für die Supervision einzulassen.

**Literatur:**

- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. ed.) DSM-IV. Washington DC: APA. Deutsche Bearbeitung und Einführung von Wittchen, H.U.; Saß, H.; Zaudig, M. & Koehler, K. (1996). Weinheim: Beltz.
- Buchheim, P.; Cierpka, M.; Kächele, H. & Jimenez, J.P. (1987). Das 'Strukturelle Interview' - ein Beitrag zur Integration von Psychopathologie und Psychodynamik im psychiatrischen Erstgespräch. *Fundamenta Psychiatrica*, 1, 154-61.
- Buchheim, P. & Dammann, G. (2001). Anwendung, Training und Supervision der manualisierten psychodynamischen Therapie für Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In: J.F. Clarkin; F.E. Yeomans & O.F. Kernberg, *Psychodynamische Therapie der Borderline-Störungen. Ein Manual*. Stuttgart: Schattauer.
- Clarkin, J. F.; Yeomans, F.E.; Kernberg, O.F.; unter Mitarbeit von Buchheim, P. & Dammann, G. (2001). *Psychodynamische Therapie der Borderline-Persönlichkeit, Manual zur Transference Focused Psychotherapy (TFP)*. Stuttgart: Schattauer.
- Clarkin, J.F.; Yeomans, F. & Kernberg, O.F. (1999). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dammann, G.; Buchheim, P.; Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (1999). Einführung in die übertragungsfokussierte, manualisierte psychodynamische Psychotherapie der Borderline-Störungen. In: O.F. Kernberg; B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart / New York : Schattauer (im Druck).
- Dilling, H; Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg),(1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (2. Auflage)*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dulz, B. & Schneider, A. (1995, 1996). *Borderline-Störungen. Theorie und Therapie*. Stuttgart / New York: Schattauer.
- Dulz, B. (1999). Wut oder Angst - welcher Affekt ist bei Borderline-Störungen der zentrale. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 30 – 35.
- Dulz, B.; Schreyer, A. & Nadolny, A. (1999). Stationäre Psychotherapie: Von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönliche Sympathie. In: O.F. Kernberg; B. Dulz & U. Sachsse (Hrsg.), *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart / New York : Schattauer.
- Janssen, P.L. (1990). *Die psychoanalytische Therapie der Borderlinestörungen*. Berlin / Heidelberg / New York: Springer.

Kernberg, O.F. (1981). Structural Interviewing. *Psychiatr. Clin North Am* 4, 169-195.

Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders. Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.

Kernberg, O.F.; Selzer, M.A.; Koenigsberg, H.W.; Carr, A.C. & Appelbaum, A.H. (1989). *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books. Deutsche Fassung (1993). *Psychodynamische Therapie bei Borderline-Patienten*. Bern: Huber.

Kernberg, O.F. (1998). Die Bedeutung neuerer psychoanalytischer und psychodynamischer Konzepte für die Befunderhebung und Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen. In: H. Schauenburg; H.J. Freyberger; M. Cierpka & P. Buchheim (Hrsg.), *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (S. 55-68). Bern: Hans Huber.

Kernberg, O.F. (1999a). Persönlichkeitsentwicklung und Trauma. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 5-15.

Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.

Rost, W.D. (2001). *Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung* (6. Auflage). Stuttgart: Klett-Cotta.

Tucker, L.; Bauer, S.F.; Wagner, S.; Harlam, D. & Sher, I. (1987). Long-term hospital treatment of borderline patients: A descriptive outcome study. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1443-1448.

Waldinger, R.J. & Frank, A.F. (1989). Transference and the vicissitudes of medication use by borderline patients. *Psychiatry*, 52, 416-427.

Waldinger, R.J. (1992). *Multimodal Treatment of Borderline Personality Disorder*.

Yeomans, F.E.; Clarkin, J.F. & Kernberg, O.F. (2002). *A Primer of Transference-Focused Psychotherapy for the Borderline Patient*. Northvale / New Jersey / London: Jason Aronson INC.

## IV. Suchttherapie und Psychotherapie der Grundstörung<sup>1</sup>

*Dr. Harald Sporn, Velbert-Langenberg*

### Einleitung

Als tiefenpsychologisch geschulte Therapeuten/innen wissen wir, dass auch unsere theoretischen Konzeptionen durch unsere konkreten Erfahrungen geprägt sind. Deshalb möchte ich vorab wenigstens kurz schildern, wie ich überhaupt dazu gekommen bin, mich mit den Fragen zu befassen, um die es gleich gehen soll:

Ich hatte meine psychologische Ausbildung hinter mir, etwas Psychotherapie war auch dabei, meine Zeit an der Universität war abgelaufen, und ich bekam meine erste „richtige“ Stelle auf der Entwöhnungsstation einer Suchtklinik. Da waren nun die alkoholabhängigen Menschen, die gerade erst mit dem Trinken aufgehört hatten, die meist unmittelbar von der Akutstation kamen und die ich nun so behandeln sollte, dass sie auch in Zukunft nicht mehr trinken. Da war die Institution mit ihrer spezifischen Ausrichtung: gemeindeorientiert, tiefenpsychologisch. Und da waren die Kollegen/innen, die anscheinend wussten, wie das alles geht und die von mir erwarteten, dass ich mich eingliedere und es so ähnlich mache wie sie. Ich habe das dann auch erst einmal getan. Allmählich habe ich dann etwas Erfahrung und Sicherheit gewonnen. Dennoch blieb es so, dass ich bei einigen Dingen, die ich eigentlich ganz sinnvoll fand, weiterhin nicht wusste, warum ich sie eigentlich so tat, wie ich sie tat. Bei anderen wiederum hatte ich Zweifel, ob das alles so richtig ist. Ich konnte meine Bedenken aber nicht schlüssig formulieren, geschweige denn Alternativen entwickeln. Ich brauchte also theoretische Orientierung. Obwohl ich meine ersten Prägungen durch den klientenzentrierten Ansatz erfahren hatte, habe ich diese Orientierung in der analytisch ausgerichteten Psychologie gesucht. Der Grund für diese Entscheidung lag darin, dass die analytische Richtung im Gegensatz zur klientenzentrierten über ausgearbeitete entwicklungspsychologische Konzepte und eine differenzierte Störungslehre verfügte.

