

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmacher**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr. phil. **Sylvie Petitjean**, Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Düsseldorf/Hückeswagen.

Ausgabe 13/2006

**Therapeutische Beziehungen – Formen „differentieller Relationalität“
in der integrativen und psychodynamisch-konflikttherapeutischen
Behandlung von Suchtkranken**

Hermann Renz, Michelbach, Hilarion G. Petzold, Düsseldorf*
(2006)

* Aus der „**Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit**“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>) und aus dem „**Department für psychosoziale Medizin und Psychotherapie**“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Donau-Universität Krems, <mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at>), Master of Science Lehrgang „Supervision“ (wissenschaftl. Leitung: Univ.-Prof. Dr. H.G. Petzold), **Donau-Universität Krems**. Quelle: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit bei: www.fpi-publikationen.de/polyloge

Inhaltsverzeichnis

INHALTSVERZEICHNIS	2
1. EINLEITUNG.....	5
2. DER ZUGANG „INTERSUBJEKTIVER HERMENEUTIK“ ZUR THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG.....	5
3. THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG ALS KO-RESPONDENZPROZESS.....	7
4. RELATIONEN DER BEZOGENHEIT.....	8
4.1. KONFLUENZ	8
4.2. KONTAKT	8
4.3. BEGEGNUNG.....	8
4.4. BEZIEHUNG	8
4.5. BINDUNG.....	9
4.6 ABHÄNGIGKEIT	9
4.7. HÖRIGKEIT	9
4.8 BEZIEHUNG ZU MIR SELBST	9
4.9 BEZIEHUNG ZU GOTT	10
4.10. DIE BINDUNG AN DAS SUCHTMITTEL: ABHÄNGIGKEIT.....	10
5. ZIELE DER THERAPEUTISCHEN ARBEIT	11
5.1. ERHALT UND GEWINN VON GRUNDVERTRAUEN	11
5.2. FÖRDERUNG VON IDENTITÄT.....	11
5.3. AUFBAU EINES SOZIALEN UNTERSTÜTZUNGSNETZWERKES.....	12
5.4. KONSTITUIERUNG VON SINN	13
5.5. KONSTITUIERUNG VON INTERSUBJEKTIVITÄT	13
5.6. FÖRDERUNG VON KOMPETENZEN UND PERFORMANZEN	14
6. BEZIEHUNGSFORMEN IM PSYCHODYNAMISCHEN, KONFLIKTTHERAPEUTISCHEN MODELL	16
6.1. DIE ARBEITSBEZIEHUNG	17
6.2. ALTER-EGO-BEZIEHUNG.....	19
6.2.1. Charakteristika der Alter-Ego-Beziehung.....	19
6.2.2. Funktionen der Alter-Ego-Beziehung.....	19
6.2.3. Leitlinien der Alter-Ego-Beziehung	20
6.2.4. Die Praxis der Alter-Ego-Beziehung.....	21
6.2.5. Widerstandsanalyse in der Alter-Ego-Beziehung.....	22
6.2.6. Indikation der Alter-Ego-Beziehung	22
6.2.7. Risiken und Kontraindikation der Alter-Ego-Beziehung.....	23
6.3. ÜBERTRAGUNGSBEZIEHUNG	23
6.3.1. Charakteristika der Übertragungsbeziehung.....	23
6.3.2. Funktionen der Übertragungsbeziehung.....	24
6.3.3. Leitlinien in der Übertragungsbeziehung	24
6.3.4. Die Praxis der Übertragungsbeziehung.....	25
6.3.5. Widerstandsanalyse in der Übertragungsbeziehung.....	27
6.4. DIALOGBEZIEHUNG	28
6.4.1. Charakteristik der Dialogbeziehung	28
6.4.2. Funktionen der Dialogbeziehung.....	28
6.4.3. Leitlinien der Dialogbeziehung.....	29
6.4.4. Praxis der Dialogbeziehung.....	29
6.4.5. Widerstandsbearbeitung in der Dialogbeziehung.....	31
6.5. INTEGRATIVER STIL	31
7. REFLEXIONEN ZUR THERAPEUTISCHEN BEZIEHUNG BZW. PSYCHOTHERAPIE NACH LEVINAS	33
7.1. SEIN PROGRAMM.....	33
7.2. DER URSPRUNG ALLER GEWALT	33
7.3. DAS ICH: DIE WELT IST FÜR MICH	33
7.4. DER ANDERE: DAS WAHRE AUßEN	34
7.5. DIE SINNLICHKEIT: VERWUNDBARKEIT DES ICH.....	34

7.6. DAS MENSCHLICHE: SICH SORGEN UM DEN ANDEREN.....	34
7.7. VOM SELBEN ZUM ANDEREN: BEWEGUNG OHNE WIEDERKEHR.....	34
7.8. DIE GÜTE: BEGEHREN, NICHT BEDÜRFNIS	34
7.9. IM ANTLITZ DES ANDEREN: SEINE SPUR.....	35
7.10. DAS ANTLITZ DES ANDEREN: EINE HEIMSUCHUNG	35
7.11. DIE ERWÄHLUNG: VERANTWORTUNG.....	35
7.12. DER SINN: ETHIK	36
8. LEVINAS ÜBERTRAGEN AUF DIE THERAPEUTISCHE PRAXIS	36
8.1. DIE THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG	36
8.2. THERAPEUT SEIN OHNE EIGENNUTZ	36
8.3. WIDER DIE BEMÄCHTIGUNG.....	37
9. ROLLEN DES THERAPEUTEN	37
9.1. HELFER UND HEILER	37
9.2. ELTERNFIGUR – KINDPOSITION	38
9.3. BERATER – RATSUCHENDER	38
10. ROLLENFUNKTIONEN	38
11. THERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN	38
12. WIRKFAKTOREN	38
13. DIE VIER WEGE DER HEILUNG UND FÖRDERUNG.....	38
14. UMGANG MIT WIDERSTAND IM THERAPEUTISCHEN PROZESS	38
15. ABSCHLIEßENDEN BEMERKUNGEN ZUM UMGANG MIT BEZIEHUNG.....	38
16. ZUSAMMENFASSUNG.....	38
17. LITERATURVERZEICHNIS:	38
18. KURZFASSUNG DER ARBEIT.....	38

Vorbemerkung:

Diese Arbeit ist nicht nur eine persönliche Auseinandersetzungsprozess des Autors im Rahmen seiner Ausbildung und seiner therapeutischen Arbeit mit dem Thema, es ist auch einen Auseinandersetzung mit und zwischen theoretischen Ansätzen. Ursprünglich tiefenpsychologisch orientiert, findet eine Aneignung integrativtherapeutischer Beziehungstheorie statt, wobei das Buch von Finke eine Leitlinie bilden sollte, die allerdings bei genauer Betrachtung nur eine vordergründige Stringenz bietet, da dieser Autor keine breite Anschlussfähigkeit an bestehende Traditionen der Beziehungsgestaltung, Dialogizität und Polylogizität im psychotherapeutischen Feld bietet. Deshalb ist von Seiten des Betreuers (*H. Petzold*) dieser Arbeit ein kritischer Diskurs ergänzender Perspektiven in die Ko-respondenz mit *Hermann Renz* eingebracht wurde. Dadurch wurde die erste Version dieser Arbeit wesentlich konzeptuell erweitert. Dieser Text ist ein wertvolles Dokument eines Auseinandersetzungsprozesses in einem Kerngebiet der Psychotherapie, das durch eine hohe Heterogenität der Konzepte ausgezeichnet ist und damit den Ideologiecharakter der Doktrinen der psychotherapeutischen Schulen zum Thema „Therapeutische Beziehung“ ausweist. Es dokumentiert auch die Schwierigkeiten, in die die Diskurse zwischen therapeutischen Schulen geraten, wenn sie denn in Angriff genommen werden. In dem vorliegenden Diskurs zeigen sich Möglichkeiten der Klärung, wenn interschulische Ko-respondenzen angegangen werden, es zeigen sich allerdings auch die Mühen und Schwierigkeiten, die auf diesem Wege auftauchen. Eigentlich müssten zwischen allen großen Therapierichtungen solche Ko-respondenzen begonnen werden, wenn man in einem langen Wege zu Annäherungen kommen will. Die Auseinandersetzung eines systemisch orientierten Therapeuten mit den integrativen Konzepten würden weitere Perspektiven eröffnen. Die Arbeit zeigt, hier ist eine Auseinandersetzung begonnen worden als *work in progress*, das nicht nur auf der Ebene eines einzelnen Therapeuten unternommen werden muss, um Konzept- und Sprachverwirrungen zu klären, sondern das von multidisziplinären Team angegangen werden müsste, um zu einer hinlänglichen Synchronisierung für den Umgang von Teams mit den Patienten zu kommen. Patienten sind leider oft genug einem Chaos von Beziehungsgestaltungen in solchen Teams ausgesetzt, was für den Einzelnen nur aushaltbar ist, so meine These, weil es jenseits der Schulendoktrinen *Grundprinzipien affiliaer Beziehungsgestaltung* gibt (*Petzold, Müller* 2005), die zwischenmenschliche Interaktion und Kommunikation steuern und in den Prozessen der Hominisation, also der Humanevolution ausgebildet wurden. Muster wie Affiliation und Reaktanz, von der Sozialpsychologie beforscht, müssten deshalb noch stärker in die klinische Theorienbildung und Praxeologie Eingang finden. Vielleicht könnten sie zur Klärung der in diesem Text und in ähnlichen Arbeiten dieser Art auftauchenden Schwierigkeiten beitragen. Ob sie eine „Metafolie“ bieten können, lässt sich derzeit nicht aussagen. Wohl allein nicht, weil auch der sozialpsychologische **Affiliationsansatz** (*Petzold, Müller*) natürlich auch für den klinischen Rahmen zugesamt werden müsste. Der phänomenologisch-hermeneutischen **Intersubjektivitätsansatz** (*Marcel, Levinas, Petzold*) kann eine anthropologische Metafolie bieten und eine Alltagstheorie der „Relationalität“ (Intimität/Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung, Abhängigkeit, Hörigkeit, *Petzold* 199b), aber auch diese müssten klinisch-praxeologisch zu einer klinischen Beziehungstheorie spezifiziert werden.

Ein erstes **integratives Modell** wurde von *Petzold* (1992a, 2003a, vgl. die Abb. in diesem Text) vorgelegt, das allerdings, wie diese Arbeit zeigt Investitionen der Aneignung notwendig macht.

Die großen Modelle von Beziehungstheorie und Theorie therapeutischer Beziehungen müssten im Praxiskontext sorgfältig verglichen und in ihrem explikativen Wert ausgewertet werden, ohne dass beim derzeitigen Wissensstand Hegemonialansprüche von irgendeiner Schule erhoben werden können. Die Dominanz des Übertragungs-Gegenübertragungsparadigmas, die im klinischen Feld aufgrund der Anciennität des psychoanalytischen Diskurses besteht, ist wissenschaftlich nicht zu rechtfertigen und behindert das Vorankommen einer umfassenden Theorie „therapeutischer Beziehung“, in der allerdings die Übertragungs-Gegenübertragungs-Perspektive einen angemessenen Platz haben wird, genauso wie die Perspektiven der Intersubjektivität.

1. Einleitung*

In dieser Arbeit habe ich eine neue Erfahrung gemacht. Ich habe sie als ein Selbsterfahrungsprozess, als eine persönliche Lernerfahrung, geschrieben.

Die Ausbildung war ein wichtiger Schritt zu mir selbst. Vielleicht ist es gerade das, was innerhalb einer Beziehung zu unseren Klienten so wichtig ist, nämlich authentisch zu sein, als interessierte Person verfügbar für einen Ko-respondenzprozess. Und hier geht es nicht darum, sich etwas beweisen zu müssen, sondern sich seiner Möglichkeiten und Grenzen bewusst zu sein.

Die Beziehung zum Klienten wird deshalb durch die Beziehung zu mir selbst und zu meinen Mitmenschen des eigenen Nahraumes über meine gesamte Biographie/Lebensspanne hin grundlegend vorbereitet. Mir fällt eine alkoholabhängige Klientin ein, die sich immer wieder selbst frustrierte, da sie ihre Wertigkeit am Erreichen bestimmter Ziele festmachte. Dies hatte zur Konsequenz, dass sie sich oft unzufrieden fühlte. Sie lernte allmählich, das eine vom andern zu trennen, konnte ihre Leistungsorientierung kritisch hinterfragen und erkannte Zusammenhänge. Die Beziehung zu sich selbst hatte sich verändert, sie war gerne mit sich unterwegs.

In die therapeutische Beziehung kann ich nur einbringen, was ich selbst in mir und an mir erlebt und hinlänglich (*Winnicott*) bearbeitet habe. Die Verwendung von Techniken und Vorgehensweisen stehen immer in Beziehung zur Individualität meiner Persönlichkeit und ihrer Kollektivität, nämlich meinem eigenen Herkommen. Kein Individuum ist ohne seinen internalisierten Kontext zu verstehen, wird ohne diesen Kontext sich selbstverständlich. Wenn ich in diesem Text die Möglichkeit einer subjektiven Gotteserfahrung thematisiere, so ist das natürlich Niederschlag meines „Kontextes/Kontinuums“.

In meiner Graduierungsarbeit war es mir wichtig, meine praktischen Erfahrungen in 18 Jahren Suchtarbeit mit Hilfe der Integrativen Therapie zu reflektieren und psychodynamisch-konflikttherapeutische Behandlungsansätze mit dem integrativen Ansatz zu verbinden. Ich habe deshalb immer wieder Beispiele einfließen lassen, um den Praxisbezug herzustellen.

2. Der Zugang „intersubjektiver Hermeneutik“ zur therapeutischen Beziehung

In der therapeutischen Beziehung geht es darum, das Leben des Klienten verstehbarer für ihn und für seine relevanten Bezugspersonen – und natürlich auch für den Therapeuten zu machen. Therapeut und Patient/Patientin zeichnen einen mehr oder weniger manifesten Sinn nach, und versuchen *gemeinsam* verborgenen Sinn aufzufinden, zu erhellen, um dadurch Sinn und Bedeutung menschlicher Lebensäußerungen besser zu verstehen, um dann *miteinander* – und der Patient in seiner Lebenswelt mit relevanten Menschen – Sinn zu schaffen, wieder und wieder (*Petzold, Orth 2004a, b*). Der Therapeut hilft seinem Klienten dabei, letztendlich wieder sich selbst *wahrzunehmen*, zu *erfassen* und zu *verstehen*, um sich selbst das Leben *erklären* zu können. Immer wieder kann es auch geschehen, dass der Patient für den Therapeuten eine Konfrontation wird – *Levinas* (1983) spricht von einer „Heimsuchung“ – und ihm Dinge zeigt, wo er eigentlich noch vor einer Entwicklungsaufgabe steht. Wo solches in Therapien nicht ab und an geschieht, ist dies ein Zeichen, dass etwas nicht gut läuft, der Therapeut unerreichbar ist, zu selbstgewiss ist, wirkliche „Mutualität“ (*Ferenczi*) und Intersubjektivität (*Marcel*) nicht erreicht wurde. Dies ist in sehr grundsätzlicher Weise im *Freudschen* Ansatz der Fall, seinem alttestamentlichen Gewissheitsanspruch. Erst in neuer Zeit beginnen Psychoanalytiker – noch sehr suchend und mit Mühen sich dem Intersubjektivitätsgedanken anzunähern (*Orange et al 2001*) – ohne sich mit *Levinas* oder *Marcel* auseinander zu setzen. Da wird noch ein langer Weg notwendig werden, denn obwohl sie *Ferenczi* jetzt benennen, haben sie nicht verstanden, was er mit „Mutualität“, mit wahrer Wechselseitigkeit, meinte (*Nagler 2003*). In der therapeutischen Beziehung steht – wie in menschlichen Beziehungen insgesamt – alles unter dem Prinzip der **Wechselseitigkeit** (vgl. die Abbildung).

* **Danksagung:** .Ich bin froh eine Partnerin zu haben, die mir die Zeit für diese Arbeit ermöglicht und mir den Rücken immer wieder frei gehalten hat: Meiner Frau Elisabeth einen herzlichen Dank.

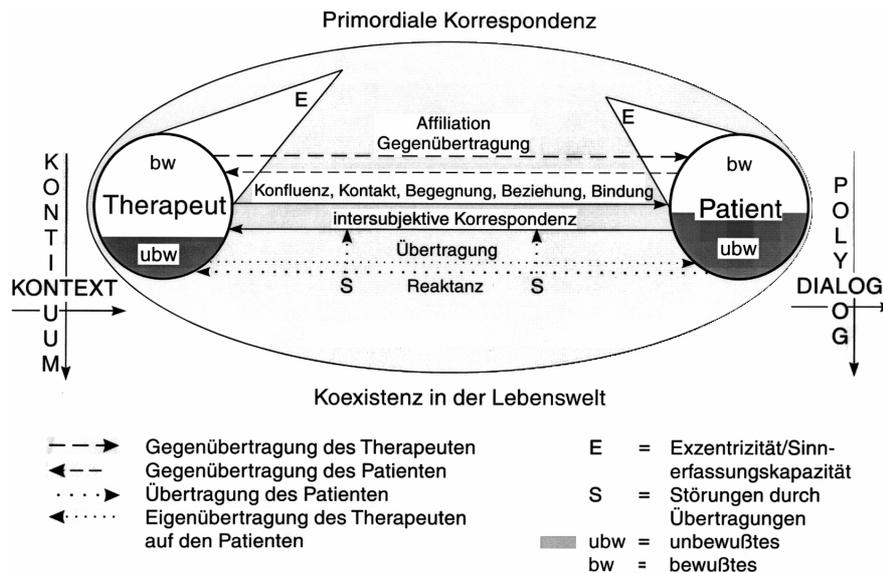


Abb. Das Modell der „Therapeutischen Beziehung“ in der Integrativen Therapie (Petzold 2003a)

Dieses Wahrnehmen/Erfassen/Verstehen in der dialogisch-therapeutischen Arbeit mit Suchtkranken führt dazu, dass abhängige Menschen Zusammenhänge erkennen, Suchtauslöser benennen können und im zwischenmenschlichen Prozess einen Zugang finden zu sich selbst und zu Anderen. Oft wird in erschreckender Weise deutlich, wie sehr diese Beziehung durch Suchtmittelmissbrauch verloren gegangen ist und Menschen beschädigt sind. Sie müssen häufig erneut entdecken: der Weg zu mir selbst führt nur über einen partnerschaftlichen Anderen: „Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum, darin liegt das Wesen des Menschen“ (Petzold 2003a)

Die Sprache – die verbale und nonverbale (Petzold 2004h) - ist das zentrale Medium, um diesen Prozess des Verstehens zu ermöglichen, wobei Mimik, Gestik und Haltung des Klienten wichtige Lebensäußerungen sind, die ein szenisches Verstehen (Lorenzer 1976, 138ff) ermöglichen. Der Therapeut wird sich deshalb bemühen, so umfassend wie möglich wahrzunehmen. „Dieses phänomenale Material gehört überwiegend dem Reich des sinnhaft-leiblich Wahrnehmbaren zu: dem Kinnästhetischen, Visuellen, Auditiven usw. (Petzold, Band II, 1993, S. 92).

Eine therapeutische Beziehung wird nur dann zustande kommen, wenn es dem Therapeuten möglich ist, die Stile zu erkennen, mit denen der Klient hauptsächlich kommuniziert. Ein Suchtkranker, der verlernt hat zu fühlen und darüber zu sprechen, wird eher visualisieren. Damit wir uns besser verstehen können, werde ich versuchen ihm in seinem Beziehungsstil zu begegnen. Es wäre eine Überforderung für ihn, würde ich ihn wiederholt nach seinem emotionalen Erleben in der jetzigen Situation fragen. Weiterhin könnte traumatisches Material dadurch angerührt werden, wovor er sich jetzt noch schützen muss. In dieser Situation wird sich aber auch der Therapeut seiner bevorzugten Darstellungssysteme bewusst sein müssen.

In der therapeutischen Beziehung achtet der Therapeut auf Inkongruenzen zwischen verbalen und nonverbalen Qualitäten in der Kommunikation. So wird er die anscheinende Gleichgültigkeit einer Klientin hinterfragen, die von ihrem Partner misshandelt wurde bzw. er wird zu verstehen versuchen, welcher Sinn sich dahinter verbirgt. Ein vertiefter hermeneutischer Zugang zum Erleben war mir immer wieder möglich, indem ich versuchte, mich in die Persönlichkeit meines Gegenübers mit seinen vielfältigen Rollen hineinzufinden, z.B. durch ein Rollenspiel, das gleichzeitig meinem Klienten eine Metaperspektive eröffnete. Ich werde so zum Mitspieler einer Inszenierung. Das dadurch Verstandene werde ich versuchen meinem Klienten so mitzuteilen, dass es zu einer sein Erleben ändernden Einsicht bzw. Erkenntnis führt, die in der intersubjektiven Praxis der therapeutischen Beziehung und seiner Alltagsbeziehungen umgesetzt werden kann, so dass sich im „Alltag als Übung“ in der gelebten Praxis, in einem anderen, neuen Miteinander neue Beziehungsstile zum Anderen und dadurch auch zu sich bahnen und neuronal verankern können. Die Einsicht ist nur ein erster Schritt.

Das in diesem Mitspiel ihm und mir verstehbar werdende – gemeinsam geschöpfter Sinn – kann dann in Begegnung und Auseinandersetzung dazu führen in Beziehungsarbeit nach und nach zu

alternativen Formen des „Sich-Beziehens“ (zum Anderen, zu Sich Selbst, zu den Dingen, zur Welt, ggf. zur Transzendenz, vgl. *Petzold* 2003a, 781ff, „Die Chance der Begegnung“) zu gelangen. Ziel unserer Arbeit ist es deshalb, Szenen und Prozesse **wahrnehmbar, erfassbar** und **verstehbar** zu machen, damit das Geschehen uns, dem Klienten und mir, **erklärbar/erklärlich** wird, d. h. dass existentielle Klarheit und *Sinn* gewonnen wird, denn Sinn, bedeutsamen Sinn, hat man nie nur für sich, man hat ihn mit anderen: *Konsensus*. In der therapeutischen Beziehung wird „das Verstandene gemeinsam getragen, ertragen, geteilt und verändert“ (*Petzold*, Band II 1993, S.94). Es entsteht ein hermeneutischer Prozess, in dem Erkenntnis gewonnen wird über das Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen und Erklären. Die daraus entstandene neue Sicht auf die Phänomene kann in einen neuen Zyklus dieses Ablaufes führen. Als Beispiel möchte ich hier eine 46-jährige alkoholabhängige Frau nennen, die wahrnimmt und erfasst, dass sie gegenüber ihrer Mutter keine eigene Meinung haben durfte. Die Haltung der Mutter wird nicht zuletzt auf Grund deren Alkoholproblematik bzw. tiefer religiöser Überzeugungen verständlicher, ein anderes Denken der Tochter hätte sie in ihrem Glauben bzw. Lebenskonzept verunsichert. Die Tochter versteht ihre Funktion im System und kann erklären, warum es ihr gegenüber ihrem dominanten Partner schwer fällt, sich durchzusetzen. Ihr werden Zusammenhänge deutlich, Erkenntnisse, die sie nun in ihrer Lebenspraxis einübend umsetzen muss, bis sie einen neuen Beziehungsstil in ihrem sozialen Netzwerk gefunden hat,

3. Therapeutische Beziehung als Ko-respondenzprozess

„Ko-respondenz ist ein synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls-, und Vernunftebene über ein Thema unter Einbeziehung des jeweiligen Kontextes.

Ziel von Ko-respondenz ist die Konstituierung von Konsens, der in Konzepten Niederschlag finden und zu kooperativem Handeln führen kann.

Voraussetzung für Ko-respondenzprozesse ist die wechselseitige Anerkennung subjektiver Integrität, die durch Konsens bezeugt wird, und sei es nur der Konsens darüber, miteinander auf der Subjektebene in den Prozess der Korrespondenz einzutreten“ (*Petzold* 1978, S. 35 in *Petzold*, Die Rolle des Therapeuten ... 1996, S. 242).

„Scheitern von Korrespondenz führt zu Entfremdung, Frontenbildung, Krieg“ (*Petzold* 1993, Band I, S. 50).

Diese Ausführungen von *Petzold* beschreiben auf eindrückliche Weise den Prozess, das Ziel und die Voraussetzungen von Kommunikation bzw. Interaktion. Der suchtkranke Klient kommt eigen- oder fremdmotiviert an die Beratungsstelle, weil dieser Prozess der Korrespondenz wahrscheinlich schon früh gestört wurde. Die 46-jährige alkoholabhängige Frau konnte ihrer Mutter auf der Gefühls- und Vernunftebene nicht begegnen bzw. nur zu den Bedingungen, die ihre Mutter vorgab. Es konnte keine Übereinstimmung bzw. Konsens erzielt werden, ihre subjektive Integrität wurde nicht beachtet, ein Entfremdungsprozess trat ein nicht nur gegenüber der Mutter sondern auch gegenüber sich selbst. In dieser Entfremdung baute sie später die Beziehung zum Alkohol auf.

Im Ko-respondenzprozess ist „die Gesamtheit von Wirkungen mehr und etwas anderes als die Summe der Teilwirkungen“ (*Petzold* 1993, Die Rolle des Therapeuten ... , S. 242). Dies wird oft in Atmosphären gespürt, bzw. Einsichten erkannt. Kommunikationsmedium sind die Sprache der Worte und der Gesten.

In der Behandlung von Suchtkranken kommt es vor, dass keine gemeinsame Sprache möglich ist. Dies häufig vor dem Hintergrund, dass der suchtkranke Mensch noch nicht in der Lage ist, auf seinen Beziehungspartner zu verzichten. Hier kann es vorkommen, dass ein Ko-respondenzprozess zum Inhalt hat, die Unterschiedlichkeit der Ansichten festzustellen. Rückblickend kann ich sagen, dass ich in meinen ersten Jahren in der Arbeit mit Suchtkranken mit diesem Punkt meine Schwierigkeiten hatte.

Therapeutische Beziehung ist Ko-respondenzprozess. Die integrative Therapie grenzt sich hier von der Psychoanalyse ab, die sich auf das Übertragungsgeschehen reduziert und Begegnung im eigentlichen Sinn vermeidet.

Die Begegnungsfähigkeit ist dem Menschen grundgelegt. Das Ich wird in der Begegnung mit dem Du (*Petzold* 1993, Band III, S. 1052). Begegnung ist ein zwischenmenschliches Ereignis mit der Möglichkeit **wechselseitiger Bezogenheit**, die eine Gleichheit auf einer existentiellen Ebene voraussetzt, damit kein Gefälle entsteht.

4. Relationen der Bezogenheit

4.1. Konfluenz

„Konfluenz ist die unabgegrenzte Daseinsform des Menschen in totaler Koexistenz, wie sie einerseits in ihrer originären Form die Embryonalzeit kennzeichnet, in der die Flut der Propriozeptionen und Exterozeptionen noch nicht durch differenzierende Wahrnehmung strukturiert wird, die das eigene vom anderen scheidet, und wie sie andererseits in Ganzheits- und Verschmelzungserfahrungen positiver und pathologischer Art von Erwachsenen erlebt werden kann“ (Petzold 1993, Band III, S. 1066).

Konfluente Beziehungen in der Arbeit mit Suchtkranken zeigen sich dort, wo sich Klienten oft schon im ersten Gespräch ohne Wahrung ihrer Identität dem Therapeuten ausliefern, ihn idealisieren und das Gesagte unkritisch übernehmen. Ich denke hier an eine 44-jährige alleinstehende Frau, die seit Jahren in einer Beziehung mit einem verheirateten Mann lebt, der sie mit seinen Verhaltensweisen zu quälen scheint. Genau so wenig, wie sie es schaffte, sich ihm gegenüber abzugrenzen, wollte sie sich auch mir ausliefern, indem sie sich ohne Konturen und handlungsunfähig zeigte.

4.2. Kontakt

„Kontakt ist im wesentlichen ein Prozess leiblich konkreter, differenzierender Wahrnehmung, der das Eigene von Fremdem scheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch die Stabilisierung einer Innen-Außen-Differenz die Grundlage der Identität schafft“ (Petzold 1993, Band III, S. 1066).

Die o.g. Frau war zu diesem Kontakt nicht in der Lage, sondern reagierte gleich mit Konfluenz.

4.3. Begegnung

„Begegnung ist ein wechselseitiges emphatisches Erfassen im Hier und Jetzt geteilter Gegenwart, bei dem die Begegnenden im frei entschiedenen Aufeinanderzugehen ganzheitlich und zeitübergreifend ein Stück ihrer Geschichte und ihrer Zukunft aufnehmen und in einen leiblichen (d.h. körperlich-seelisch-geistigen) Austausch treten, eine Berührtheit, die ihre ganze Subjekthaftigkeit einbezieht. Begegnung ist also ein Vorgang, in dem sich Intersubjektivität lebendig und leibhaftig realisiert“ (Petzold 1993, Band III, S. 1068).

Während jede Begegnung Kontakt beinhaltet, bedeutet nicht jeder Kontakt zugleich Begegnung. Hier nehme ich jemanden wahr, erkenne und erfasse ihn. Es entsteht Intersubjektivität auf einer Ebene der Gleichwertigkeit.

Ein Beispiel wären hier meine Begegnungen auf einer Bergtour mit anderen Wanderern, die die gleichen Strapazen auf sich nahmen und schnell ein gemeinsames persönliches Gespräch zustande kam vor dem Hintergrund des gemeinsamen Zieles und der damit verbundenen Anstrengung.

4.4. Beziehung

„Beziehung ist die in die Dauer getragene Begegnung, eine Kette von Begegnungen, die neben gemeinsamer Geschichte und geteilter Gegenwart eine Zukunftsperspektive einschließt, weil die frei entschiedene Bereitschaft vorhanden ist, Lebenszeit miteinander in verlässlicher Bezogenheit zu leben“ (Petzold 1993 Band III, S. 1069). Beziehung setzt die Fähigkeit zu Abgrenzung und Berührung, Konfliktprägnanz und Kompromissbildung, wechselseitiger Einfühlung und gemeinsamem Realitätsbezug voraus (Rahm u.a. 1999, S. 170). Beziehungen sind gewollt, von Dauer und verlässlich. Sie beinhalten die Fähigkeit zu Kontakt und Begegnung.

Dies macht deutlich, dass der suchtkranke Mensch in seinem Beziehungsverhalten beschädigt wurde. Es reduziert sich oft auf die Beziehung zu seinem Suchtmittel, wobei die Bezeichnung hier nicht zutrifft. Ihre Fähigkeiten zu Kontakt und Begegnung sind aus den o.g. Gründen häufig unzureichend vorhanden.

4.5. Bindung

„Bindung entsteht durch die Entscheidung, seine Freiheit zugunsten einer freigewählten Gebundenheit einzuschränken und eine bestehende Beziehung durch Treue, Hingabe und Leidensbereitschaft mit der Qualität der Unverbrüchlichkeit auszustatten“ (Petzold 1993 Band III, S. 1070).

Auch hier sind die vorgenannten Modalitäten konstituierende Bestandteile, damit Bindung entstehen kann. Menschen, die in ihrer Herkunftsfamilie mit der Beziehungsunfähigkeit der Eltern konfrontiert wurden, können oft die erforderlichen Fertigkeiten nicht ausbilden, um letztendlich eine feste Bindung zu entwickeln. Der Mensch wird durch und in der Zwischenmenschlichkeit zum Mensch und erfüllt dadurch seine Grundbedürfnisse. Der suchtkranke Mensch wird deshalb in einer Behandlung durch Beziehung auf den Weg der Heilung kommen können. Petzold, Müller (2005) fügen noch hinzu:

4.6 Abhängigkeit

Ist eine Gebundenheit auf Kosten persönlicher Freiheit, was als naturwüchsiges „attachment“ bei Kindern strukturell vorgegeben ist, oder sie ist bindungsgegründetes sozial sinnvolles Verhalten etwa bei pflegebedürftigen Erwachsenen im Nahraum von sozialen Beziehungen und Netzwerken. Sie kann aber auch pathologische Qualitäten haben etwa bei neurotischen Abhängigkeiten, suchtspezifischen Koabhängigkeiten, Kollusionen.

Abhängigkeiten können auch in therapeutischen Beziehungen oder durch Gurugehabe in therapeutischen Gruppen entstehen, Phänomene, die sehr sorgsam beachtet werden müssen. Bei Abhängigkeitssituationen von PatientInnen muss sorgfältig geprüft werden, ob es sich nicht um strukturelle Abhängigkeiten handelt (Versorgungssituationen) oder ob schicht- und ethniespezifische Faktoren zum Tragen kommen, bei denen ggf. die normativen Systeme von TherapeutInnen der gehobenen akademischen Mittelschicht nicht greifen. Hier können leicht Fehler zu Lasten von PatientInnen gemacht werden.