Ich hoffe und glaube, dass ich im Laufe meiner Beschäftigung mit der Tiefenpsychologie eine Menge gelernt habe. Und trotzdem war da schon während der Ausbildung ein merkwürdiges Gefühl von Abstand – als kämen die praktischen Probleme, die ich mit meinen „halbnassen“ Suchtkranken hatte, in dem ganzen System nicht so recht vor. Und auf der Ebene der Theorie gewann ich den Eindruck: Die meisten Analytiker/innen beschäftigen sich nicht gern mit Suchtkranken. Und diejenigen, die es Verdienstvollerweise doch tun, legen ihren Schwerpunkt darauf, die Grundstörung herauszuarbeiten, auf deren Boden sich eine Suchterkrankung entwickelt. Das Buch von Rost war und ist hier ein Klassiker. Es hat auch mich in hohem Maße beeindruckt und beeinflusst. Es hat mir sehr geholfen, meine Patienten/innen zu

---

<sup>1</sup> Der Vortrag beruht in seinen Grundzügen auf diesem Artikel:  
Sporn, H.: Suchttherapie und Psychotherapie der Grundstörung  
Z. f. Individualpsychologie, 27. Jg., S. 26 – 40 (2002).  
Dort finden sich auch die Literaturangaben zu den Autoren und Ansätzen, auf die ich mich beziehe.

verstehen. Aber wieder blieb die Frage: Was bedeutet das für meine praktische Arbeit? Soll ich versuchen, mit meinen Patienten/innen ihre Grundstörung aufzuarbeiten? Von den Grenzen meiner Kompetenz und der verfügbaren Zeit ganz abgesehen: Steht nicht die akute Sucht der Arbeit an der Grundstörung im Wege? Müssen meine Patienten/innen nicht erst einmal halbwegs trocken werden, ehe man an weiteres denken kann? Auch Rost scheint ja dieser Meinung zu sein. Aber das, was er als Praxis der stationären Entwöhnung beschreibt, ist ja eher ein grotesker Gegensatz zum analytischen Vorgehen als eine Leitlinie für ein akzeptables suchttherapeutisches Handeln. Wie kann ich also meinen Patienten/innen beim Trockenwerden helfen, ohne meinen analytischen Wissenshintergrund und mein tatsächliches Tun voneinander zu spalten?

Ich war also, wenn auch hoffentlich auf einem etwas anderen Niveau, wieder bei meinem Ausgangsproblem angelangt. Und allmählich habe ich begriffen, dass ich nicht erwarten kann, dass irgendjemand anderer mir genau meine Fragen beantwortet. Ich habe mich also daran gemacht, das, was ich aus Büchern und aus eigener Erfahrung gelernt habe, in eine Ordnung zu bringen, die mir selbst schlüssig erscheint. Das, was dabei herausgekommen ist, möchte ich Ihnen gleich vorstellen.

Ich werde etwas sagen zum Verhältnis zwischen Grundstörung und Suchterkrankung. Dabei werde ich sie als aufeinander bezogene, aber relativ eigenständige Größen definieren. Dann werde ich auf die Diagnostik von Grundstörung und Suchterkrankung eingehen. Ich werde die subjektive Stellungnahme des Patienten zu seiner Abhängigkeit zum zentralen Gegenstand der Suchttherapie erklären und herausstellen, welche Konsequenzen das für die Zielsetzung und die Vorgehensweise der Suchttherapie hat. Und schließlich werde ich etwas dazu sagen, was die Diagnose der Grundstörung eines/r Patienten/in für die Suchttherapie bedeutet und wo der Aufgabenbereich der Suchttherapie aufhört und die Therapie der Grundstörung anfängt.

Ich gehe davon aus, dass Ihnen viele Inhalte bekannt sein werden. Gespannt bin ich darauf, ob Sie etwas damit anfangen können, wie ich sie angeordnet habe und welche Konsequenzen ich daraus ziehe.

### **1. Suchterkrankung entsteht auf dem Boden einer psychischen Grundstörung**

Es ist das grundlegende Axiom aller tiefenpsychologischen Suchtkonzeptionen, dass bei jedem suchtkranken Menschen bereits vor der Ausformung der Suchterkrankung eine psychische Störung bestanden hat. Diese Annahme erscheint plausibel. Sie ist aber gar nicht so leicht zu belegen, weil wir unsere Patienten/innen ja erst dann sehen, wenn sie schon suchtkrank geworden sind. Dennoch gibt es gute Gründe für die Gültigkeit, zumindest für die heuristische Nützlichkeit der These von der Grundstörung, und ich möchte diese Gründe hier in einer Versammlung von analytisch ausgerichteten Menschen nicht im einzelnen auführen.

Es stellt sich dann sogleich die Frage, ob sich die Art der Störung spezifizieren lässt, die mit besonderer Wahrscheinlichkeit zu einer Suchterkrankung führt. Auch das ist eine interessante Frage, auf die ich nicht genauer eingehen kann. Es scheint jedoch so zu sein, dass sich die Grundstörung, die zur Sucht disponiert, qualitativ, das heißt auf der Ebene der dominierenden Kon-

fliktthemen, nicht schlüssig eingrenzen lässt. Was die strukturelle Ebene angeht, kann die Sucht offenbar grundsätzlich auf allen Strukturniveaus aufbauen. Dennoch scheinen zumindest bei den schweren Ausformungen der Sucht, die eine stationäre Behandlung benötigen, meist auch gravierendere Defizite in den Ich-Leistungen vorzuliegen. Wir nehmen in unserer Klinik die psychodynamische Diagnostik mit Hilfe des OPD-Systems vor. Dabei bewegen sich unsere stationären Patienten/innen auf der Strukturachse meist zwischen dem mäßig und dem gering integrierten Strukturniveau. Bei der Bewertung solcher Befunde müssen wir allerdings wiederum gegenwärtig behalten, dass wir sie erst dann erheben, wenn die Suchterkrankung bereits reichlich Gelegenheit hatte, auf die psychische Ausstattung des Betroffenen einzuwirken. (Ich werde darauf noch eingehen.)

### **2. Suchtmittelgebrauch hilft zunächst, die Folgen der Grundstörung kurzfristig zu bewältigen**

Eine Abhängigkeitsentwicklung setzt ein, wenn das Individuum das Suchtmittel zunehmend häufiger benutzt, um die Folgen seiner Grundstörung kurzfristig zu bewältigen. Diese Funktionalität ist ihm gewöhnlich nicht oder nur unvollständig bewusst.

Mögliche psychische Funktionen des Suchtmittleinsatzes sind unter anderem:

- vorübergehende Kompensation von Defiziten, v.a. im Bereich des Selbstsystems (Förderung des Selbstwertgefühls, Steigerung des Erlebens innerer Kohärenz);
- regressive Entaktualisierung innerpsychischer Konfliktspannung;
- zeitweilige Suspendierung einer Seite eines Konflikts, z.B. durch Außerkraftsetzen von normativ-hemmenden Kräften. Dabei kann es auch es auch um das Ausleben von fremd- und selbstzerstörerischen Impulsen gehen, auf das Rost bei seiner Darstellung des objektpsychologischen Modells hinweist.

Es gibt darüber hinaus noch viele andere Funktionen, die der Suchtmittleinsatz im Rahmen der persönlichen Psychodynamik erfüllen kann. Gerade Alkohol ist hier ein „Breitbandmittel“.

### **3. Suchterkrankung gewinnt sekundäre Autonomie gegenüber der Grundstörung**

Wenn ein Mensch seine psychischen Bewältigungsversuche über mehr oder minder lange Zeit auf den Suchtmittelgebrauch einengt, entsteht eine **Suchterkrankung**, die **sekundäre Autonomie** gegenüber der Grundstörung gewinnt.

Das bedeutet, dass die Ausgestaltung der Sucht eine eigene Dynamik und Verlaufsgestalt entwickelt.

Dieser Vorgang lässt sich auf verschiedenen Ebenen beschreiben:

- Biologisch entwickeln sich Gewöhnung, Toleranzsteigerung und schließlich körperliche Abhängigkeit. Zudem werden offenbar die emotionalen

Erfahrungen, die mit dem Mittelgebrauch verknüpft sind, in besonderer Weise unveränderlich gespeichert („Suchtgedächtnis“).

- Die psychischen Prozesse bei der Suchtmittelaufnahme entziehen sich zunehmend der willentlichen Beeinflussung: Wir sprechen hier vom Kontrollverlust.
- Der Verhaltensstil und die sozialen Beziehungen zentrieren sich um das „Management“ des Suchtmittelkonsums. Dabei sind verschiedene individuelle Ausgestaltungen möglich (beim Alkohol z.B. heimliches Trinken vs. Anschluss an eine trinkende Subgruppe).
- Eigene Abwehrstrategien werden aufgebaut, um die Diskrepanzen zwischen Suchtmittelabhängigkeit und Selbstbild zu regulieren.

Insgesamt entsteht ein umfassendes „Suchtsystem“, das die biologische, psychische und soziale Sphäre des Individuums umfasst und sich mit relativer Eigendynamik weiterentwickelt.

Wichtig ist nun: Mit der Entwicklung des Suchtsystems tritt die Bedeutung, die der Suchtmittelgebrauch für die Bewältigung der Grundstörung hat, immer mehr in den Hintergrund. Diese Funktionalität ist zentral für die Entstehung der Abhängigkeit. Für die Aufrechterhaltung des voll entwickelten Suchtsystems spielt die ursprüngliche psychische Funktion des Suchtmittelgebrauchs jedoch keine hervorgehobene Rolle mehr. Das Suchtsystem erhält sich vielmehr zunehmend selbst. Auf der biologischen Ebene schaffen Toleranzsteigerung und körperliche Abhängigkeit einen Zwang, den Suchtmittelgebrauch fortzuführen und sogar noch weiter zu steigern. Im sozialen Bereich gehen unbelastete Beziehungen verloren; das Individuum ist zunehmend auf sich selbst zurückgewiesen oder aber auf den Anschluss an trinkende Gemeinschaften, deren Normen einen Rückzug aus dem suchtmittelzentrierten Verhaltenssystem verbieten. Durch den Verlust sozialer Möglichkeiten und Sicherungen erlebt der betroffene Mensch vermehrt Frustrationen und Ängste, die ihn wiederum veranlassen, sie mit weiterem Mittelkonsum abzdämpfen. Schließlich werden für ihn die Diskrepanzen zwischen seiner realen Verfassung und seinem Ich-Ideal immer unabweisbarer. Daraus entwickeln sich Scham und eine Schwächung des Selbstwertgefühls, die er ebenfalls durch vermehrten Mittelgebrauch kurzfristig „behandelt“.

Sucht ist nach der hier vertretenen Auffassung chronisch. Die Entwicklung des Suchtsystems kann nicht rückgängig gemacht werden; es kann nur deaktiviert werden. Die Chronizität der Sucht stellt einen weiteren Aspekt ihrer Autonomie gegenüber der Grundstörung dar: Auch wenn die Grundstörung durch Psychotherapie günstig beeinflusst, vielleicht sogar „geheilt“ wird, bleibt die Sucht als Unfähigkeit zum unproblematischen Substanzgebrauch bestehen.

#### **4. Sucht wirkt auf die Ausformung der Grundstörung zurück: Stagnation und Reduktion**

Das Suchtsystem wirkt darauf zurück, wie sich die Grundstörung eines Menschen in ihren Auswirkungen darstellt. Das bedeutet: Nicht nur die Grundstörung beeinflusst die Sucht, sondern auch umgekehrt die Sucht die Äußerungsweise der Grundstörung.

Dabei können wir **zwei Wirkprozesse** voneinander unterscheiden:

- Wir Menschen sind grundsätzlich dazu befähigt, lebenslang durch zunehmende psychische Differenzierung und Integration zu „reifen“ und uns dadurch unseren jeweils neuen Lebensaufgaben zu stellen. Dieser Prozess der Weiterentwicklung wird jedoch unterbrochen, wenn die psychischen Kräfte durch die Aufrechterhaltung des Suchtsystems gebunden werden.  
Sucht führt zur Stagnation in der Persönlichkeitsentwicklung.
- Anpassungsleistungen, durch die ein suchtkranker Mensch vor seiner Abhängigkeitsentwicklung seine Grundstörung eventuell noch kompensieren konnte, gibt er auf, wenn er immer stereotyper auf sein Mittel zurückgreift, um seine Schwierigkeiten scheinbar zu bewältigen. Es findet also bei vielen suchtkranken Menschen eine Entdifferenzierung der psychischen Möglichkeiten statt, die einen Rückschritt gegenüber ihrem früheren Funktionsniveau darstellt.  
Sucht führt zur Reduktion der psychischen Möglichkeiten.

Bis jetzt habe ich versucht, Ihnen zu erklären, wie ich mir die wechselseitige Beziehung zwischen Grundstörung und Sucht am schlüssigsten vorstellen kann. Der zentrale Gedanke ist, dass wir die Entwicklung von Sucht zwar psychodynamisch verstehen können, dass die Sucht aber von einem bestimmten Grad ihrer Ausformung an eben nicht mehr nur ein Symptom der zugrunde liegenden psychischen Störung ist. Die Annahme, dass sich die Suchterkrankung von der Grundstörung ablöst, hat Auswirkungen sowohl auf die Diagnostik als auch auf die Therapie.

Wir folgen der logischen Ordnung und beginnen bei der Diagnostik.

### **5. Diagnostik von Grundstörung und Suchterkrankung: objektiv und subjektiv**

Ich glaube, dass eine Psychodiagnostik, die für die Suchttherapie hilfreich sein soll, sowohl die Grundstörung als auch die Suchterkrankung erfassen muss – und zwar jeweils aus zwei verschiedenen Perspektiven: Einmal objektivierend, aus der Sicht des fachlichen Beurteilers, und einmal subjektivphänomenologisch, aus der Sicht des Betroffenen selbst.