4.7. Hörigkeit

Beinhaltet massive, pathologische Abhängigkeit noch überschreitende Qualitäten, weil Grundrechte und Rechte verletzende Freiheitseinschränkungen, psychische und z. T. reale Freiheitsberaubung, bis zur Versklavung entritt (oft auf sexueller Ebene bei Zuhälterprostitution, sadomasochistischen Abhängigkeiten oder auf wirtschaftlicher Basis bei Schuldensklaverei, Erpressung usw.

Hörigkeit ist therapeutisch äußerst schwer zu bearbeiten, weil Geschichten pathologischer Abhängigkeit, Traumatisierungen, Gewalt- und Missbrauchserfahrungen schwerste psychische und physische Schäden zur Folge haben, die kausaler und aktueller Bearbeitung bedürfen und zuweilen Bedrohungen durch einen Täter (gewalttätige Partner) gewärtig sein müssen. Auch in Psychogruppen und Sekten können Hörigkeiten entstehen, selten aber doch vorfindlich, auch in Psychotherapien“ (Petzold, Müller 2005).

4.8 Beziehung zu mir selbst

Schon bevor ich die Integrative Therapie kennen lernen konnte, sprach ich meinen Klienten gegenüber davon, dass sie lernen können, sich ein wohlwollender Begleiter zu sein. In der IT wird hier der Begriff des inneren Beistandes verwendet. Ein liebevolles Umgehen mit sich selbst ist nicht mehr möglich, da zu viele Enttäuschungen und Selbsttäuschungen, Negativzuschreibungen und verlorene Kämpfe das Selbst geprägt haben. Neben Beziehungsverlusten innerhalb der Familie, Freunden und Bekannten hat die Beziehung zur Person selbst auch Schaden genommen.

In der therapeutischen Beziehung kann der suchtkranke Mensch lernen, auch sich selbst gegenüber wieder eine andere Beziehung zu leben, in Wertschätzung der eigenen Person und im Verlernen alter Bewertungen, die sich schon früh eingegraben hatten. An dieser Stelle möchte ich noch einmal an die 46-jährige suchtkranke Frau erinnern, die schon früh bemerkte, dass sie den elterlichen Erwartungen nicht entsprechen konnte. Entwertungen waren die Folge und ein Leben in Ungewissheit, ob der eigene Weg, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse „richtig“ waren. Sie konnte der Stimme des inneren Beistandes nicht vertrauen, da sie fremdartig erschien.

4.9 Beziehung zu Gott

Ich habe mir lange überlegt, ob ich versuchen soll, auch etwas über die Beziehung zu Gott zu schreiben. Aber ein Wortgottesdienst heute morgen, den ich zusammen mit einer Frau geleitet habe, lässt es mich versuchen.

In der aufsuchenden Drogenarbeit im Strafvollzug mache ich immer wieder die Erfahrung, dass drogenabhängige Menschen in den ersten Wochen der Inhaftierung massiv Schuldgefühle entwickeln. Durch ihr Eingesperrt-sein haben sie zudem nicht die Möglichkeit, in Beziehung zu treten zu den Menschen, denen sie letztendlich Leid angetan haben. Dies ist eine existentielle Erfahrung, die massive Belastungen nach sich zieht. Drogenkonsum im Vollzug ist vor diesem Hintergrund schon beinahe verständlich.

Es gibt drogenabhängige Gefangene, die in dieser Situation die Beziehung zu Gott suchen. Sie erleben hier eine Glaubenserfahrung, die darin besteht, dass sie sich trotz dieser Schuld angenommen fühlen können. Dies kann eine Voraussetzung dafür sein, den Weg auch wieder zu sich selbst und den Mitmenschen zu suchen. Dieser Weg kann durch die Beziehung zu einem Seelsorger begleitet werden (*Petzold 2005b*). Es ist für den Menschen meines Erachtens grundgelegt, dass er in seinem Streben nach Beziehung auch in gewisser Weise dieses Bedürfnis nach Transzendenz befriedigen kann.

4.10. Die Bindung an das Suchtmittel: Abhängigkeit

Sie taucht in meiner Arbeit zwar immer wieder auf, trotzdem möchte ich mir an dieser Stelle Zeit nehmen, grundsätzliches zum Thema Abhängigkeit bzw. zur Person des Abhängigen zu sagen. Der ICD 10 nennt verschiedene Merkmale zur Diagnose einer Abhängigkeit:

- Der Wunsch bzw. der Zwang zur Einnahme einer psychotropen Substanz.
- Verminderte Kontrollfähigkeit des Konsums.
- Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung des Konsums.
- Toleranzentwicklung, d.h. ich brauche immer mehr, um die gleiche Wirkung zu erzielen.
- Andere Interessen werden zu Gunsten des Konsums zurück gestellt.
- Anhaltender Substanzkonsum, obgleich die negativen Auswirkungen bekannt sind. (ICD – 10 Kapitel V (F) 2000, S. 92f).

Der Suchtkranke befindet sich in einem Ambivalenzkonflikt. Er spürt seine Abhängigkeit und möchte mit dem Konsum aufhören, will aber auch nicht auf die entlastende Wirkung seines Suchtmittels verzichten. Die Abhängigkeit von seiner Droge ist über viele Jahre gewachsen durch Bedingungsfaktoren (Wechselspiel aus Persönlichkeit, Droge und Umfeld) die heute für ihn zu Beginn einer Behandlung gar nicht mehr greifbar sind. Die IT sieht als Hintergründe die Schädigungen des archaischen Leib-Selbst. Um überleben zu können, muss ein starker Stimulus (durch die Droge) gefunden werden. In der Folge davon konnte der Suchtkranke kein stabiles Ich aufbauen und tendiert zu pathologischer Konfluenz. Die 5 Säulen seiner Identität konnte er nur unzureichend entwickeln. Sein Beziehungsverhalten wurde durch das Suchtmittel geprägt. Sein Beziehungspartner ist bekannt, verlässlich und verfügbar. Ihn zu verlassen würde bedeuten, sich auf etwas unbekanntes oder zumindest schon lange nicht mehr gekanntes einzulassen. Es wird deutlich, dass die Droge eine Ersatzfunktion hat, mit der er konfluent bleiben möchte. Auch wieder ein Hinweis auf nicht verarbeitete Trennungserlebnisse.

In der therapeutischen Beziehung begegnet der Suchtkranke dem Therapeuten gegenüber oft fremdmotiviert. Durch viele vorangegangene Erfahrungen misstraut er ihm, da er ihm ja auch nur sein Suchtmittel wegnehmen möchte. In einer geglückten th. Beziehung wird der Klient verschiedene Motivationsphasen durchlaufen, die Aßfalg wie folgt auflistet:

- Ahnungen zur Problematik des Suchtmittelmissbrauchs.
- Phase der Problematisierung.
- Erkennen der eigenen Hilflosigkeit und entwickeln einer Behandlungsbereitschaft.
- Auseinandersetzung mit der Persönlichkeitsproblematik.
- Bejahen von (lebenslanger) Abstinenz (*Aßfalg u. Rothenbacher 1987, Die Diagnose der Suchterkrankung*).

Weiterhin geht es *Aßfalg* um die Diagnose der sozialen Situation, der Psychodynamik und der körperlichen und seelischen Folgeerkrankungen.

Ergänzend dazu die 4 Phasen des Four- Steps - Modells, das in manchen Fachkliniken bzw. Wohngemeinschaften zum Tragen kommt:

- Sich für die Gemeinschaft **entscheiden** und auf Regression einlassen.
- Den Mitpatienten **begegnen**, von ihnen lernen und eigene Identität entwickeln.
- Auf der kognitiven emotionalen und sozialen Ebene **wachsen** in einem Nachreifungsprozess.
- **Verantwortung** übernehmen für das eigene Leben.

In der IT wird eine prozessuale Diagnostik angewandt, die sich auf folgende Bereiche bezieht:

- Ursachenanalyse: Worin bestehen die Schädigungen (Defizite, Traumatisierungen, Störungen, Konflikte)?
- Bedürfnis-, Zielanalyse: Was sind die Wünsche und Hoffnungen?
- Lebenswelt- und Kontextanalyse: Hier geht es um das jeweilige Milieu mit seinen Werten und Normen, den Zeitgeist und die Lebensstile.
- Kontinuumanalyse: Lebenswelt und Biographie der Eltern und die damit verbundenen Szenarien.
- Ressourcenanalyse: Was ist gesund und funktionsfähig, was beschädigt und könnte repariert werden, wo ist Verzichtleistung bzw. Substitution erforderlich (*Kalkum* 2000, Zettelkasten, D, S. 2).

5. Ziele der therapeutischen Arbeit

Die Rolle des Therapeuten wird durch das Menschen- und Weltbild seines Verfahrens geprägt. Daraus ergeben sich ebenfalls die Methoden und Techniken bzw. Ziele.

5.1. Erhalt und Gewinn von Grundvertrauen

Petzold entwickelt in Abgrenzung zu Ericson, der von Urvertrauen sprach, den Begriff des Grundvertrauens, das sich nicht in der Beziehung zur Mutter entwickeln muss, sondern grundsätzlich vorhanden ist (Die Rolle des Therapeuten ... 1996, S. 231). Dieses Grundvertrauen ermöglicht eine Bewusstheit darüber, eingebettet und getragen zu sein. Es ist ebenfalls die Basis therapeutischen Handelns.

Heilung wird dort möglich wo „diese Ebene primordialer Koexistenz zum Schwingen kommt“ (Die Rolle des Therapeuten ... 1996, S. 232). Ich möchte an dieser Stelle meine Supervisionserfahrung einfließen lassen, in der ich gerade dieses Schwingen sehr gut auch jetzt nacherleben kann. Grundvertrauen kann sich wieder entwickeln in der therapeutischen Beziehung und dem Gefühl, mit dem Therapeuten zu sein. Es ist die Grundlage für Wachstumsprozesse, setzt aber auch die Bereitschaft des sich Einlassens auf Beziehung voraus. Die Fähigkeit zum Grundvertrauen muss nicht erarbeitet werden, sondern ist vorhanden und wird geweckt durch leibliche Begegnung. Grundvertrauen in und durch die Beziehung zu Gott stellt hier trotzdem meines Erachtens eine Besonderheit nicht-leiblicher Art dar.

5.2. Förderung von Identität

Identität konstituiert sich im „Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum“ (*Petzold* 1996, Die Rolle des Therapeuten ..., S. 233). In der Konvergenz von Selbst- und Fremdwahrnehmung bzw. aus Ko-respondenzprozessen darüber entstehen Konflikte wenn das Bild von mir selbst bzw. das Bild, das andere von mir haben, zu weit auseinander gehen. Identität, die also wieder aus der Wechselseitigkeit des Ichs mit dem Du erwächst, braucht Beziehung. Diese Beziehung, wie schon oben beschrieben, verändert sich im Laufe der Suchtkarriere dahingehend, dass sich der abhängige Mensch diesem Prozess der Identitätsbildung entziehen muss, da er durch die Fremdwahrnehmung zu sehr einseitig belastet wird. Identität regrediert zu einem Sammelsurium aus Erinnerungen und Wunschbildern.

In der therapeutischen Beziehung wird der Therapeut nun Dialogpartner, der innerhalb dieses Prozesses wieder eine wichtige Rolle bekommt. Innerhalb der 5 Säulen des Supports (bzw. der Identität) wird der Therapeut mit seinem Ko-respondenzpartner darum bemüht sein, in den Bereichen Leiblichkeit, sozialer Kontext, materielle Sicherheit, Arbeit und Leistung, Werte Identitätsfindung voranzutreiben.

In seiner Leiblichkeit nimmt der Suchtkranke seine Gebrechlichkeit wahr und erfährt entsprechende Fremdattributionen. In seinem sozialen Netzwerk erlebt er Brüche, die er versucht, durch die Beziehungsaufnahme mit Gleichgesinnten auszugleichen. Im Bereich Arbeit, Leistung und Freizeit wird er daran erinnert, dass er schon wieder unentschuldig gefehlt hat und seine Leistungsfähigkeit geringer wurde. Materielle Sicherheiten sind oft nur in geringem Umfang vorhanden, Verschuldung die Regel. Bzgl. seiner Werte und Normen, d.h. den Dingen, an die er glauben kann und möchte, gab es auch schon tiefgreifende Erschütterungen.

Durch Ko-respondenzprozesse in der therapeutischen Beziehung können diese 5 Säulen der Identität restituiert werden. Der Suchtkranke erfährt, dass seine Identität vertragen und getragen wird und kann sich so auf den gemeinsamen Weg mit dem Therapeuten machen.

5.3. Aufbau eines sozialen Unterstützungsnetzwerkes

Unter einem sozialen Netzwerk wird „ein unter einem spezifischen Erkenntnisinteresse vorgenommener Ausschnitt der sozialen Beziehungen eines Individuums zu anderen Personen unter Einbeziehung der Beziehungen dieser Personen untereinander“ (Hass/Petzold, Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke ... , S. 194) verstanden. Im Netzwerk zeigt sich ein „multizentrisches Geflecht differentieller Relationen in der Zeit zwischen Menschen (und ggfls. Institutionen) die zueinander in unterschiedlichen Bezügen stehen“ (ibid. S. 195) bzw. Austauschverhältnissen. „Netzwerke sind Strukturen, die eine Matrix für verschiedene Inhalte, wie etwas soziale Unterstützung und soziale Sinnsysteme, bereitstellen“ (ibid. S. 195).

Diese soziale Unterstützung wird im Rahmen von Netzwerkanalysen als Ressource bzw. aktivierbares Potential untersucht. Unterstützungsnetzwerke sind nicht nur Familie oder Verwandtschaft. Die Anzahl von Netzwerkkontakten ist nicht gleichbedeutend mit der Qualität von Unterstützung. Während die Familie die kontinuierlichste instrumentelle Unterstützung leistet, scheinen Freunde und Bekannte eher für aktuelle kognitive Unterstützung und Information zuständig zu sein.

In der Netzwerkanalyse geht es also um Qualität und Quantität von Beziehungen, den Abstand, den die Individuen vom Kernindividuum haben, die Verbindungen der das Kernindividuum umgebenden Personen untereinander, die Stellung des sozialen Atoms zu anderen sozialen Atomen, die Tragfähigkeit eines Netzwerkes auf Grund der Ressourcenvorräte bzw. Unterstützungsbereitschaft der Mitglieder und die Fähigkeit der gemeinschaftlichen Nutzung dieser Potentiale.

Die Netzwerkkarte ist hier in der therapeutischen Arbeit eine wichtige Hilfe, um diese Analyse zu ermöglichen. Sie hat den Vorteil, dass der Klient nicht nur über seine Beziehungen spricht, sondern sie auch visualisieren kann. Sie zeigt den Klienten (soziales Atom) und die ihn umgebenden Beziehungen in unterschiedlicher Nähe und Distanz. In der Arbeit mit Suchtkranken wird dadurch eher eine Umfeldorientierung möglich. Hier geht es darum, die Unterstützungsarten ausfindig zu machen. Dies betrifft Bereiche wie emotionale Stabilisierung (emotional support), finanzielle bzw. die Unterstützung bei lebenspraktischen Fragen (Instrumental support), Informationsvermittlung und Beratung (Informational support) und den Bereich der Wertschätzung, Anerkennung und Bestätigung (Appraisal support) (ibid. S. 197).

In der Netzwerkarbeit geht es auch darum, dass suchtkranke Klienten lernen, zwischen geeigneter und ungeeigneter Unterstützung zu unterscheiden. Ein Alkoholklient, der einen Arbeitsplatz bei einem Freund gefunden hat, freut sich darüber, realisiert aber nicht, dass seine potentielle Rückfallgefährdung als Bedienung in einer Wirtschaft zu groß ist. Hier ist es erforderlich, an einer realistischen Einschätzung zu arbeiten. Das gleiche betrifft den, der glaubt, alleine mit allem fertig zu werden, und sich nicht getraut, Hilfen in Anspruch zu nehmen.

Die Zusammenarbeit mit Netzwerken hat Einfluss auf die Therapiemotivation bzw. den Verlauf einer Therapie. Der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe ist hier ein wichtiger Schritt. Netzwerkarbeit bedeutet Beziehungsarbeit. Verändertes Beziehungsverhalten durch die Fähigkeit zu intersubjektiver Korrespondenz verändert Beziehungen im Netzwerk und wird damit zu einer effektiven Rückfallprophylaxe.

5.4. Konstituierung von Sinn

„Sinn scheint in Zusammenhängen auf, die wahrnehmend und handelnd erschlossen werden“ (Petzold 1996, Die Rolle des Therapeuten ..., S. 236).