Bei der objektiven Erfassung der Grundstörung geht es um eine klinische Einschätzung von Strukturniveau, dominierenden Konfliktthemen, vorherrschenden Abwehrmechanismen usw., wie sie u.a. durch das OPD-System vorgenommen wird. Darüber hinaus müssen wir zusätzliche klassifizierbare psychische Störungen (z.B. Angststörungen, Essstörungen) erheben.

Bei der objektiven Erfassung der Suchterkrankung müssen wir zum einen die qualitativen Ausformungen der Sucht berücksichtigen: Verwendete Mittel und ihre spezifische Wirkung, praktiziertes Konsummuster usw. Zum anderen müssen wir auf verschiedenen Dimensionen bestimmen, wie weit die Suchterkrankung nach ihrer eigenen Verlaufslogik fortgeschritten ist. Zu diesen Dimensionen gehören der Grad der körperlichen Abhängigkeit, organische und soziale Folgeschäden der Sucht und anderes mehr.

Der Stand der subjektiven Auseinandersetzung eines abhängigen Menschen sowohl mit seiner psychischen Grundstörung als auch mit seiner Suchterkrankung ist weitgehend unabhängig von dem Ergebnis, zu dem die objektivierende Diagnostik bei ihm kommt. Wir haben uns wohl alle schon die Zähne ausgebissen an Menschen, die wir aus fachlicher Sicht für hinreichend gestört und suchtkrank bis auf die Knochen halten, die sich ihrerseits aber überhaupt nichts davon annehmen wollen.

Den Prozess, in dem ein betroffener Mensch seine Störung im günstigen Fall erst akzeptieren und dann bewältigen lernt, nenne ich die „Aneignung“. Ich glaube, dass er sich sowohl für die Grundstörung als auch für die Suchterkrankung als ein psychologisch-logisches Kontinuum beschreiben lässt. Dieses Kontinuum kann man in Abschnitte unterteilen, die Stufen der Aneignung der Störung bezeichnen:

- Zunächst wird das Eingeständnis der Störung abgewehrt.
- Dann wird sie möglicherweise akzeptiert.
- Zuletzt wird sie eventuell mehr oder weniger kompensiert.

Um meine Redezeit nicht allzu sehr zu überziehen, stelle ich Ihnen jetzt nicht vor, wie man sich diese Stufen der subjektiven Aneignung in Bezug auf die Grundstörung genauer vorstellen kann. Es geht dabei immer darum, ob der/die Betroffene selbst einen Begriff davon hat, dass er/sie psychische Schwierigkeiten hat und wieweit er/sie Anstalten macht, damit zurecht zu kommen bzw. sie zu überwinden.

In Bezug auf die subjektive Haltung eines/r Betroffenen zu seiner Sucht muss ich dann doch etwas mehr ins Detail gehen.

Gehen wir davon aus, dass bei einem Menschen nach fachlicher Einschätzung eindeutig eine Abhängigkeitserkrankung vorliegt.

Unter dieser Voraussetzung bedeutet:

### **Abwehr**

Der Mensch sieht im Extremfall seinen Suchtmittelgebrauch als vollkommen unproblematisch an. Etwas weniger stark ist seine Abwehr ausgeprägt, wenn er zwar zugesteht, dass er gelegentlich zuviel konsumiert, dies jedoch als vorübergehende Erscheinung begreift, die er jederzeit zu ändern vermag. Zu einer noch weiter „fortgeschrittenen“ Stufe der Abwehr gehört es, wenn der betroffene Mensch seinen gegenwärtigen Konsum selbst als problematisch einschätzt. Vielleicht meint er sogar, er müsse für einige Zeit abstinenz leben. Solange der betroffene Mensch aber davon ausgeht, dass er später unter bestimmten Umständen aber doch wieder unproblematisch konsumieren kann, wehrt er die Anerkennung seiner Sucht weiterhin ab.

### **Akzeptanz**

Hier erkennt der suchtkranke Mensch an, dass er zu einem mäßigen, selbstbestimmten Suchtmittelgebrauch nicht in der Lage ist. Ihm ist bewusst, dass er sich zwischen Aufrechterhaltung des Suchtsystems und vollständiger Abstinenz entscheiden muss. Sofern er sich für Abstinenz entscheidet, greift er im günstigen Fall auf Stützsysteme zurück, die ihm helfen sollen, einen Rückfall in das Suchtsystem zu vermeiden. Häufig stellen Menschen auf die-

ser Stufe der Auseinandersetzung mit ihrer Sucht die abstinente Lebensform als alternativen Identitätsentwurf ihrer bisherigen Identität absolut entgegen. Die Möglichkeit eines Rückfalls schließen sie entweder subjektiv vollkommen aus, oder sie erleben den Rückfall als eine Gefahr, der sie angstvoll und hilflos gegenüber stehen.

### **Kompensation**

Kompensation bedeutet als nächste und letzte Stufe: Der betroffene Mensch versteht im Rahmen seiner Möglichkeiten seine Suchterkrankung kognitiv und emotional als Folge und Bestandteil seiner Persönlichkeitsentwicklung. Abstinenz erlebt er grundsätzlich positiv. Dabei nimmt er Impulse zur erneuten Suchtmittleinnahme bewusst und ohne Schuldgefühle wahr und nutzt sie als hinweisende Signale für die Sicherung seiner Abstinenz. Seine Strategien der Abstinenzsicherung sind nicht mehr nur starre Stützsysteme, sondern individuell und situationsspezifisch. Sie berücksichtigen seine aktuelle Befindlichkeit und seine persönliche Eigenart. Sofern er Trauer verspürt über den Verlust der Möglichkeit, das Mittel genussvoll zu gebrauchen, lässt er sie bewusst zu.

Die lineare Abfolge von Be- und Verarbeitungsschritten, die ich hier unterstelle, stellt natürlich eine idealtypische Vereinfachung dar. Sie beschreibt die Logik der Verarbeitung von Suchterkrankung, nicht den tatsächlichen Verlauf der Aneignung. In der Wirklichkeit und damit auch in der therapeutischen Praxis müssen wir selbst im günstigen Fall mit einer vor und zurück schreitenden Bewegung rechnen.

Bei der Erfassung der subjektiven Aneignung von Grundstörung und Suchterkrankung sind wir mit all den Problemen konfrontiert, die eine tiefenpsychologisch orientierte Diagnostik mit sich bringt. Wir müssen von dem, was der Patient uns sagt und zeigt zurückschließen auf das, was er bewusst oder auch unbewusst meint – und dabei auch noch hinreichend objektiv bleiben. Für die Erfassung der subjektiven Haltung zur Suchterkrankung haben wir in Langenberg eine Skala entwickelt, die bei dieser diagnostischen Aufgabe helfen soll und noch dazu die Stufenfolge der Aneignung ausdifferenziert. Wir machen damit ganz gute Erfahrungen.

### **6. Suchttherapie hat ihren eigenen Tätigkeitsbereich und ihre eigenen Prioritäten**

Nach diesen Vorarbeiten kann ich die Suchttherapie von der Therapie der Grundstörung abgrenzen. Zunächst kann ich sagen, wo meiner Meinung nach ihr eigenständiger Tätigkeitsbereich liegt:

Wenn wir die Aneignung der Suchterkrankung durch den Betroffenen als Weg verstehen, der von der Abwehr über das Akzeptieren zur Kompensation führt, dann setzt die Suchttherapie dort ein, wo die Abwehr erste „Risse“ erhält. Sie ist von zentraler Bedeutung, wenn es darum geht, die Suchterkrankung zu akzeptieren und Abstinenz psychisch zu verankern. Sie tritt gegenüber einer sucht-unspezifischen psychotherapeutischen Herangehensweise in den Hintergrund, wenn

sich das Individuum bei einigermaßen gesicherter Abstinenz darauf zu bewegt, seine grundlegenden psychischen Defizite zu bewältigen.

Weiter kann ich etwas dazu sagen, wie die Suchttherapie, so wie ich sie am schlüssigsten vertreten kann, grundsätzlich vorgeht:

Suchttherapie nimmt die objektivierende Diagnostik als Wissenshintergrund. Mit diesem Wissen richtet sie sich darauf, wie der/die Patient/in subjektiv seine/ihre Grundstörung und seine/ihre Suchterkrankung verarbeitet. Grundsätzlich bemüht sie sich, ihn/sie sowohl bei der Aneignung seiner/ihrer Grundstörung als auch bei der Aneignung seiner/ihrer Suchterkrankung zu fördern. Sie versucht, ihm/ihr die Verbindung zwischen beiden emotional erfahrbar zu machen. Bei alledem geht sie von den Äußerungsformen des Suchtsystems aus. Im Zweifelsfall räumt sie der Auseinandersetzung mit den suchtbezogenen Erlebens- und Verhaltensformen und insbesondere der Befähigung zur Abstinenz Priorität ein vor der Auseinandersetzung mit der Grundstörung.

Ich meine nicht nur, dass die Bewältigung der Sucht etwas anderes ist als die Bewältigung der Grundstörung, sondern auch, dass die Sucht zu einem gewissen Grad bewältigt sein muss, ehe die Grundstörung in Angriff genommen werden kann. Für diesen zeitlichen Vorrang der Suchttherapie gibt es eine ganze Reihe von Gründen:

- Der erste Grund liegt in der Motivation der meisten Betroffenen. Zumindest diejenigen, die sich an uns als Suchttherapeuten wenden, leiden subjektiv erst einmal an ihrer Sucht und ihren Folgen. Dass dahinter eine weiter gehende psychische Problematik stehen soll, ist ihnen in der Regel noch nicht bewusst. Demnach sehen sie sich nur dann angehalten, Schritte zu einer grundsätzlicheren Auseinandersetzung mit ihrer Persönlichkeit zu unternehmen, wenn ihnen selbst schlüssig wird, dass das für die Bewältigung ihrer Sucht erforderlich ist.
- Wichtiger noch erscheint mir dieser Grund:  
Suchtmittelrückfälligkeit gewinnt nach ihrer inneren Logik Progredienz und Autonomie. Sie führt zur schnellen Wiederherstellung des süchtigen Erlebens- und Verhaltenssystems. Selbst wenn wir mit einer auf die Grundstörung gerichteten Therapie einen Zugewinn an Differenzierung und Integration der Persönlichkeit erreichen sollten, geht er schnell wieder verloren, wenn unser/e Patient/in rückfällig wird. Deshalb müssen wir der Fähigkeit zur Sicherung der Abstinenz Vorrang vor allen anderen Therapiezielen einräumen.
- Außerdem ist eine konfliktorientierte Psychotherapie bei Suchtkranken, die noch nicht stabil abstinent sind, eine besonders schwierige, wenn nicht unmögliche Aufgabe: Psychotherapeutische Bearbeitung emotional besetzter Lebensthemen setzt gewöhnlich ein erhebliches Maß an regressivem Erleben im Sinne intensiver Gefühlserfahrung voraus. Für suchtkranke Menschen ist das Erleben intensiven Gefühls jedoch gewöhnlich eng mit Suchtmittelgebrauch verbunden: Das Ab-

dämpfen schmerzhafter Empfindungen zählt zu den wichtigsten psychischen Funktionen des Suchtmittelgebrauchs. Die Voraussetzung dafür, dass Regression bei Suchtkranken konstruktiv therapeutisch genutzt werden kann, ist demnach, dass sie heftige Gefühle aushalten können, ohne rückfällig zu werden.

Die bisherigen Argumente hören sich so an, als müsste die Suchttherapie zwar zuerst erfolgen, als müsste sich daran aber auf jeden Fall noch eine Bearbeitung der Grundstörung anschließen. Ich glaube, dass das für viele suchtkranke Menschen auch so ist. Ich glaube aber auch, dass bei etlichen von ihnen eine Bewältigung der Sucht im Sinne der Abstinenzsicherung auch ohne ausdrückliche und weitergehende Bearbeitung der Grundstörung zu einem individuell angemessenen Therapieerfolg führen kann. Nach meiner Einschätzung gilt das am ehesten für diejenigen, die von ihrer Grundstörung her entweder besonders wenig oder aber gerade besonders stark beeinträchtigt sind:

Die weniger Gestörten können durch den Wegfall der Funktionseinschränkungen, die der unkontrollierte Suchtmittelgebrauch mit sich gebracht hat, möglicherweise den Anschluss an das höhere Funktionsniveau wieder herstellen, auf dem sie sich vorher bewegt haben. Außerdem werden sie wieder fähig zu konstruktiven Weiterentwicklungs- und Anpassungsleistungen im Rahmen ihres ursprünglichen Potentials.

Davon zu unterscheiden ist der Zusammenhang bei Menschen mit einer tiefgreifenden Persönlichkeitsstörung, die sich auf einem gering integrierten Strukturniveau bewegen. Bei ihnen ist meist das Selbstsystem und damit das Identitätserleben sehr weitgehend gestört. Gerade weil ihre Grundstörung so schwer und umfassend ist, sind sie einer konfliktorientierten Psychotherapie nur schwer zugänglich. Die Identifikation mit dem Status als abstinente/r Suchtkranke/r kann für sie einen Identifikationsanker herstellen, um den sich eine Ersatz-Selbstorganisation bauen lässt. Zwar stellen solche Ersatzbildungen letztlich ein „falsches Selbst“ dar und bleiben insofern verletzlich. Dennoch können sie in bestimmten Fällen die bestmögliche Kompensationsform darstellen, die wir als Therapeuten/innen stützen und keinesfalls verunsichern sollten.