In meiner Jugendzeit kam ich zu der Erkenntnis, dass der Sinn des Lebens das Leben selbst ist und zwar mit allen seinen verschiedenen Facetten. Dies entsprang aus einer Begeisterung über Zwischenmenschlichkeit und einer ursprünglichen Wahrnehmung alles Seienden. Heute kann ich sagen, dass Sinn, so verstanden, das Ergebnis von Ko-respondenzprozessen ist. Sinn wird erlebt und gelebt in Beziehung.

In der Arbeit mit Suchtkranken scheint dieser Sinn oft nicht greifbar. Drogenabhängige im Strafvollzug entwickeln nach einer Phase der Niedergeschlagenheit mit Schuldgefühlen Phantasien, wie es nach der Haftzeit weitergehen könnte. Sinn erscheint hier als Familie, Freundin, Arbeit, und es jetzt „endlich verstanden zu haben“. Hinter Gittern bleibt nur dieser Bereich der Kognitionen bzw. Selbsttäuschungen. Es kann nur wenig erprobt werden.

Sinn wird hier trotzdem erfahrbar in der intersubjektiven Beziehung zu manchen Berufsgruppen. Es macht Sinn, über Gefühle zu sprechen oder in einem Rollenspiel einen Verhaltensmodus erlebniszentriert zu verdeutlichen. Es macht Sinn, einem 41-jährigen alkoholabhängigen Mann emphatisch zuzuhören, wenn er über seine Missbrauchserfahrung spricht, und dies zum ersten Mal mit einem anderen teilt. Die Liste ließe sich fortsetzen.

Und es wird für mich wieder deutlich, dass die Konstituierung von Sinn nur über die intersubjektive Beziehung möglich ist. Sinn wird gemeinsam erfahren und geteilt.

5.5. Konstituierung von Intersubjektivität

Intersubjektivität bedeutet in der Beziehung zum anderen, ein ehrliches Interesse an ihm zu haben, frei von Übertragungen und Projektionen. Die beiden Partner sind hier gleichgestellt (intersubjektiv), was in Korrespondenzprozessen immer wieder erarbeitet werden muss (Kalkum, Zettelkasten I, S. 7). Rahm sieht hier „eine innere Haltung, die immer das Bewusstsein mitlaufen lässt, dass aus der Warte des anderen die Welt anders aussehen kann, als aus meiner eigenen Warte“ (Rahm u.a.1999, Einführung in die integrative Therapie“, S. 32).

Damit ist Intersubjektivität eine Voraussetzung für Ko-respondenz und Wachstumsprozesse. Vor diesem Hintergrund sehe ich mehr und mehr auch die interdisziplinäre Arbeit in der Suchtkrankenhilfe bzw. auch meine vier Teams, in denen ich tätig bin auf Grund der verschiedenen Aufgabenschwerpunkte. Ein Zwischenergebnis in aller Vorläufigkeit ist schon heute, dass sich pädagogische und therapeutische Teams schwerer tun, Ko-respondenz und Intersubjektivität umzusetzen als z.B. ein Team von Beamten unter Leitung eines Bereichsdienstleiters im Vollzug. Ich kann an dieser Stelle leider nicht weiter darauf eingehen, weil es den Rahmen meiner Arbeit sprengen würde.

Dies hat Auswirkungen auf die Ergebnisse von Korrespondenz und somit auch auf die Arbeit mit Klienten.

In meiner Tätigkeit als Suchtbeauftragter im Diakoniewerk (20 % meines Zeitbudgets) hatte ich vorgestern ein Erstgespräch mit einem alkoholabhängigen 43 jährigen Aussiedler aus Kasachstan. Er war durch wiederholten Alkoholmissbrauch auffällig geworden und hatte die Auflage, sich mit mir in Verbindung zu setzen. Auf Grund der Sprachprobleme war ein Übersetzer dabei, dessen drogenabhängigen Sohn ich auch schon betreute.

Intersubjektivität zeigte sich hier darin, dass ich durch seine Situation, die ich von meinen Eltern, die ebenfalls Aussiedler sind, nachempfinden und ihn dies spüren lassen konnte. Dies betraf das Thema Integration, sein Rollenverständnis und die Abhängigkeit von seiner Frau, die jetzt besser deutsch sprechen kann als er, und die er braucht, um Ämtergänge zu erledigen und das Gefühl, die Heimat zu vermissen. Ich konnte ihm sagen, dass ich seine Leistungen bewundere, die er hier in der BRD erbracht hat, zwei Sprachen sprechen kann und mit dafür sorgen konnte, dass es seinen beiden Kindern, die jetzt 15 bzw. 18 Jahre alt sind, gut geht, sie in Ausbildung sind und keine Auffälligkeiten zeigen.

Intersubjektivität bedeutet persönliches Engagement für den anderen. Vor ungefähr 20 Jahren fragte mich ein guter Bekannter, an was er merken würde, dass das Sozialpädagogikstudium für ihn das richtige wäre. Ich sagte ihm damals, er müsste das Interesse am andern spüren. Eine Voraussetzung für Intersubjektivität.

Intersubjektivität bedeutet in der Suchtkrankenarbeit Gleichrangigkeit im Prozess. Den anderen in seiner Wahrnehmung und Entscheidungsfähigkeit ernst zu nehmen. Den Abhängigen, der sich in meiner Drogengruppe im Vollzug traut, zu sagen, dass er wahrscheinlich nicht auf Drogen verzichten kann, kann ich mittlerweile für seine Offenheit loben, während er sonst für solche Aussprüche eher Kritik erntet, und deshalb gelernt hat, sich zu verstellen. Ihn in dieser Phase anzunehmen, ermöglicht eher Intersubjektivität und Ko-respondenz. In der Arbeit mit Suchtkranken muss ich immer wieder lernen, meine eigenen Interessen von denen meiner Klienten zu trennen, um nicht in einem falsch verstandenen Leistungsdenken Beziehungen unnötigerweise zu belasten.

5.6. Förderung von Kompetenzen und Performanzen

„Unter Kompetenz verstehen wir alle Fähigkeiten und Kenntnisse, die zur Erreichung einer bestimmten Zielsetzung notwendig sind. Unter Performanz werden die Fähigkeiten gefasst, diese Potentiale auch im praktischen Vollzug umzusetzen (Petzold/Sieper 1976; Petzold 1979b)“ in Petzold 1996, Die Rolle des Therapeuten ..., S. 241).

Es wird hier unterschieden zwischen Personaler Kompetenz bzw. Personaler Performanz, Sozialer Kompetenz bzw. Sozialer Performanz und Lebenspraktischer Kompetenz bzw. Lebenspraktischer Performanz.

Ich möchte nachfolgend am Beispiel der 46-jährigen alkoholabhängigen Frau darauf eingehen. Ergänzend dazu verwende ich den „Theorie-Praxis-Zyklus im vierstufigen Korrespondenzprozess“ (Petzold, s.o., S. 240) von Petzold.

Es geht dabei um die Verbindung von Theorie und praktischem Handeln.

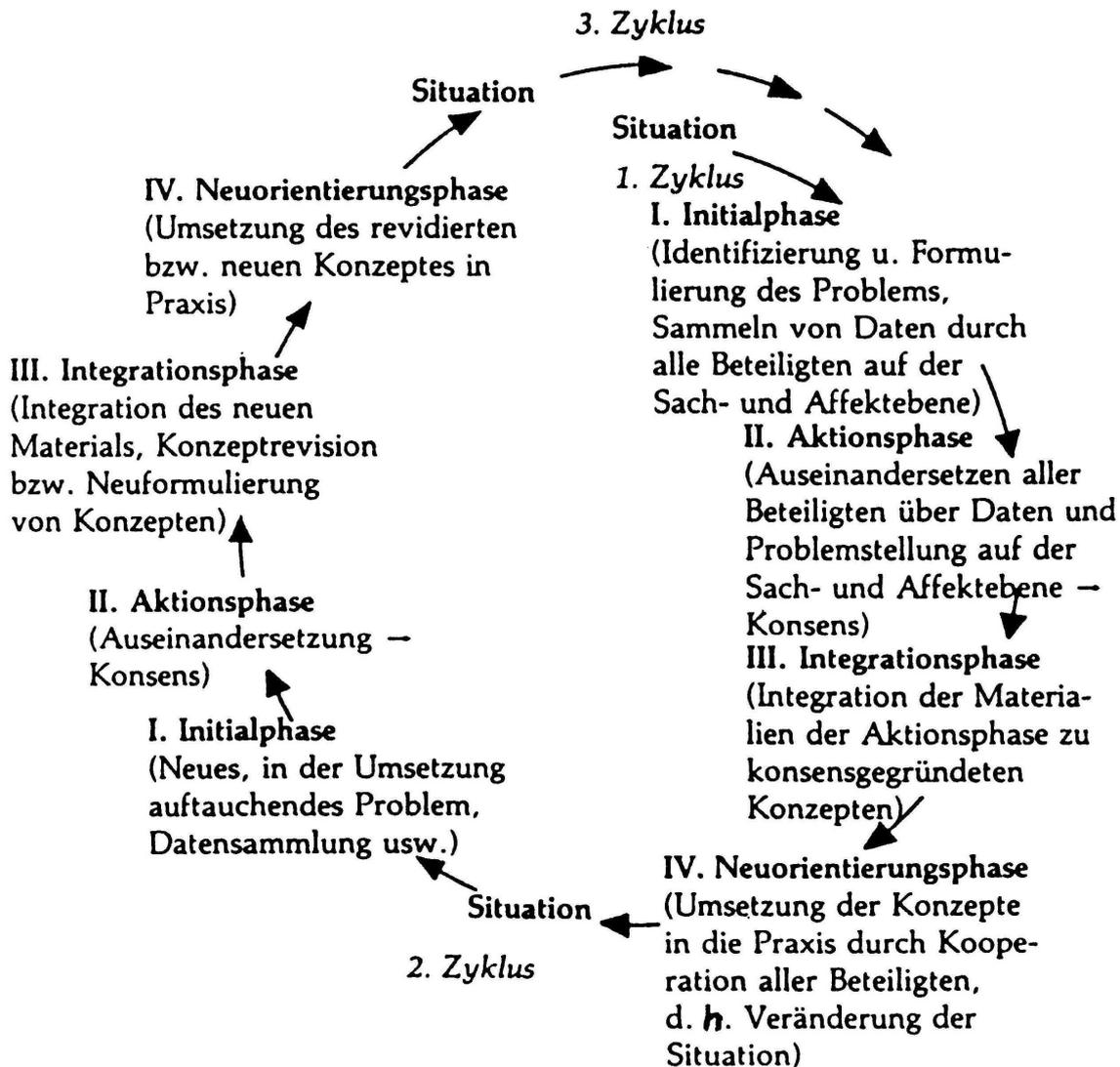
Das von Frau M. zu Beginn unserer Sitzung formulierte Problem war, dass sie Schwierigkeiten hat, bestimmte Dinge gegenüber ihrer Mutter zu formulieren. Dies kam zustande durch das stark religiös geprägte Weltbild der Eltern und hier insbesondere der Mutter, durch das Intersubjektivität nicht möglich war. Dadurch entstanden Blockaden, die sich bis in den heutigen Lebensvollzug hinein auswirken. **(Initialphase).**

Hier zeigte sich, dass Frau M. über verschiedene Kompetenzen (s.o.) verfügt, sie jedoch Schwierigkeiten hat, dies umzusetzen. Diese Kompetenzen hatte sie sich angeeignet in einer stationären Entwöhnungsbehandlung vor Jahren.

Ich schlage ihr eine Übung mit dem leeren Stuhl vor. Sie kann sich darauf einlassen. Ich positioniere diesen Stuhl, auf dem jetzt die Mutter sitzt und sage einleitend noch etwas dazu. Frau M. schweigt zu Beginn und fängt dann zögerlich an zu sprechen, wird dann emotionaler und weint am Ende **(Aktionsphase).**

Wir sprechen über das Rollenspiel, das erlebnisaktivierend für sie war. Sie kann alte Szenen benennen und erkennt Zusammenhänge, Blockaden werden verständlicher **(Integrationsphase).**

Die Lernerfahrung kann von Frau M. auf die Beziehung zu ihrer Mutter übertragen werden. In einer der darauffolgenden Sitzungen kann sie über ihre neugewonnene Souveränität in der Beziehung zu ihrer Mutter sprechen **(Neuorientierungsphase).**



Der „Theorie-Praxis-Zyklus“ im Ko-respondenzmodell (aus: *Petzold* 1973/1980c, 346)

Für den Bereich der Kompetenzen würde dies folgendes bedeuten: **Personale Kompetenz**, d.h. die Selbstwahrnehmung, Frau M. traut ihrer Selbstwahrnehmung und ist nicht mehr in dem Maße von Fremdbildern (Mutter abhängig). Im Bereich der Selbstregulation und Selbstverwirklichung spürt sie Handlungsspielräume. In ihrem privaten Lebensvollzug setzt sie dies um, indem sie sich Zeiten der Ruhe erlaubt und ihren Handlungsimpulsen vertraut (**Personale Performanz**).

Dieses gegründet- und begründet- sein in sich selbst bietet ihr die Grundlage für ihre **Soziale Kompetenz**. Ihre Wahrnehmung sozialer Situationen ist nicht mehr durch eigene Unsicherheiten verstellt. Frau M. kann unabhängiger und damit klarer wahrnehmen, d.h. auch, sie ist jetzt mehr in der Lage zu Intersubjektivität (**Soziale Performanz**).

Frau M. hat Vertrauen in sich selbst gefunden, kann zwischenmenschliche Beziehungen für sich befriedigend wahrnehmen und gestalten und konnte dadurch wichtige Voraussetzungen für ihre **Lebenspraktische Kompetenz** aufbauen. Sie nimmt alltägliche Situationen nicht mehr entstellt wahr, d.h. sie kann diese einordnen und hat dafür Handlungsansätze. Sie ist in der Lage, differentiell dieses Wissen auch umzusetzen (**Lebenspraktische Performanz**).

Dies ist jetzt ein kurz zusammengefasstes Ergebnis vieler Sitzungen und lässt etwas idealtypisches aufleuchten. Dass die Arbeit mit Suchtkranken viele Höhen und Tiefen hat, ist bekannt. Die Arbeit mit Frau M. war in dieser Form möglich, weil die therapeutische Beziehung in Intersubjektivität und Korrespondenz es zuließ.