Bei der ersten Gruppe von Suchtkranken ist eine Psychotherapie, die sich über die Suchttherapie hinaus eingehend auf die Grundstörung richtet, nicht nötig. Bei der zweiten ist sie oft nicht erfolgversprechend und wegen der damit verbundenen Labilisierung manchmal sogar contraindiziert.

### **7. Der Stand der Aneignung der Suchterkrankung bestimmt die therapeutischen Ziele und Methoden**

Nun wenigstens ein paar Gedanken dazu, wie sich das suchttherapeutische Vorgehen innerhalb der Sichtweise, die ich hier vorschlage, fassen lässt. Dabei habe ich keine neuen Methoden anzubieten. Vielmehr geht es mir auch hier darum, das, was wir haben und wissen, in eine Ordnung zu bringen. Das Ziel der Suchttherapie besteht darin, den/die Patienten/in auf der „Achse der Aneignung“ ein Stück weiter voran zu bringen. Der aktuelle Stand der Aneignung der Suchterkrankung durch den/die Patienten/in bestimmt, welche therapeutischen Themen jeweils im Vordergrund stehen. Je nach Thematik

und Zielsetzung bieten sich unterschiedliche methodische Zugänge an und zumindest in der Tendenz auch unterschiedliche therapeutische Settings.

Solange die Patientin/der Patient ihre/seine objektiv vorhandene Suchterkrankung vor sich selbst und anderen noch verleugnet oder bagatellisiert, befindet sie/er sich nach unserer Einteilung auf der Stufe der Abwehr. Therapeutisch geht es hier zunächst darum, ihre/seine psychodynamisch bestimmte Selbstsicht zu verunsichern, nach der sie/er entgegen aller objektiven Evidenz doch nicht abhängig ist. Dazu müssen wir abweichende Selbstwahrnehmungen, nach denen sie/er seine Abhängigkeit nicht verleugnen kann, auffinden, vielleicht auch erst erzeugen, und dann ihren Kontrast zu ihrer/seiner bisherigen Selbstsicht herausstellen. Diesen Aspekt der Arbeit an der Abwehr kann man als konfrontierend bezeichnen. Allerdings können Konfrontationen nur dann wirksam werden, wenn beide gegenübergestellte Elemente innerpsychisch, bei der betroffenen Person selbst, repräsentiert sind. Ein Teil der therapeutischen Kunst liegt also darin, Konfrontationen so zu gestalten, dass aus ihnen subjektiv bedeutsame Diskrepanzerfahrungen entstehen können. Der Ansatz der „motivierenden Gesprächsführung“ hat hierzu viel Wichtiges zu sagen.

Wenn der betroffene Mensch beginnt, die Diskrepanz zwischen seiner bisherigen Selbstsicht und den objektiven Anzeichen emotional wahrzunehmen, müssen wir ihn ermutigen und unterstützen, sich bewusst zu machen, was es für ihn persönlich bedeuten würde, wenn er sich seine Suchterkrankung eingestehen und sich zu Abstinenz entschließen würde. Hier geht es einmal darum, das Verhältnis zwischen diesem Eingeständnis und seinem Selbstideal, zu dem es sicherlich nicht gehört, suchtkrank zu sein, zu betrachten. Genau so wichtig wie dieser innerpsychische ist der sozialpsychologische Aspekt: Wenn der betroffene Mensch seine Suchterkrankung akzeptiert, fällt er aus der selbstverständlichen Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen heraus und rückt in die Nähe von anderen, denen er bislang zumeist ablehnend gegenüber gestanden hat. Auch diese Umstrukturierung muss vorbereitet und verarbeitet werden.

Gerade wenn sich das Individuum auf die Akzeptanz seiner Suchterkrankung und den Vorsatz zur Abstinenz zu bewegt, ist es wichtig, dass widerstrebende Gefühle und Haltungen, die zur „Abwehr“ gehören, immer wieder bewusst zugelassen und ausgesprochen werden. Nur so besteht die Aussicht, dass die neuen, um die Abstinenz zentrierten Identitätsaspekte tatsächlich emotional integriert und nicht der früheren Identität in spaltender Weise gegenüber gestellt werden. Auf der anderen Seite kommt es aber auch darauf an, dass wir die neuen Identitätsaspekte als positiv würdigen und stützen. Unter methodischem Gesichtspunkt stehen wir damit vor der Aufgabe, konfliktzentrierte und wertbezogen-zielorientierte, stützende Herangehensweisen miteinander zu verschränken.

Was das therapeutische Setting angeht, glaube ich, dass sich die Arbeit an der suchtbetragenen Abwehr am besten im Rahmen einer flexiblen Verknüpfung von ambulanter Beratung und qualifizierten Akutbehandlungen leisten lässt.

Wenn ein suchtkranker Mensch sich eingesteht, dass er die Fähigkeit zu regeltem Mittelgebrauch verloren und sich zur Abstinenz entschlossen hat, befindet er sich nach unserer Einteilung auf der Stufe der Akzeptanz. Er fasst

seine Abstinenzentscheidung jedoch meist erst einmal aus einem „engen Blickwinkel“ heraus, indem er seine Sucht mit dem Konsum des Mittels und die Abstinenz mit dem Verzicht darauf gleich setzt. Sucht ist aber nun ein umfassendes, über viele Jahre erworbenes System von emotionalen Erlebnisweisen und sozialen Handlungsstrategien. Wenn aus diesem System lediglich aufgrund einer „Gegenbesetzung“ der - wenn auch zentrale – Bestandteil der Suchtmittelleinnahme herausgenommen wird, liegt es nahe, dass das System dynamische Kräfte entfaltet, um sich wieder zu vervollständigen. Wenn die Kraft der „Gegenbesetzung“ vorübergehend nachlässt, ist die „Schließung der Gestalt“, also der Rückfall, unvermeidlich.

Therapeutisch kommt es bei diesem Bewältigungsschritt also zunächst einmal darauf an, dass der suchtkranke Mensch wahrnimmt, dass seine Sucht nicht ein isoliertes Problemverhalten darstellt, sondern eine ganze Lebensform. Auf dieser Erkenntnis aufbauend sollte er neue, auf größere Klarheit und Aktivität gegründete Herangehensweisen an die Aufgaben des Lebens entwickeln. Er sollte die Bedeutung von inneren und äußeren Stützsystemen für die Wahrung seiner Abstinenz kennen und trotz ihrer Lästigkeit schätzen lernen. Die äußeren Strukturen haben dabei engen Bezug zu dem hoch bedeutsamen Bereich der Selbsthilfe. Für die gemeinte innere Haltung weiß ich keinen besseren Begriff als das altmodische Wort „Selbstdisziplin“.