6. Beziehungsformen im psychodynamischen, konflikttherapeutischen Modell

Im folgenden soll der Versuch gemacht werden, ein **psychodynamisches, konflikttherapeutisches Modell** mit dem Integrativen Ansatz zu verbinden. Wurzeln der Integrativen Therapie gehen über *Ferenczi* diesem großen Psychoanalytiker und zugleich Kritiker der *Freudschen* Psychoanalyse durchaus zum psychoanalytischen Diskurs (*Nagler* 2003; *Petzold* 2003a), der allerdings konzeptkritisch rezipiert wurde (*Petzold, Orth* 1999). Im Wesen der Integrativen Therapie liegt es aber, immer wieder auch „kombinatorische“ Möglichkeiten (*Petzold* 1992g) einzusetzen, d. h. konzeptkritisch reflektiert, auch andere Modelle beizuziehen. Dies soll nun mit dem Modell *Finke* (1999): „Beziehung und Intervention“ geschehen, anhand dessen das Thema der Relationalität bearbeitet wird. Dieses Modell ist einer der Versuche (vgl. auch *Orange et al.* 2001), die Enge des traditionellen psychoanalytischen Diskurses aufzusprengen, seine Begrenzungen durch die exklusive Folie des „Übertragungs-Gegenübertragungs-Paradigmas“ zu erweitern. Es geht *Finke* hauptsächlich um das Beschreiben verschiedener Beziehungsformen (6.1.-6.4.). Ausgangspunkt ist für ihn die konfliktzentrierte, psychodynamische Psychotherapie. Damit erweitert er das ursprüngliche *Freudsche* Paradigma. Die vorliegende Arbeit hatte sich zum Teil an dem Modell von *Finke* orientiert, zu dem der Betreuer der Arbeit (*Petzold*) folgenden kritischen Kommentar gab:

»Leider hat *Finke* sich nicht die Mühe gemacht, sozialpsychologische Beziehungsmodelle (z. B. Affiliation, Reaktanz, Interaktion) zu rezipieren oder Theorien „kommunikativen Handelns“ (*Habermas*) oder auch den ganzen Fundus der Beziehungs- und Begegnungsphilosophien (*Buber, Marcel, Levinas* u.a.) und ihrer Verarbeitung im Bereich der „humanistischen Therapieformen“ (*Moreno, Perls, Rogers*) aufzunehmen oder auch die beziehungstheoretischen, durch empirische Psychotherapieforschung (*Orlinsky, Grawe, Parks* 1994; *Orlinsky et al.* 2004; *Petzold, Orth, Sieper* 2005) abgestützten modernen integrativen Behandlungsmodelle (z. B. *Becker, Grawe, Petzold*) aufzuarbeiten. So bleiben seine Konzeptentwicklungen zu diesem Thema eigenartig „autistisch“ im psychodynamischen Diskurs verhaftet, ohne Anschluss an die Diskussion im Gesamtfeld der Psychotherapie. Seine Konzepte und Begriffe haben zwar eine vordergründige Stringenz, sind aber weder subjekttheoretisch, noch sozialpsychologisch konsistent entwickelt worden. Sie haben vermieden, die Grundlagen psychodynamischen Denkens dekonstruktivistisch durchzuarbeiten, etwa die einseitige Orientierung an einem konfliktpsychologischen Modell – als ob menschliche Beziehungen und das Menschenwesen ausschließlich von Konflikten (die natürlich zweifelsohne sehr wichtig sind, auch im Integrativen Ansatz, vgl. *Petzold* 2003b) bestimmt seien. Es gibt auch Ressourcen, Kreativität, Defizite, Traumata als bestimmende Größen. Ein nicht *dekonstruktivistisch bereinigtes* Konfliktparadigma (Es-Über-Ich-Konflikte, interpersonale Konflikte als universelle Erklärungsmatrix) setzt den Therapeuten in die unangreifbare Position eines machtvollen „Herrn der Konflikte“, der über die „Schlüssel der Konfliktlösung“ verfügt. *Finke* verbleibt damit in subtiler Weise im *Freudschen* Machtdiskurs (*Petzold, Orth* 1999; *Petzold, Orth, Sieper* 1999) einer strukturellen Hegemonialität des Therapeuten, den *Foucault* aufgezeigt hat (vgl. *Dauk* 1989) und der einen Gedanken wie den der „Alterität“ (*Levinas*) *verfehlt*, die Idee der „Andersheit des Anderen“, die tiefsten Respekt (*Sennett*) verlangt und eine bescheidene, fragende Haltung, eine Ko-respondenz, aus der gemeinsam „Sinn als Konsens“ geschöpft wird, ohne jeden Überlegenheitsgestus des Therapeuten. Ähnlich wie das fragile Bemühen der Psychoanalytiker, die sich neuerlich das Intersubjektivitätsparadigma anzueignen versuchen (*Orange et al.* 2001) und bislang damit zu scheitern scheinen, weil sie die Grundlagenprobleme des Denkens in „Objektbeziehungen“ nicht aufgearbeitet haben (Objekte können sich nicht beziehen und Menschen sind keine Objekte!) wird in der Konzeptbildung von *Finke* wirkliche „Partnerschaftlichkeit“ (*Petzold*) und „Mutualität“ (*Ferenczi*) nicht erreicht, und diese ist die Voraussetzung für wirkliche „Emanzipation“ des Subjekts, für den Gewinn von „Wirkmächtigkeit“ (*Moreno*) – heute spricht man von „empowerment“ – von „Selbstwirksamkeit“ (*Bandura*) und Situationskontrolle (*Flammer* 1990), von „**Souveränität**“ als in den therapeutischen und in den Alltagsbeziehungen „ausgehandelter“. Denn „**Beziehung ist dialogisches bzw. polylogisches Handeln um Grenzen auf der Grundlage wechselseitiger empathischer Kompetenz**, ein Aushandeln, das für alle am Beziehungsgeschehen Beteiligten eine Stärkung ihrer **Souveränität** und ihrer **Identität** ermöglicht“ (*Petzold, Müller* 2005). In diesem Sinne müssen die folgenden Ausführungen der Arbeit dekonstruktivistisch und modellkritisch gelesen werden und immer wieder auf subtile Momente des Machtthemas (*Varevics, Petzold* 2004)

überdacht werden, den die therapeutische Beziehung, richtig gehandhabt, ist in der Tat ein wesentlicher Wirkfaktor (Grawe 2005) – im Integrativen Ansatz sprechen wir geradezu von einem „Metafaktor“ (Petzold, Müller 2005; Petzold, Orth, Sieper 2005). Und deshalb ist das Thema so wichtig und muss immer wieder von verschiedenen Seiten und in der Auseinandersetzung mit anderen Konzeptionen, hier einer konflikttherapeutischen, angegangen werden.« (H.G. Petzold)

Nach Finke fokussiert der Therapeut seine Aufmerksamkeit auf einen bestimmten Phänomenbereich und wählt dementsprechend die erforderliche Beziehungs- und Interventionsform. Er strukturiert damit die Beziehung mit einem entsprechenden Beziehungsangebot. Dies setzt eine Rollenflexibilität bzw. Wachheit für den Prozess voraus.

Nach Grawe sollten in einem therapeutischen Verfahren vier Wirkfaktoren vorhanden sein: „Problemklärung und Problem- bzw. Erlebnisaktivierung, Problembewältigung und Ressourcenaktivierung“ (Finke 1999, Beziehung und Intervention, S. 8).

Die konfliktzentrierte Therapie geht von intrapersonalen Konflikten aus, die nicht bewusst, aber handlungssteuernd sind. Ziel der Therapie wäre demzufolge die Bewusstmachung und Integration.

Finke steht damit vor dem Grundsatzproblem psychodynamischer Therapien, das die Neurowissenschaften ihnen als Herausforderung vorlegt (Grawe 2004): Es geht um neuronale Bahnungen, Erregungsbereitschaften, die der bewussten Steuerung nicht zugänglich sind, selbst wenn sie durch Deutung bewusst gemacht werden können (was durchaus fraglich ist). Sie müssen „umgebahnt“ werden, und dafür sind nach Grawe (2004) – und die Begründer der Integrativen Therapie stimmen ihm hier zu (Petzold, Orth, Sieper 2005) – aus neurowissenschaftlicher Sicht Übertragungsanalyse und Deutung keine geeigneten Instrumente. Finke nimmt an, dass der Klient der bewusstmachenden Arbeit mit Widerstand begegnen wird, da der Konflikt auch eine durchaus selbstwertregulierende Funktion haben kann. Eine solche Annahme in ihrer generalisierten Form, steht in der Gefahr, als *Rosenthaleffekt* selbsterfüllender Prophezeiung solche Phänomene geradezu provozieren, also Artefaktbildung Vorschub leisten und damit gerade zu verhindern, was intendiert ist. Lebensgeschichtliche Prägungen durch Beziehungen können in der therapeutischen Beziehung verändert werden.

Nachfolgend beschreibe ich die vier Beziehungsformen mit ihren Charakteristika und ihren Funktionen, wobei aus integrativer Sicht immer wieder auch konzeptkritische Anmerkungen gemacht werden

6.1. Die Arbeitsbeziehung

Sie ist das gemeinsame Fundament der anderen Beziehungsformen. In ihr geht es um den Behandlungsplan, über Ziele und Methoden der therapeutischen Arbeit. Der Therapeut verwendet hier die Technik der „haltgewährenden, korrigierenden Erfahrung und die Technik des Deutens“ (Finke 1999, S. 14). Hier muss jedoch kritisch angemerkt werden, dass innerhalb der Integrativen Therapie *Intersubjektivität* dieses Fundament darstellt, und man einfach einmal überdenken muss, welchen Reduktionismus es darstellt, die „Arbeitsbeziehung“ zum **Fundament** der therapeutischen Beziehung zu machen.

Durch seine Zugewandtheit bekundet der Therapeut Interesse an der Entwicklung seines Klienten. Er zeigt hier seine beobachtende, vergleichende und schlussfolgernde Haltung und erspürt aber auch seine eigenen Gefühle und Phantasien. Er ist damit *strukturell* in einer Überlegenheitsposition, einer Machtposition, die schon die Psychoanalytiker Pohlen, Bautz-Holzherr (1991, 1994) kritisiert haben..

In der Arbeitsbeziehung *wertet der Therapeut* – das Hegemonialmoment bei Finke bestätigend, denn der „locus of control“ (Flammer 1990) liegt beim Therapeuten – das in den anderen Beziehungsformen gewonnene Material aus, um so Persönlichkeitsstrukturen und Grundkonflikte benennen zu können. In einer intersubjektivitätstheoretisch begründeten Therapie wäre das Aufgabe eines partnerschaftlich ko-respondierenden Prozesses mit einem „shared locus of control“. Ebenfalls spürt er hier intuitiv, welche Beziehungsform in der momentanen Situation indiziert ist bzw. wertet das dort gewonnene Material aus (auch das wäre integrativtherapeutisch gesehen ein gemeinsames Unterfangen). Die Arbeitsbeziehung stellt damit den gemeinsamen Hintergrund dar (es ist schwer nachvollziehbar, wo denn hier das „gemeinsame“ ist). An dieser Stelle hat die Integrative Therapie also einen anderen Blickwinkel. Der beschriebene Prozess ist ein gemeinsamer zwischen Klient und Therapeut. Finke ermöglicht bei seiner Betrachtung keine Intersubjektivität bzw. Ko-respondenz.

Der Therapeut macht hier vorläufige Aussagen zur Persönlichkeitsstruktur und entwirft ein hypothetisches Modell. Diese vorläufige Hypothese wird ständig überprüft durch die Erkenntnisse in den anderen Beziehungsformen. In der Integrativen Therapie würde ich hier auch die prozessuale Diagnostik wieder entdecken. Auch hier geht es um „das Wechselspiel zwischen Involvierung (Beteiligtsein), Zentrierung (Bei-sich-sein) und Exzentrizität (Beobachten, Erklären).

Im Arbeitsbündnis, das **der Therapeut** mit dem Klienten trifft (nach *Ferenczi* sollte es mutuell gestiftet werden, *Nagler* 2003), solidarisiert er sich mit den Entwicklungszielen des Klienten (vgl. *Vierter Weg der Heilung – Solidaritätserfahrung*). Dies setzt sich weiter fort in der grundsätzlichen aktiven und bejahenden Zuwendung. Eine Erfahrung, für die ich rückblickend innerhalb meiner Ausbildung und Supervision sehr dankbar bin. Diese wirkt sich ebenfalls in der Stärkung von Bewältigungskompetenzen aus.

Der Therapeut zeigt sich nach *Finke* abstinent. Er versteht darunter, dass er sich seiner eigenen handlungssteuernden Wertorientierungen bewusst ist, diese aber nicht auf seinen Klienten überträgt. Seine Neutralität zeigt er, indem er sich nicht mit den „rigiden Moralvorstellungen des Patienten verbündet noch sich zum Anwalt seiner Triebbedürfnisse“ (*Finke* 1999, S. 19) macht. Dies sollte meines Erachtens kritisch betrachtet werden, da die oben genannte Bejahung des Klienten im Vordergrund steht, wodurch Wachstumsimpulse freigesetzt und Exzentrizität ermöglicht wird, was wiederum bewirkt, dass Klienten sich selbst regulieren lernen. Weiterhin ist therapeutische Abstinenz nicht der Ansatz der Integrativen Therapie. Wir sprechen hier von selektiver Offenheit und partiellem Engagement und einer grundsätzlichen Sorge um die „Integrität des Anderen“ aus dem Respekt vor seiner Alterität (*Levinas*).

In der Arbeitsbeziehung wird beobachtet, analysiert und interpretiert. In den anderen Beziehungsformen (6.2. bis 6.4.) greift der Therapeut auf seine intuitiven Fertigkeiten zurück. Auch hier wird wieder deutlich, dass das Zusammenwirken dieser verschiedenen Formen zentral und letztendlich in der Arbeitsbeziehung zusammengefasst wird.

Die Arbeitsbeziehung bietet darüber hinaus die Möglichkeit zur Exzentrizität, d.h. sich aus Involvierungen und Übertragungsprozessen zurückziehen zu können, und diese zu reflektieren. Interventionen sind in der Arbeitsbeziehung möglich und werden nachfolgend dargestellt.

- So kann der Therapeut konfrontierend auf etwas hinweisen:

„Mir fällt auf, dass Sie ihren Partner nicht aussprechen lassen und für ihn antworten wollen.“

Der Therapeut weist hier auf die Paardynamik hin, die auf ein bestimmtes Rollenverhalten in dieser Beziehung hindeuten könnte, das sich vielleicht schon seit vielen Jahren so etabliert hat und nicht mehr hinterfragt wurde.

„Immer wenn wir über das Thema Rückfall sprechen, versuchen Sie mich davon zu überzeugen, dass es Ihnen gut geht.“

Der Therapeut weist hier auf das Vermeidungsverhalten des Klienten hin, der es noch nicht geschafft hat, sich mit seiner Rückfälligkeit auseinander zu setzen.

„Sie sprechen über die Grausamkeiten in ihrer Beziehung und sind dabei völlig gefasst, so als ob es Ihnen nichts ausmachen würde.“

Hier zeigen sich Diskrepanzen in den Mitteilungsebenen.

- Er kann klärende Fragen stellen:

„Angenommen Sie würden Ihre Partnerin darum bitten, zukünftig keinen Alkohol mehr zu trinken, damit Ihnen der Verzicht leichter fällt, was würde sie Ihnen sagen?“

„Was würde sich für Sie ändern, wenn Sie ab morgen keinen Alkohol mehr trinken würden?“

Hier geht es darum zu erkunden, ob sich der Suchtkranke überhaupt Vorstellungen von einem abstinenten Leben machen kann. Durch das konkrete Formulieren eines abstinenten Lebens wird

es greifbarer und erlebbarer. Es zeigt auch, gerade in der Arbeit mit Drogenabhängigen, ob diese eine realistische Einschätzung machen können.

- Er kann erklärend deuten:

„Weil Sie sich nicht eingestehen könne, abhängig zu sein, und dies als Makel erleben, fällt es Ihnen schwer, über Ihre Suchterkrankung zu sprechen“.

„Weil Ihre Mutter Ihnen früher keine Eigenständigkeit ermöglicht hat, fällt es Ihnen heute schwer, Entscheidungen zu treffen“.

In diesen Beispielen geht es um Ursache- Wirkungs- Zusammenhänge, die auch entlastende Funktionen haben können. Im letztgenannten Beispiel würde es darum gehen, dass die Klientin ihre Situation nicht als unveränderbares Schicksal hinnimmt, sondern in der Lage sein kann, ihr Verhalten autonom zu gestalten und zu verantworten.

In der Arbeitsbeziehung können Widerstände analysiert werden, die sich in den anderen Beziehungsformen manifestieren. Dies kann z.B. die nicht vorhandene Wut einer alkoholabhängigen Frau bzgl. ihres sich sadistisch verhaltenden Partners sein oder die nicht vorhandene Bereitschaft, sich auf ein Rollenspiel einzulassen, das bestimmte Emotionen wecken könnte. Die Deutung sollte jedoch manchmal weniger vor den Klienten gemacht werden, weil sie etwas entblößendes hat, mit dem der Klient nicht immer umgehen kann.

6.2. Alter-Ego-Beziehung

6.2.1. Charakteristika der Alter-Ego-Beziehung

Der Therapeut bemüht sich hier „um eine gleichsam identifikatorische Teilhabe am Erleben des Patienten“ (Finke, 1999, S. 26). Es geht ihm hier darum, die Welt des anderen so zu spüren, als **ob es** seine eigene wäre (aus integrativer Sicht, ist man sich der Grenzen dieser Einfühlung sehr bewusst). An dieser Stelle fällt mir wieder ein, wie hilfreich ich es für mich erlebe, Rollenspiele zu machen bzw. für mich die Mimik und Gestik meines Klienten zu übernehmen, um Persönlichkeitsanteile besser zu erspüren. Dies könnte man auch mit konkordanter Übertragung bezeichnen. Der Therapeut versucht, hier in eine emotionale Resonanz mit den Affekten des Klienten zu gelangen. Seine eigene Meinung ist in dieser Phase nicht von Bedeutung (vgl. Dialogbeziehung). Dies muss ebenfalls wieder kritisch hinterfragt werden (vgl. Punkt 7. und 8.). Petzold sieht hier die Bezogenheit von Therapeut und Klient als „zwischenleibliches Miteinander“ mit der Möglichkeit zur sozialen Synchronisierung. „Auf Grund emotionaler Affektion durch coemoting“ (Petzold, 2002 b, S. 8) wird eine gemeinsame Stimmungs- bzw. Gefühlslage möglich. Spiegelneurone erschließen dabei die Intentionalitäten der Einzelsubjekte. Unter anderem wird dadurch Imitationslernen möglich. Zur weiteren Lektüre möchte ich hier das o.g. Buch empfehlen.