Zum methodischen Inventar gehören auf dieser Stufe der Auseinandersetzung nach meiner Ansicht neben vielem anderen auch einige Elemente, die in den letzten Jahren in suchttherapeutischen Kreisen ziemlich in Verruf gekommen sind. Ich meine damit zum einen, dass wir in der Auseinandersetzung mit der Patientin/dem Patienten ihre/seine aktuellen Erlebens- und Verhaltensprozesse daraufhin untersuchen, wieweit sie eingeschliffene Muster aus ihrer/seiner süchtigen Lebensform darstellen. Die älteren unter uns kennen noch den verpönten Begriff des „nassen Verhaltens“. Ich meine damit auch die Strategie, die Patientin/den Patienten durch therapeutisch gesetzte Begrenzungen zur Auseinandersetzung mit Inhalten wie Disziplin, Regelmäßigkeit und Genauigkeit anzuregen.

Ich glaube, dass diese konfrontierenden, struktursetzenden Herangehensweisen fruchtlos und sogar schädlich sind, wenn wir sie eifernd und nicht nüchtern-sachlich vertreten. Ich glaube aber auch, dass unsere suchtkranken Patienten/innen gerade in der Anfangszeit ihrer Abstinenz und in Krisensituationen vielleicht sogar immer wieder eine Grundlage an Selbstdisziplin, Selbstkritik und Frustrationstoleranz benötigen, die wir dynamisch orientierten Therapeuten/innen als zwanghaft abwerten können, die aber das letzte Bollwerk gegen den Rückfall darstellt, wenn alle dynamischen Kräfte zur Regression und damit zum Mittelkonsum drängen.

### *Zum therapeutischen Setting:*

Ich glaube, dass die stationäre Entwöhnungsbehandlung immer noch ein sehr geeigneter Rahmen ist, um einem suchtkranken Menschen dabei zu helfen, seine Akzeptanz der Sucht auszubauen und zu vertiefen.

Gar nicht so wenige suchtkranke Menschen bleiben auf der eben skizzierten Stufe der Bewältigung ihrer Sucht stehen: Sie entschließen sich, nicht mehr zu trinken, verwirklichen eine eher zwanghaft geprägte Lebensform, die zu ihrer früheren konsumierenden kontrastiert und bemühen sich, die Zeit ihrer aktiven Sucht als abgeschlossen zu betrachten. Manche bleiben auf diese

Weise sogar auf Dauer abstinent. Von der Frage nach der Lebensqualität einmal ganz abgesehen, ist diese Form der Bewältigung der Sucht aber auch unter dem Gesichtspunkt der Absicherung gegen Rückfälle durchaus riskant. Denn sie schließt die dynamischen Kräfte, die zur Suchtentwicklung geführt haben und die weiterhin zum Suchtmittelgebrauch drängen, von der bewussten Auseinandersetzung aus. Gegen sie wird lediglich eine Barriere errichtet, die halten kann oder auch nicht. Aus suchttherapeutischer Sicht ist es also nötig, die Patientinnen und Patienten darüber hinaus so weitgehend wie möglich zu Bewegungen anzuregen, die in die Richtung eines Verständnisses ihrer persönlichen Suchtdynamik und damit auch einer individuellen Sicherung vor Rückfällen gehen. Wir bezeichnen den Bereich, in dem wir hier mit der Patientin/dem Patienten arbeiten, als die Person der Kompensation. In ihr gehen die Bewältigung der Sucht und die Bewältigung der Grundstörung immer mehr ineinander über. Ich meine allerdings, dass es bestimmte Aufgabenstellungen gibt, die dabei noch zum Kernbereich der Suchttherapie gehören.

Ich meine damit zunächst das Erarbeiten der individuellen psychischen Funktionen, die der Mittelgebrauch im Laufe der Suchtentwicklung für die konkrete Patientin/den konkreten Patienten gehabt hatte. Das leitet dann über zu einem mehr oder weniger weit reichenden Verständnis der individuellen Verkürzungen, die mit Hilfe des Mittels früher ausgeglichen werden sollten. Dabei geht es für die betroffene Person erst einmal darum, dass sie weiß, in welchen Bereichen sie verletzlich ist und vielleicht um ein vorläufiges Überbauen der gravierendsten Defizite – noch nicht um eine restrukturierende psychotherapeutische Arbeit. Diese Erkenntnis der persönlichen „Schwachpunkte“ sollte einmünden in den Aufbau individueller Strategien zur Rückfallsicherung, die auf einer möglichst sensiblen emotionalen Selbstwahrnehmung beruhen. Zur suchttherapeutischen Arbeit auf dieser Stufe der Auseinandersetzung sollte es auch gehören, die Patientin/den Patienten bei der Erfahrung zu begleiten, emotional belastende Konfliktsituationen, in denen sie/er früher mit Sicherheit auf ihr/sein Mittel zurückgegriffen hätte, bewusst und nüchtern zu durchleben.

### *Zum Behandlungssetting:*

Ich glaube, dass diese Form der Auseinandersetzung in der stationären Entwöhnung begonnen werden kann. Sie muss aber anschließend in der ambulanten Arbeit fortgeführt werden, etwa in der nachstationären ambulanten Rehabilitation.

## **8. Die psychodynamische Diagnostik bestimmt die Rahmenbedingungen und Grenzen der suchttherapeutischen Arbeit**

Vielleicht fragen Sie sich, warum wir uns zu Anfang mit der auf die Grundstörung bezogenen Diagnostik von Funktionsniveau und Konfliktdynamik aufgehalten haben, wenn es dann doch nur um die Diagnose und Veränderung der Aneignung der Suchterkrankung geht. Die Trennung zwischen Grundstörung und Sucht ist natürlich künstlich. Wir nehmen sie vor, damit wir besser über den Gegenstand und die Methodik unserer Arbeit nachdenken können. In der Wirklichkeit haben wir dagegen mit konkreten, ganzen Menschen zu tun, und bei denen entscheidet ihre psychische „Ausstattung“ nicht nur mit, ob und wie sie eine Suchterkrankung entwickeln, sondern auch, wie sie sich

mit ihr auseinandersetzen. Wissenschaftlicher ausgedrückt heißt das: Die objektivierende psychodynamische Diagnostik gibt für die konkrete Patientin und für den konkreten Patienten Hinweise auf die Rahmenbedingungen, die methodischen Möglichkeiten und die Grenzen der Suchttherapie.