6.2.2. Funktionen der Alter-Ego-Beziehung

- Die **Bestätigung der Konzepte** des Klienten bewirkt eine selbstwertstabilisierende Wirkung. Vor diesem Hintergrund ist es ihm möglich, sich mit sich selbst auseinander zu setzen. Durch seine Akzeptanz entlastet der Therapeut seinen Klienten (vgl. die Vierzehn Heilfaktoren, „Einführendes Verstehen“, „Emotionale Annahme und Stütze“ in Polyloge, S. 65).

„Ich bin beeindruckt, wie oft und wie ernsthaft Sie bisher versucht haben, auf Alkohol zu verzichten“.

- Er bemüht sich um eine **Erlebnisaktivierung**. Der Therapeut vollzieht die Gefühle des Klienten mit, und erleichtert es ihm dadurch, sich diese einzugestehen (vgl. Die Vierzehn Heilfaktoren, „Förderung des emotionalen Ausdrucks und volitiver Entscheidungskraft“ in Polyloge, S. 65).

„Und nach diesem Rückfall waren Sie wütend auf sich selbst. Sie konnten nicht verstehen,“

wie es dazu kommen konnte. Am liebsten wären Sie in den Boden versunken. Nach einer so langen Zeit der Abstinenz, eine derartige Niederlage erleben zu müssen“.

- Die **einsichtsvermittelnde Funktion** der Alter-Ego-Beziehung zeigt sich darin, dass der Therapeut versucht, die Wertorientierungen des Klienten zu erkennen, die sein Reden und Handeln leiten und damit auch einen inneren Konflikt bestimmen. Die Ausführungen von Finke waren an dieser Stelle für mich leider nicht immer nachvollziehbar. Was er hier beschreibt, entspricht jedoch dem ersten Weg der Heilung, nämlich der Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung (vgl. Punkt 10). Im Laufe des Therapieprozesses erweitert er ihn um Teilaspekte seiner eigenen Perspektive.
- Der Therapeut **widersteht** seinem spontanen Bedürfnis, mit seinem **gesunden Menschenverstand** zu reagieren. Ich denke hier an eine alkoholabhängige Frau, die über Jahre eine Beziehung zu einem verheirateten Mann hatte, der sie in beschämender Weise benutzt und missbraucht hatte. Es war hier erforderlich, dass ich nicht wie die Umwelt reagierte, sondern diesen inneren Konflikt thematisieren konnte. Es muss hier jedoch zwischen verstehen und anerkennen unterschieden werden. In der therapeutischen Beziehung zu dieser Frau waren verschiedene Wirkfaktoren wichtig unter anderem das „Einfühlende Verstehen“, die „Emotionale Annahme“ und die Ermöglichung von „Empowerment und Solidaritätserfahrungen“.

Neg.: „Wann erkennen Sie endlich, dass Sie von diesem Partner nur ausgenutzt werden. Sie sollten sich endlich von ihm trennen“.

Pos.: „Sie versuchen sich seit längerer Zeit schon von Ihrem Partner zu trennen, spüren aber immer wieder, dass Sie noch etwas verbindet, das stärker ist als Ihr Wunsch sich zu trennen.“

„Wenn er Sie auch durch sein Verhalten quält, ist er doch ein Mensch, der Ihnen immer wieder seine Verbundenheit zu erkennen gibt“.

6.2.3. Leitlinien der Alter-Ego-Beziehung

- **Sich selbst in den anderen verwandeln.** Trotzdem kann sich der Therapeut zum Klienten abgrenzen. Er wird nicht zu seinem Klienten. Dies setzt die Bereitschaft und die Fähigkeit voraus, von sich abzusehen und sich (spielerisch) in den anderen hinein zu begeben. Hilfreich ist mir bei diesem Prozess immer die Vorstellung, dass die Materialien, die mir meine Klienten liefern, nicht nur fremd, sondern durchaus erlebbar sind als Mitmensch in dieser Welt. Meine Lebensgeschichte und die damit verbundenen Gefühle werden damit zu einem wichtigen Seismographen. Im nächsten Schritt geht es dann darum, das Erlebte auszusprechen in einer Form, die über das vom Klienten Gesagte, aber so nicht Ausgesprochene, hinaus geht.

„Ich habe den Eindruck, dass Sie sich die Entscheidung darüber nicht leicht machen, ob Sie jetzt bei Ihrem Partner bleiben oder nicht. Aber irgendwie hatte ich gerade das Gefühl, dass Ihnen dieser Kreislauf noch deutlicher wurde, und Sie dabei sind, sich zu entscheiden“.

- Der Therapeut lässt sich von den Erzählungen des Klienten **inspirieren**. Er versucht seine innere Welt zu erfassen, vervollständigt Situationen imaginierend und zeigt damit eine situationsvermittelte Empathie. Er fragt sich, wie er sich in dieser Situation fühlen würde, die da gerade beschrieben wird und stellt (imaginativ) eine Schicksalsgemeinschaft her (Finke 1999, S. 40).

„Wenn Sie diese Situation beschreiben, spüre ich Ihr Ausgeliefert sein, aber auch eine Wut auf diesen Peiniger, der Ihnen das Leben zur Hölle macht“.

- Der Therapeut beachtet die **Wirkung der Körpersprache**. Neben der situationsvermittelten Empathie gibt es auch eine ausdrucksvermittelte Empathie, d.h. die Resonanz des

Therapeuten auf Mimik, Gestik, Körperhaltung und Sprechtempo. Dies ist ein wichtiges Korrektiv beim Erspüren von Diskrepanzen zwischen Erzähltem und Ausdrucksverhalten. Eine erzählte Szene bekommt damit einen Ausdruck, der sich aus unbewusstem Erleben speist. Die Szene kann somit besser verstanden werden.

- Sein **lebenspraktisches Wissen** bzw. **theoretische Vorannahmen** sind wichtige Faktoren, die die Schilderungen des Klienten in ihrer Lückenhaftigkeit ergänzen. Dies kann zwar auch kritisch gesehen werden, da die Person des Therapeuten hier das Bezugssystem des Klienten verstellen könnte. Ein Vorgehen, wie es *Freud* zu seiner Zeit forderte, dass der Therapeut wie ein Chirurg vorgehen müsste, erscheint mir unpassend, weil es meiner Persönlichkeit nicht entspricht und Ko-respondenzprozesse nicht berücksichtigt.

6.2.4. Die Praxis der Alter-Ego-Beziehung

- **Umakzentuierendes Wiederholen** des vom Klienten Gesagten. Hier wird prägnant und knapp noch einmal zusammen gefasst. Der Klient hat dadurch die Möglichkeit hier mitzuschwingen und die Äußerungen zu überprüfen.

Kl.: „Und da habe ich aus Versehen die Autotür an der Garagenwand verkratzt. Als mein Mann das sah, ist er ausgeflippt und hat mir eine Szene gemacht. Ich konnte nicht verstehen, dass dies für ihn auf einmal so wichtig war. Er hätte doch sehen können, dass es mir an diesem Tag nicht so gut ging“.

T.: „Sie hatten das Gefühl, dass Ihrem Mann die Autotür wichtiger war als Sie selbst und waren darüber sehr enttäuscht trauten sich aber nicht, es anzusprechen, da Sie dachten, er hätte eigentlich recht“.

Hier geht es nicht nur darum, zu wiederholen, sondern der Therapeut bringt einen neuen Aspekt ein, bei dem es um den Vergleich mit der Autotür geht und die Enttäuschung deutlich wird. Es geht bei dieser neuen Akzentsetzung jetzt mehr um die Paardynamik und blockierte Affekte.

- **Konkretisieren und Klären.**

„Als Sie mit Ihrem Mann über Ihre Gefühle sprechen wollten, hatten Sie den Eindruck, dass er sich dafür keine Zeit mit Ihnen nehmen wollte. Sie fühlten sich dadurch wie blockiert und zogen sich zurück“.

- Der Therapeut **fokussiert zentrale Erlebnisinhalte**, indem er das in den Äußerungen mitschwingende Erleben (Gefühl) des Klienten erfasst und ihm mitteilt, dass er sich damit auseinandersetzen kann.

„Und gerade solche Gespräche sind es, die Sie mit Ihrem Mann vermissen. Sie fühlen sich hier allein gelassen und unverstanden“.

- Das **Aufgreifen der selbstreflexiven Affekte**. Hier geht es darum, dass die oben schon mehrfach erwähnte Klientin ihren Gefühlen mit einer in Korrespondenzprozessen erlernten Bewertungsschiene begegnet. Auf Grund ihrer Sozialisation war sie über ihre Gefühle und ihr Identitätserleben verunsichert. Bei diesem inneren Dialog spricht Finke auch ausgehend vom signifikanten Anderen vom verinnerlichten Anderen. Ziel der therapeutischen Bemühungen wäre, diesen Dialog deutlich werden zu lassen.

„Und wenn es dann darum geht, sich zu überlegen, ob Sie mit Ihrem Mann noch einmal darüber sprechen möchten, denken Sie sich, dass es doch keinen Wert hat und fühlen sich hin- und hergerissen. Am Ende schweigen Sie dann lieber, weil Sie glauben, dass es irgendwie doch nicht so wichtig ist, darüber zu sprechen“.

Deutlich wird bei diesem inneren Dialog, der hier vom Therapeuten formuliert wird, dass die Klientin keine klare Haltung zu dem „ich will und ich möchte gerne“ hat. Hier ist es wichtig, Klarheit über ihre Bedürfnisse zu bekommen bzw. ihr dabei zu helfen, dass sie sich als aktiver Mitspieler in ihrer Verantwortung zu verstehen lernt.

- Das **Aufgreifen haltungsprägender Affekte**. Darunter sind Primäraffekte wie z.B. Trauer, Wut, Neugier, Ekel und Freude zu verstehen insbesondere dann, wenn sie mit dem Grundkonflikt des Individuums bzw. dem lebensgeschichtlichen Kontext verwoben sind (Finke 1999, S. 49). Sie können als unbewusstes Grundgefühl auftreten. Als Beispiel führt er hier den Neidaffekt an, hinter dem sich ursprünglich eine Enttäuschungswut verbirgt. Er wird aktualisiert im Erleben von Unterlegenheit und Benachteiligung. Der Therapeut spricht hier Zusammenhänge jedoch nicht konfrontativ auf der Alter-Ego-Ebene an. Hier wieder das Beispiel der alkoholabhängigen Frau, deren Wut gegenüber der Mutter blockiert wurde durch entsprechende Systemregeln.

„Durch diese Zurechtweisung Ihres Mannes fühlen Sie sich blockiert. Sie sind eigentlich wütend auf ihn, finden es ungerecht, erlauben es sich aber nicht, auf dieser Ebene zu antworten, weil Sie sich verunsichert fühlen“.

Ich spreche hier den inneren Konflikt der Klientin an, bei dem es um eine Verunsicherung bzgl. des Umgangs mit Wut geht. Es geht hier noch nicht um die Beziehung zu ihrer Mutter, bei der sich ähnliche Szenen auch schon abspielten. Durch die Formulierung „erlauben“ werden zukünftige Handlungsmöglichkeiten bzw. Entscheidungsspielräume aufgetan. Die Wut-Blockade zeigte sich in einer späteren Übung mit dem leeren Stuhl, als es der Klientin sehr schwer fiel, diese Wut gegenüber der Mutter anzusprechen. Nach einer anfänglichen Blockade, die dann von Trauer abgelöst wurde, war es ihr schließlich möglich, zu sprechen und diese Wut einfließen zu lassen.

6.2.5. Widerstandsanalyse in der Alter-Ego-Beziehung

Der Therapeut arbeitet auf der Alter-Ego-Ebene, indem er sich in die Perspektive des Klienten begibt und diese unterstützt, aber nicht übernimmt. Auf Widerstandsphänomene hier einzugehen, würde bedeuten, sich außerhalb dieser Perspektive zu begeben. Widerstandsbearbeitung heißt aber nicht unbedingt, mit Widerständigem zu konfrontieren, sondern diesen Widerstand nachbilden. Hier möchte ich noch einmal eine alkoholabhängige Frau ansprechen, der es lange Zeit nicht möglich war, sich von ihrem Partner zu trennen. Zwei Reaktionsweisen wären hier möglich. Die eine beschreibt den Widerstand, die andere geht gegen ihn an.

Neg.: „Sie trennen sich nicht von diesem Partner, weil Sie es vermeiden wollen, selbständig zu werden und ihr Alkoholproblem zu bearbeiten“.

Pos.: „Sie fühlen sich hin- und hergerissen. Manchmal denken Sie sich, das darf doch nicht wahr sein, dass ich all das mit mir machen lasse. Dann sagen Sie sich wieder, sie haben es ja nicht anders verdient, denn wer möchte schon mit einer alkoholabhängigen Frau zusammen leben. Und manchmal taucht da wieder ein ganz anderes Bild auf von einer Zeit ohne ihn und ohne Alkohol, das Sie gerne realisieren wollen, gleichzeitig aber auch spüren, dass sich einiges dann verändern müsste“.

Weitere Überlegungen zur Widerstandsarbeit finden Sie in Punkt 11.

6.2.6. Indikation der Alter-Ego-Beziehung

Die Alter-Ego-Beziehung hat eine selbstwertstabilisierende, angstlösende und introspektionsanregende Wirkung (Finke 1999, S. 57). Sie steht am Beginn des therapeutischen Prozesses. Die anderen Ebenen (Übertragungsbeziehung und Dialogbeziehung) folgen ihr, wobei es aber auch hier Überschneidungen geben kann, wenn z.B. die therapeutische Beziehung und die Rolle des Therapeuten vom Klienten thematisiert wird. Die Arbeitsbeziehung bietet für alle Beziehungsformen die Grundlage und das Plateau, auf das sich der Therapeut zurückziehen reflektieren und planen kann.

Ziel in der Alter-Ego-Beziehung sollte sein, dass der Klient die Nähe des Therapeuten zulassen kann. Innerhalb der Seminare und sehr stark auch in meiner Supervision habe ich gerade dies als sehr wertvoll und wachstumsfördernd erlebt (vgl. Intersubjektivität und Ko-respondenzprozess). Sie ist meines Erachtens die Grundlage für die Auseinandersetzung mit mir selbst in einer angstfreien Atmosphäre.

Bei der Indikation der Alter-Ego-Beziehung führt Finke verschiedene Diagnosebilder auf. Dazu gehören Menschen mit mangelndem Selbstwert, intrapunitiver Konfliktbearbeitung und Menschen mit depressiven Störungen. Nicht aufgeführt werden von ihm Suchtkranke. Ich kenne die Gründe dafür nicht, gehe aber davon aus, dass er sie hier nicht ausgrenzen möchte, zumal diese empathische Grundhaltung (hier beschrieben als Alter-Ego-Beziehung) schon lange zentraler Bestandteil meiner Arbeit ist.

6.2.7. Risiken und Kontraindikation der Alter-Ego-Beziehung

- Auf Seiten des **Patienten**. Hat der Patient Schwierigkeiten, sich auf das Beziehungsangebot des Therapeuten einzulassen und überträgt er auf ihn die Rolle des z.B. wütenden Vaters, wird es für den Therapeuten wichtig sein, dass er aus der ursprünglich beabsichtigten konkordanten Übertragung in die komplementäre wechselt, um den Beziehungserwartungen des Klienten zu entsprechen. Geborgenheitssehnsüchte, die aktualisiert und dann abgewehrt werden erschweren ebenfalls das sich Einlassen auf diese Beziehungsform bzw. Menschen mit schwachen Ich-Grenzen und psychotischen Störungen.
- Auf Seiten des **Therapeuten**. Hier geht es um Ängste vor Nähe bzw. das Thematisieren von Problematiken, die für den Therapeuten angstbesetzt und noch nicht geklärt sind. In der konkordanten Übertragung besteht die Gefahr der Verschmelzung und unkritischen Übernahme der Position des Klienten. Weiterhin sollte der Therapeut in der Lage sein, flexibel, wenn indiziert, die verschiedenen Beziehungsebenen zu handhaben.

6.3. Übertragungsbeziehung

6.3.1. Charakteristika der Übertragungsbeziehung

- **Aktualität und Wiederholung**. Die therapeutische Beziehung wird durch außertherapeutische Einflüsse und die Person des Therapeuten bestimmt. In der therapeutischen Beziehung durchdringen sich Gegenwart und Vergangenheit. D.h. der Klient trägt in jedem Moment seiner Gegenwart die Ereignisse seiner Vergangenheit und die Möglichkeiten seiner Zukunft in sich (*Petzold 1974 k/1988 n*, S. 85, Arbeitsblatt Sozialtherapie). Ziel der Behandlung ist es, den Patienten von den Wiederholungszwängen zu befreien und Beziehung zu ermöglichen. Dies trifft auch für die Person des Therapeuten zu.

Um dies zu verdeutlichen, möchte ich eine Szene beschreiben, die ich als leidenschaftlicher Modelleisenbahner gestern auf einer Börse erlebte. Es war nach dem Eintritt die erste Begegnung mit einem Verkäufer, dem ich aus einiger Entfernung barsch zurief, was denn diese Schienen kosten würden. Meine Frau war entsetzt und konfrontierte mich mit meinem Verhalten. Als ich diese Szene reflektierte, wurde mir die Motivation dafür klar. Ich hatte in anderen Börsen mitunter das Gefühl, zu viel bezahlt zu haben und wollte dem Vorschub leisten durch mein Verhalten, das den Verkäufer einschüchtern sollte. Was mir später leid tat, als ich ins Gespräch mit diesem überaus lebenswerten Menschen kam.

- Die **therapeutische Beziehung als Thema**. Die Annahme ist, dass sich die (Beziehungs-) Schwierigkeiten des Klienten auch in der therapeutischen Beziehung abbilden und hier durchgearbeitet werden. Der Therapeut wird hier zum Konfliktpartner.

Hier taucht ein Gespräch mit einem drogenabhängigen Mann in dieser Woche auf innerhalb der aufsuchenden Drogenberatung in der JVA. Dieser Mensch zeichnet sich durch seine besondere Ungeduld und aggressive Grundhaltung mir gegenüber aus. Aus Zeitgründen ist es mir in diesem

Rahmen nicht immer möglich, auf diese Übertragungen therapeutisch zu reagieren. So kommt es vor, dass ich ganz alltäglich aus einem gewissen Selbstschutz konfrontieren muss und nicht aufarbeiten kann. An dieser Stelle würde es sich aber anbieten, vielleicht finde ich auch noch die Zeit dazu. Ein kleiner Schritt war ein Rollenspiel, in dem ich das Erstgespräch in der Fachklinik mit ihm innerhalb meiner Drogengruppe spielte. Es wäre hier darüber hinaus zentral, seine Beziehungsvergangenheit aufzuarbeiten, die die therapeutische Beziehung in der folgenden stationären Behandlung verstellen wird.

- Die **therapeutische Suchhaltung als Fremd- und Selbstempathie**. Sie richtet sich auf die Resonanz, d.h. die bewusste Wahrnehmung meiner emotionalen, körperlichen und geistigen Regungen, die durch den Klienten ausgelöst werden aber auch darauf, mich selbst mit den Augen des Klienten zu sehen (vgl. konkordante Identifizierung). Innerhalb des Resonanzgeschehens prüft er, welche Rolle der Klient ihm zuschreiben möchte, und versucht, sich in diese hinein zu begeben (vgl. komplementäre Identifizierung).

6.3.2. Funktionen der Übertragungsbeziehung

- Mitteilen von **Beziehungserwartungen** anregen. Diese nimmt der Therapeut empathisch auf. Klienten haben insbesondere dann Schwierigkeiten, diese auszusprechen, wenn es sich eher um aggressive Affekte handelt. Sie könnten die positive Grundeinstellung des Therapeuten verlieren.
- Vergegenwärtigen unbewusster **Beziehungserwartungen und Interaktionsmuster**. Kritik- und Strafbefürchtungen des Klienten verstellen sein Verhalten dem Therapeuten gegenüber. Dieser wird sich bemühen, Informationen darüber zu erhalten bzw. er wird ihn anregen, diese Erwartungshaltungen zu formulieren.
- **Klärung der Genese** der Beziehungserwartungen. Durch seine Person setzt der Therapeut beim Klienten Beziehungsphantasien in Gang. Er kann und soll sich nicht nicht verhalten (Watzlawick et. Al. 1969, S. 72).
Außertherapeutische Beziehungserfahrungen beeinflussen die Einstellung seinem Therapeuten gegenüber und begründen eine Wiederholungserwartung. Frühe Beziehungserfahrungen sind zwar ebenfalls von Bedeutung, werden aber in ihrer Tragweite überbewertet. Ereignisketten bzw. über einen längeren Zeitraum wirkender Stress führen zu Belastung bzw. Überlastung und in der Folge zu Schädigungen. Ein Beispiel könnte hier der oben genannte Drogenabhängige sein.

„Sie schreiben mir hier eine Rolle zu, in der ich mich sehr unwohl fühle. Ich gehe davon aus, dass Sie sich gegenüber anderen Bezugspersonen ähnlich verhalten. Mich würde interessieren, wie es dazu kommen konnte“.

Kritisch anzumerken ist bei *Finke*, dass der Therapeut durch ein derartiges Vorgehen bestimmte Phänomene erst produziert (vgl. Punkt 7. und 8.).

6.3.3. Leitlinien in der Übertragungsbeziehung

- Das **mehrstufige Geschehen** der Übertragungsdeutung. Im ersten Schritt geht es hier um die Deutung der therapeutischen Situation und das Abklären der Beziehung zwischen Therapeut und Klient, d.h. wer ist der Therapeut für den Klienten. Im zweiten Schritt wird auf die außertherapeutische Situation zurückgeschlossen.

„Ich habe mir gerade überlegt, ob Sie mit dieser Vorwurfshaltung auch Ihrer Frau begegnen“.

In einem dritten Schritt geht es um die Deutung der Kindheitssituation.

„Vielleicht vermuten Sie bei mir, dass ich mich zu wenig für Sie einsetze. Ich frage mich, ob Sie diese Erfahrung vielleicht schon ganz früh, z.B. in der Begegnung mit Ihren Eltern“

gemacht haben. Sie hatten mir ja erzählt, dass Sie schon sehr früh mehr oder weniger bei den Nachbarn aufgewachsen sind“.

- **Manifestationen** der Übertragungsbeziehung **erkennen und aufgreifen**. Finke unterscheidet hier zwischen Beziehungsansprachen (Fragen nach der Person des Therapeuten) und Beziehungsanspielungen. Im oben genannten Beispiel definiert der inhaftierte Drogenabhängige die Beziehung so, dass ich ihm schaden und meine Machtposition ausnutzen möchte.

„Ich habe den Eindruck, dass Sie die Beziehung zu mir so erleben, dass ich der Bösewicht bin, der Ihnen schaden möchte“.

Jede Botschaft hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt, so dass jede Mitteilung des Klienten auch vor diesem Hintergrund gesehen werden kann.

- **Sich als Person meinen lassen** ergänzt diesen Punkt. Es geht hier darum, dass der Therapeut den Beziehungsanspielungen des Klienten gegenüber wach ist, damit sich die (Übertragungs-) Beziehung entwickeln kann. So hätte ich dem drogenabhängigen Mann auch sagen können:

„Was, Sie beschuldigen mich, zu wenig für Sie getan zu haben. Ich glaube, Sie haben hier eine völlig falsche Realitätseinschätzung“.

Dies wäre eine Bestätigung für seine bisherigen Erfahrungen gewesen und hätte die Beziehung zu mir verschlechtert. Wobei ich dazu sagen muss, dass auch solche Sätze fallen können, was nur allzu verständlich ist in diesem Arbeitsfeld.

- Sich **mit den Augen des Klienten** zu sehen, bedeutet wieder eine konkordante Identifizierung. In die Rolle des Drogenabhängigen zu schlüpfen, macht schnell dessen Verhalten grundsätzlich verständlich und erfordert ein hohes Maß an Sensibilität für die Situation. Gleichzeitig auch Selbstsicherheit und Festigkeit im Identitätserleben.
- Der Therapeut versucht **unbewusste Rollenübernahmen** zu erkennen, indem er seine Resonanz auf den Klienten wahrnimmt. Immer dann, wenn er sich in seinem Handlungsspielraum eingeengt ist, und fühlt, dass er jetzt etwas machen würde, was er sonst nicht tut, kann eine derartige Rollenübernahme vorliegen. Er vollzieht eine komplementäre Identifizierung und erkundet sein Erleben als Interaktionspartner (Finke 1999, S. 80).
Wenn ich z.B. dazu neige, einem bestimmten Gefangenen eher telefonieren zu lassen, obwohl er noch keine Telefongenehmigung hat, muss ich überprüfen, was in dieser Beziehung anders ist. Vielleicht liegt es daran, dass mich die Ausweglosigkeit seiner Situation in die Rolle des barmherzigen Samariters fallen lässt und somit einer Manipulationsstrategie entsprechen könnte.

6.3.4. Die Praxis der Übertragungsbeziehung

Nachfolgend geht es um Beziehungsansprachen bzw. Beziehungsanspielungen innerhalb der Übertragungsbeziehung, die der Therapeut aufgreifen sollte schon allein deshalb, um dem Klienten, seine Wachheit und sein Interesse an der therapeutischen Beziehung mit ihm zu signalisieren.

Innerhalb der **Beziehungsansprache** geht es dem Klienten um Punkte, die die Person des Therapeuten direkt betreffen. Dahinter können sich verschiedene Dinge verstecken.

- Z.B. der **Wunsch nach Zustimmung und Bestätigung**. Dem Klienten geht es um die Unterstützung durch den Therapeuten. Bzgl. eines Suchtkranken könnte dies so aussehen, dass ihm vermittelt werden soll, dass seine Suchtproblematik nicht so gravierend ist und „Ausrutscher“ durch aktuelle lebensgeschichtliche Bedingtheiten erklärbar sind.

Kl.: „Trinken Sie keinen Alkohol“?

Kl.: „Ich kann doch keine stationäre Therapie machen. Damit wäre ich lange Zeit von zu Hause fort, und das würden meine Kinder nicht verkraften. Das müssen Sie doch verstehen“.

Innerhalb meiner Vermittlungstätigkeit ist dies ein oft angeführtes Argument. Ich kann mich an eine Klientin erinnern, die, wiederholt rückfällig, mir damit drohte, sich umzubringen, wenn ich ihr nicht einen weiteren ambulanten Behandlungsversuch ermögliche.

Th.: „Sie möchten, dass ich mich für Sie einsetze und Ihren Wünschen entspreche. Es ist Ihre Entscheidung, die Sie treffen müssen. Auf Grund unseres Behandlungsvertrages kann ich Sie momentan nur noch in eine stationäre Behandlung vermitteln, da Sie die Voraussetzungen für eine ambulante Therapie nicht mehr erfüllen“.

- Der **Wunsch nach bestätigender Ähnlichkeit**. Hier geht es dem Klienten darum, den Therapeuten besser einordnen und verstehen zu können vor dem Hintergrund, eine Barriere abzubauen und Nähe entstehen zu lassen. Die Frage eines Klienten könnte hier sein:

Kl.: „Wo wohnen Sie“?

Kl.: „Wie war die Einschulung Ihres Kindes?“

Finke empfiehlt hier, nur indirekt auf die Frage zu antworten, und die Prozesshaftigkeit zu thematisieren. Dies mache ich für mich jedoch anders, indem ich mich auf die Dialogbeziehung beuge und entsprechend antworte (vgl. Dialogbeziehung). Es besteht sonst meines Erachtens die Gefahr, die Beziehung zum Klienten zu belasten.

- Der **Wunsch nach Nähe und Zuwendung** kann ein zentrales Bedürfnis des Klienten sein, der insbesondere durch lange Zeiträume zwischen den einzelnen Sitzungen frustriert wird. Der Therapeut thematisiert dies. Eine Hilfe sind hier Intermediärobjekte, die der Klient mitnehmen kann bis zum nächsten Gespräch. Der Therapeut bzw. der gemeinsame Prozess wird internalisiert und bleibt dadurch bestehen.

Beziehungsanspielungen sind weniger deutlich wahrzunehmen und erfolgen in unterschiedlicher Weise.

- **Als überpersönliche Bezugnahme**, wenn der Therapeut nicht persönlich angesprochen wird, aber offensichtlich gemeint ist. Hier als Beispiel wieder die aufsuchende Drogenarbeit im Vollzug.

Kl.: „Hier im Vollzug unterstützt uns niemand.“

Th.: „Haben Sie den Eindruck, dass ich Sie auch nicht unterstütze?“

Mit dieser Reaktion nimmt der Therapeut das Empfinden des Klienten auf und begibt sich auf die Beziehungsebene.

- Als **Reden über eine Drittperson**. Dies passiert zum Beispiel, wenn ein inhaftierter Drogenabhängiger über einen anderen Drogenberater im Vollzug schimpft. Hier verbirgt sich aber oft ein eher appellativer Charakter, mit dem der Häftling mich motivieren möchte, mich um ihn zu kümmern. Eine mögliche Antwort wäre hier:

Th.: „Glauben Sie, dass ich mich mehr für Sie einsetzen würde?“

Th.: „Ich frage mich, ob Sie davon ausgehen, dass ich mich genau so verhalten würde wie mein Kollege?“

Th.: „Wenn Sie so über meinen Kollegen sprechen, frage ich mich, ob Sie mich damit auch

In der aufsuchenden Drogenarbeit geht es insbesondere in der Gruppenarbeit auch darum, Übertragungsprozesse zustande kommen zu lassen. Inhaftierte verhalten sich mir bzw. uns gegenüber überwiegend angepasst, da sie davon ausgehen, sie würden unsere Unterstützung verlieren, wenn sie sich anders zeigen. Ein häufiger Wechsel der Gruppenmitglieder erschwert vertrauensbildendes Arbeiten. Wenn eine Gruppe über mehrere Wochen zusammen ist, entstehen hier andere Möglichkeiten.

- Als **Reden über sich selbst**. Hier geht es darum, dass der Klient ein Erleben bei sich schildert, das er eigentlich bei seinem Therapeuten vermutet, es aber nicht in dieser Form ansprechen kann.

6.3.5. Widerstandsanalyse in der Übertragungsbeziehung

Widerstand hat nach Finke immer einen Beziehungs- bzw. Übertragungsaspekt (Finke 1999, S. 92). Er sieht im Widerstand eine aktualisierte Abwehr, die sich in der Übertragung manifestiert. (Das ist aus integrativer Sicht natürlich eine sehr eingrenzende, vereinseitigende Sicht von Widerstand [vgl. Petzold 1981b, c], die dem Therapeuten wiederum eine immense Interpretationsmacht zuschreibt und Reaktanzphänomene ausblendet – Patienten können zu Recht widerständig-reaktant gegenüber un-passenden Widerstandsdeutungen, die keine „Passung“ haben, sein. Die Konzeptualisierung von Finke ist also recht problematisch in ihrer traditionellen psychoanalytischen Ausrichtung. Neurowissenschaftlich gesehen, werden so auch keine Umbahnungen möglich werden [Grawe 2004]. Wenn man also Finkes Modell verwendet, muss man gerade hier sehr vorsichtig sein und den „Patienten als Experten“ seiner selbst immer wieder konsultieren). Verschiedene Phänomene sind beobachtbar.

- **Klagsamkeit als Beziehungsanspielung**. Auch hier wieder ein Beispiel aus der aufsuchenden Drogenarbeit. In meiner Gruppe berichtet ein 46-jähriger drogenabhängiger Mann davon, dass er gerne nach seinem letzten Gefängnisaufenthalt die genehmigte Therapie angetreten hätte. Dies war aber nicht möglich, weil es seiner Frau so schlecht ging, und sein Arbeitgeber ihn gekündigt hätte. Jetzt sei aber alles anders, er sei sehr motiviert und könne nicht verstehen, warum die LVA ihm eine 6-monatige Motivationsphase verordnet hat.

Th.: „Sie vermitteln mir den Eindruck, dass Sie das Opfer unglücklicher Umstände geworden sind und möchten, dass ich mich für Sie einsetze. Nur habe ich den Eindruck, dass Sie mir hier etwas vorspielen und nicht bereit sind, sich mit Ihrer Abhängigkeit auseinander zu setzen.“

Th.: „Sie vermitteln mir das Gefühl, dass ich Ihnen ganz schnell helfen muss, und Sie für Ihr Schicksal überhaupt nichts können. Und dann frage ich mich, wie Sie das schaffen in mir auszulösen.“

Das Gruppenmitglied erwartete von mir, dass ich mich für ihn einsetze, indem er mir seine Geschichte präsentierte. Seine Klagsamkeit verhinderte die Auseinandersetzung mit sich selbst und hatte Appellcharakter an die Bezugspersonen. Sein Widerstand ist ein Veränderungswiderstand, in dem er mich für seine Zwecke, nämlich eine schnelle Vermittlung, funktionalisiert.