Wenn wir dabei zwischen dem Funktions- und dem Konfliktaspekt der Grundstörung unterscheiden, scheint mir, dass die Parameter der Ich-Psychologischen Funktionsdiagnostik noch bedeutsamer sind als die spezifischen Konfliktthemen. Dazu ein paar Stichpunkte:

Das allgemeine Funktionsniveau eines süchtigen Menschen umreißt dessen Möglichkeiten und auch dessen Grenzen bei der Aneignung seiner Suchterkrankung. Wir Suchttherapeuten/innen sollten gerade die Begrenzungen respektieren, um weder uns noch die Patientin/den Patienten zu überfordern.

Ein suchtkranker Mensch, der sich auf einem gering integrierten Strukturniveau bewegt, wird zunächst einmal kaum darüber hinaus kommen, eine „trockene“ Schein-Identität in dichotomer Weise seiner süchtigen Lebensform gegenüber zu stellen. Dynamisches Konfliktbewusstsein mit anschließender Integration der Polaritäten können wir von ihm kaum erwarten.

Weiter gibt das Funktionsniveau eines suchtkranken Menschen Hinweise darauf, über welche Form der Auseinandersetzung und damit auch über welche Art von therapeutischer Intervention und Beziehungsgestaltung wir ihn am ehesten erreichen können.

Ein konfliktzentriertes, auf Reflexion angelegtes therapeutisches Angebot passt nicht zu einem Menschen, dessen Fähigkeit zur distanzierenden Selbstbeobachtung gering ausgeprägt ist und der eher eine idealisierende Selbstobjekt-Beziehung sucht.

Die spezifische Diagnostik der Ich-Leistungen gibt uns Hinweise auf Defizite, die es dem suchtkranken Menschen erschweren, Rückfälle zu vermeiden.

Wenn jemand über eine unzureichende Gefühlsdifferenzierung verfügt, hat er es schwer, innere Signale wahrzunehmen, die einem Rückfall vorausgehen. Für die Therapie müssen wir dann entscheiden, ob es ein realistisches Ziel ist, ihn in seiner emotionalen Sensibilität zu fördern, oder ob wir besser daran tun, mit ihm schematischere Formen der Rückfallsicherung einzuüben.

Weiter weist die spezifische Funktionsdiagnostik darauf hin, ob eine konkrete Patientin/ein konkreter Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit in psychosoziale Komplikationen geraten dürfte, die dann rückfallauslösend sein können.

Wenn jemand kaum zu einer empathischen Objektwahrnehmung in der Lage ist, produziert er fortlaufend zwischenmenschliche Missverständnisse mit entsprechenden Enttäuschungserlebnissen.

Ziel der Suchttherapie wird es hier vor allem sein, dass wir dem betroffenen Menschen helfen, diese Defizite im Sinne eines Bewusstseins um seine Verletzlichkeit anzuerkennen und sie durch Hilfskonstruktionen zu „überbauen“.

Im günstigen Fall können wir Kompetenzen reaktivieren, die vor der Entfaltung der Suchterkrankung bereits angelegt waren. Eine tatsächliche Neubildung von Strukturen dürfte dagegen zumindest innerhalb des zeitlichen und konzeptionellen Rahmens der institutionalisierten Suchttherapie selten vorkommen. Hier ist es wieder für alle Beteiligten hilfreich, wenn wir uns unserer Grenzen bewusst sind.

Welche Bedeutung hat nun die Diagnose der individuell vorherrschenden, weitgehend unbewussten Konfliktthematik? Mir scheint, dass sie unter suchtherapeutischem Gesichtspunkt vor allem wichtig ist für die vorwegnehmende Bearbeitung möglicher Rückfallsituationen. Die ursprüngliche psychische Funktion des Suchtmittels ergab sich häufig aus einem immer wiederkehrenden Konflikterleben, in das der/die Betroffene den Suchtmittelkonsum als kurzfristige Lösung eingebaut hat. Viele Rückfälle lassen sich als Versuch verstehen, bei erneutem Auftreten des Konflikts auf die frühere Funktionalität zurückzugreifen, „als ob sich nicht in der Zwischenzeit eine autonome Abhängigkeit entwickelt hätte“. Es fällt in den Aufgabenbereich der Suchttherapie, dem betroffenen Menschen seinen bis dahin unbewussten Grundkonflikt soweit verstehbar werden zu lassen, dass er den Zusammenhang zwischen Konflikterleben und Suchtmittelgebrauch nachvollziehen kann. Dann kommt es darauf an, einen neuen, bewussten Konflikt (wenn dieser Ausdruck erlaubt ist) emotional lebendig werden zu lassen: Nämlich den Konflikt zwischen dem weiterhin bestehenden Impuls, in der seelischen Not auf das Suchtmittel zurückzugreifen auf der einen und den auf Abstinenz gerichteten Gegenkräften auf der anderen Seite. Wenn der betroffene Mensch diesen inneren Widerstreit mit emotionaler Beteiligung erlebt, können wir mit ihm daran arbeiten, wie er die Anspannung, die sich aus seinem Grundkonflikt ergibt, ertragen und abmildern kann, ohne auf sein Mittel zurückzugreifen. Die eingehende Bearbeitung des ursprünglichen innerpsychischen Konflikts mit dem Ziel, ihn durchzuarbeiten und letztlich aufzulösen, gehört dann aber nicht mehr zum Gegenstand der Suchttherapie, sondern zur Therapie der Grundstörung.

### **9. Auf die Suchttherapie folgt manchmal die Therapie der Grundstörung**

Was folgt auf die Suchttherapie? Nach meiner Erfahrung, die sicherlich nicht verallgemeinert werden kann, streben die meisten Suchtkranken, die diese Therapieformen erfolgreich durchlaufen, anschließend zumindest nicht sofort eine weiterführende, stärker auf die Grundstörung ausgerichtete Psychotherapie an. Das gilt auch dann, wenn sie unter fachlichen Aspekten durchaus sinnvoll wäre. Bei einigen Suchtkranken ist aber eine weiterführende Psychotherapie sowohl sachlich angezeigt als auch subjektiv gewünscht. Sie kann mehr oder weniger nach den allgemeinen Regeln der tiefenpsychologischen Therapie durchgeführt werden. Allerdings sollte die Verbindung der therapeutischen Inhalte zur Sucht beachtet und ausdrücklich herausgearbeitet werden. Diese im engeren Sinne analytische Therapieform ist jedoch daran gebunden, dass das „Suchtsystem“ kompensiert bleibt. Sobald diese Rahmenbedingung nicht mehr gegeben ist, haben die Themenstellungen der Suchttherapie und letztlich das Ziel der Abstinenzsicherung wieder Vorrang.