- **Externalisierendes Reden** als Beziehungsanspielung um Nähe und unangenehme Themen zu vermeiden. Der Klient erlebte durch Grenzverletzungen geprägte Beziehungserfahrungen, die sich auch jetzt in der therapeutischen Beziehung wiederholen könnten. Ich denke hier an einen 45-jährigen alkoholabhängigen Mann, der zum Erstgespräch in meine Außensprechstunde kam und mich mit einer Fülle von Informationen aus unterschiedlichsten rasch wechselnden Bereichen eindeckte. In diesem ersten Gespräch ist es schwierig darauf zu reagieren. Im weiteren Verlauf wäre aber eine Möglichkeit:

Th.: „Ich habe mir gerade überlegt, warum Sie so rasch von dem einen zum anderen Thema wechseln und vor allem so schnell sprechen. Es fällt mir dabei schwer, ein bestimmtes Thema zu vertiefen, und Sie so etwas besser kennen zu lernen.“

Th.: „Wie geht es Ihnen, wenn Sie mir so schnell vieles aus unterschiedlichen Bereichen erzählen?“

Th.: „Wer bin ich für Sie, dass Sie glauben, mir so vieles so schnell aus unterschiedlichen Bereichen erzählen zu müssen.“

Th.: „Wie würde sich unsere Beziehung verändern, wenn wir jetzt an einem Thema bleiben, und Sie langsamer erzählen würden?“

Bei diesem Vorgehen ist es wichtig, eine empathische Grundhaltung zu haben, in der sich der Klient verstanden und nicht bewertet fühlt.

6.4. Dialogbeziehung

6.4.1. Charakteristik der Dialogbeziehung

Sie ähnelt der Alltagskommunikation und hat verschiedene Merkmale. Es geht hier um eine **Gegenseitigkeit des Dialogs**. Der Therapeut ist der Antwortende, der „stellungnehmende Andere“ (Finke 1999, S. 105), der dem Klienten hilft, seine Konturen besser wahrzunehmen. Der Therapeut ist authentisch und reale Person im Hier und Jetzt (Grundsätzlich problematisch im Modell von Finke ist der Wechsel der Relationalitätsmodalitäten, mal Übertragungs- mal Dialogbeziehung, und der Therapeut erscheint als der Regisseur dieses ganzen Geschehens, dass eben nicht das Ergebnis gemeinsamer Such- und Erkenntnisarbeit ist. Integrativtherapeutisch würde die Differenzierungsarbeit, die übertragungseingefärbte Interaktionssequenzen identifiziert und an solchen mit Dialogqualität arbeitet, um eine immer klarere Dialogizität, d.h. intersubjektive Beziehungsqualität zu erreichen, gemeinsam geleistet! Wo ggf. noch mehrere andere Personen beteiligt sind wird die dialogische Zweisamkeit zum **POLYLOG**, dem „Gespräch nach vielen Seiten“, zu öffnen sein. Das wird schon erforderlich, wenn „virtuell“ Personen, z. B. Angehörige, den therapeutischen Raum betreten, besprochen werden. Menschen mit ihren Möglichkeiten sind ja in der Evolution aus **Polyaden**, aus Gruppen, Horden, Wir-Feldern hervor gegangen, genauso wie ihre Sprache und nicht primär aus der **Dyade**, die immer Polyaden mit Polylogen im Hintergrund haben. Hier liegt eine prinzipielle Schwachstelle tiefenpsychologischer und humanistisch-psychologischer dyadologischer Dialogizität (vgl. Petzold 2002c)

Im Vergleich zur Übertragungsbeziehung, in der der Therapeut auf eine Frage eine Gegenfrage stellt, **antwortet** er jetzt direkt in einer persönlichen Stellungnahme.

Er sendet Ich-Botschaften und beschränkt sich auf sein **subjektives Meinen** innerhalb seines fachlichen Kontextes.

6.4.2. Funktionen der Dialogbeziehung

Der Klient erlebt hier die Solidarität des Therapeuten, der ihm haltgebend und greifbar als reale Person zugewandt ist, was das **Selbstwertgefühl** des Klienten **fördert**. Wieder komme ich auf meine Supervisionserfahrung zu sprechen, in der ich gerade dies auch erleben durfte. Ein Gegenüber, das sich auch in seinen Schwächen zeigt, ermöglicht **intersubjektive Beziehung**. Innerhalb der vier Wege der Heilung stellt die Solidaritätserfahrung den vierten Weg dar.

Indem sich der Therapeut in seiner Resonanz und seinen **Wahrnehmungen** offen zeigt, fungiert er als Modell für den Klienten. Dieser wird dadurch eingeladen, es ähnlich zu machen. An dieser Stelle fällt mir eine 45-jährige alkoholabhängige Frau wieder ein, die einen frühen Ambivalenzkonflikt in der Beziehung zu ihrer Mutter hatte. Sie fühlt sich ihr gegenüber mitunter ohnmächtig und würde sich wünschen, ihr Verhalten verändern zu können. Ich erzähle ihr von meiner Mutterbeziehung.

Th.: „Ich kann mich hier gut einfühlen. Lange Zeit hatte ich geglaubt, die Beziehung zu meiner Mutter wäre auch unveränderbar. Immer wieder litt ich unter den gleichen Kommunikationsproblemen, bis ich erkannte, dass sich nicht meine Mutter verändern muss, sondern mich, und ich ihr ihre Individualität zugestehen muss.“

Die Klientin berichtete mir später, dass dies eine wichtige Erfahrung für sie mit mir war.

In dieser Offenheit verändert sich das Beziehungserleben des Klienten durch die therapeutische Beziehung. Sie bekommt **Modellcharakter**. Im obigen Fall blieb dies aber nicht unproblematisch für die Partnerbeziehung meiner Klientin, die das Trennende mit einem eher zwanghaft strukturierten Mann als noch belastender erlebte.

Zu dieser Beziehung gehört auch das Erleben von **Andersartigkeit**, das aber nicht mehr angstbesetzt ist, sondern sein darf. So wäre das Ziel für die o.g. Paarbeziehung, dass meine Klientin lernt, ihren Partner in dieser Andersartigkeit zu akzeptieren ohne sich dabei selbst in Frage stellen zu müssen.

Auf Übertragungen reagiert der Therapeut so, dass er sein Erleben dieser Zuweisungen anspricht, und so die Entfaltung der **Übertragungsreaktionen unterbricht**.

6.4.3. Leitlinien der Dialogbeziehung

Der Therapeut stellt dem Klienten seine Gegenübertragung zur Verfügung. An dieser Stelle muss er sich aber die Hintergründe bewusst machen, die auch in eigenen lebensgeschichtlichen Erfahrungen bestehen können.

Aus meiner eigenen Geschichte spürte ich hier lange Zeit das Bedürfnis, Ehen retten zu müssen, was grundgelegt war im Erleben meiner Elternbeziehung. Weitere Gegenübertragungsgefühle können Mitleid bzw. Ärger sein und jemanden schützen zu wollen.

In einem Gespräch mit einem 60-jährigen alkoholabhängigen Mann teile ich meine Gegenübertragung mit, als er sich herablassend über seine Partnerin äußert. Als ich den Prozess für mich nach dem Gespräch reflektiere, wird mir bewusst, dass ich mich mit seiner Partnerin identifiziert habe (vgl. komplementäre Identifizierung) und hier Parallelen auch in der Beziehung zu mir erkenne. D.h. es ging nicht nur um diese Frau sondern auch um mich.

Der Therapeut macht deutlich, dass seine konfrontierenden Äußerungen bzw. Deutungen in einem subjektiven Zusammenhang zu sehen sind. Der Klient erlebt so diese Äußerungen als ein Angebot, mit dem er sich selbstverantwortlich auseinandersetzen kann, ohne es annehmen zu müssen.

Die Rückmeldungen des Therapeuten sind dosiert und so formuliert, dass der Klient sie nicht als Vorwurf oder als kränkend empfindet. Er achtet auf den richtigen Zeitpunkt. Wieder der oben genannte Klient.

Th.: „Während Sie so vom Umgang mit Ihrer Partnerin erzählen, habe ich versucht, mich in sie einzufühlen und bemerkt, dass ich mit Ihrem Verhalten etwas unzufrieden wäre.“

6.4.4. Praxis der Dialogbeziehung

Es werden nachfolgend unterschiedliche Interventionen dargestellt.

- Der Therapeut vermittelt dem Klienten glaubwürdig seine **Sorge und Anteilnahme**.

Th.: „Ich freue mich, dass Sie ihre Tränen haben zulassen können, als wir über die Beziehung zu ihrem Sohn gesprochen haben. Ich habe Sie hier von einer angenehmen und gefühlvollen Seite erleben können.“

Th.: „Als Sie von dieser schwierigen Zeit nach der Trennung von ihrer Frau erzählten, habe ich mir gedacht, dass Sie diese Phase sehr gut bewältigt haben.“

Th.: „Manchmal habe ich den Eindruck, Sie achten zu wenig auf Ihre Gefühle und Befindlichkeiten, so, als ob die Aufgabe zu erledigen ist, egal was da kommt.“

Th.: „Manchmal glaube ich, dass sich Ihre Partnerin über manche Schwäche von Ihnen freuen würde, weil sie Ihnen dann noch näher sein könnte.“

- Das **Mitteilen von bestätigender Ähnlichkeit** hat die Funktion, den selbstunsicheren Klienten in seiner Wahrnehmung zu bestätigen. Dies hat zur Konsequenz, dass er sich traut, so zu sein, wie er ist. An dieser Stelle sei noch einmal die 45-jährige alkoholabhängige Frau genannt, der ich auch über meine Mutterbeziehung berichtet habe, was für sie eine wichtige Hilfe war.

Th.: „Die Unsicherheiten, von denen Sie hier berichten, kenne ich.“

Th.: „Ich fühle mich auch manchmal verunsichert, wenn es darum geht, eine neue Aufgabe zu übernehmen. Vor kurzem machte ich die Erfahrung, dass ich dadurch nicht nur belastet wurde, sondern mir auch eine Veränderungsmöglichkeit aufgetan wurde.“

Th.: „So wie Sie das beschreiben, fühle ich mich auch an mich erinnert. Und ich möchte Ihnen damit gerne zu verstehen geben, dass auch andere Menschen so erleben wie Sie.“

- Wenn durch diese stützenden Interventionen eine haltgebende Dyade (Finke 1999, S. 119) aufgebaut werden konnte, geht es jetzt darum, auch **auf Konflikte hinweisen** zu können.

Th.: „Wenn Sie jetzt von den Schwierigkeiten in der Beziehung zu Ihrer Partnerin berichten, kann ich dies inhaltlich zwar nachvollziehen, erlebe bei Ihnen aber keine Betroffenheit.“

Th.: „Wenn Sie so laut sprechen, habe ich manchmal das Gefühl, dass immer noch der Berufssoldat zu mir spricht, der sich Gehör verschaffen muss.“

- Der Therapeut bringt sich in der Dialogbeziehung als Person, als Ich, ein. So auch, wenn es jetzt um **alternative Sicht- und Erlebnisweisen** geht. Er fühlt sich in die Beschreibungen seines Klienten ein und leitet daraus ein mögliches Handlungsfeld ab.

Th.: „Als Ihr Partner Sie dann gemäßregelt hat wegen der beschädigten Autotür, habe ich meine Wut auf ihn gespürt und hätte ihm an Ihrer Stelle gesagt, dass er in einem anderen Ton mit Ihnen sprechen soll.“

Th.: „Wenn Sie so von Ihrer Partnerin erzählen, spüre ich eine tiefe Verbundenheit, die Sie mit ihr haben. Nur habe ich auch den Eindruck, dass Sie sie mehr an Ihrem Erleben teilhaben lassen könnten.“

Th.: „Nachdem Sie die Situation beschrieben hatten, haben Sie mir den Eindruck vermittelt, als Verliererin dazustehen. Sie haben es geschafft, Ihrem Partner Ihr Erleben mitzuteilen, und das ist ein ganz wichtiger Schritt für Sie gewesen. Was Ihr Partner für sich daraus macht, ist seine Sache. Vielleicht versuchen Sie einmal, beides voneinander zu trennen.“

Th.: „Wenn ich an Ihrer Stelle wäre, würde ich meinen Sohn die Ersatzfreiheitsstrafe für mich nicht bezahlen lassen, zumal Ihre Partnerin von Sozialhilfe lebt.“

Ich denke an dieser Stelle an einen alkoholabhängigen Berufssoldaten, der große Schwierigkeiten hatte, Gefühle benennen zu können und für den Alkoholmissbrauch eine Möglichkeit war, sich seiner Emotionalität hinzugeben, die er sonst kontrollieren musste. Ich hatte in dieser therapeutischen Beziehung die Aufgabe, diese Gefühle für ihn zu erleben und ihm mitzuteilen.

- Der Therapeut kann ebenfalls **mit seiner Gegenübertagung konfrontieren**, d.h. seiner Resonanz auf den Klienten. Hier ein Klient, den ich schon im ersten Gespräch damit konfrontierte. Dies hatte zur Konsequenz, dass sich dieses Verhalten veränderte. Damit muss allerdings sorgsam umgegangen werden, weil es leicht als Schuldzuweisung verstanden werden und ein Grundkonflikt dadurch eher verstärkt werden kann.

Th.: „Es fällt mir schwer Ihnen zuzuhören und alles zu verstehen, weil Sie so schnell sprechen. Wir haben hier Zeit für einander und ich möchte gerne alles verstehen können, was Sie mir sagen, weil es wichtig ist.“

6.4.5. Widerstandsbearbeitung in der Dialogbeziehung

Der Therapeut beschreibt seine Reaktion auf Widerstandsphänomene. Dieser wird so zu einem interpersonalen Geschehen.

Th.: „Ich spüre, wie ich gerne etwas mehr von Ihrer Gefühlswelt erfahren und erleben würde. Immer dann, wenn ich darauf zu sprechen komme, erzählen Sie mir viel über Zusammenhänge, was mich zwar beeindruckt aber Ihre Gefühle nicht erleben lässt.“

Th.: „Als ich Sie jetzt auf Ihren Rückfall angesprochen habe, hatte ich den Eindruck, dass Sie schnell das Thema wechseln wollten.“

Diese Form der Widerstandsbearbeitung hat sich für den oben beschriebenen ehemaligen Berufssoldaten angeboten, da er wenig introspektionsfähig ist, Schwierigkeiten hat, seine Affekte wahrzunehmen und die Widerspiegelung seines Verhaltens im Erleben eines Gegenüber braucht, um Zugang zum eigenen Erleben zu bekommen. Der Therapeut bekommt damit eine Modellfunktion, was mich an seinen Ausspruch erinnert „Sie müssen mir sagen, wie ich das machen kann?“, „Wie schaffe ich es, auf Alkohol zu verzichten?“, „Wie kann ich glücklicher werden?“.

6.5. Integrativer Stil

Im letzten Punkt ging es um verschiedene therapeutische Beziehungen. „Der Analytiker muss sich dem Patienten nahe genug fühlen, so dass er fähig ist, mit den intimsten Einzelheiten seines Gefühlslebens mitzufühlen; aber er muss fähig werden, sich genug zu distanzieren, um ihn leidenschaftslos zu verstehen ...“. (Greenson 1975, S. 289 in Petzold, Die Rolle des Therapeuten ... 1996, S. 253). Während im ersten Teil dieses Zitats die Alter-Ego-Beziehung und die Dialogbeziehung angesprochen sind, geht es im zweiten Teil um die Arbeitsbeziehung.

Im Integrativen Stil bringt sich der Therapeut mit seinen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensäußerungen ein und ist damit Intervention. Aus der Befindlichkeit von Klient und Therapeut kommt die „spontane Qualität“ der Beziehung zustande (Petzold 1996, Die Rolle des Therapeuten ... , S. 254). Dabei regelt der Therapeut oft auf intuitiver Ebene die Nähe bzw. Distanz zum Klienten.

Die Wurzeln von Störungen sieht die IT im Bereich des Bezogenseins auf den anderen. Heilung und Wachstum ist deshalb auch nur im Miteinander möglich. In der therapeutischen Beziehung ist die Interaktion zwischen Therapeut und Klient zentral. Im Aufbau von Grundvertrauen wird Heilung möglich. Die IT unterscheidet hier 5 Formen des Miteinanders (vgl. Punkt 4.1. – 4.5.).

Von besonderer Bedeutung ist der Ko-respondenzprozess zwischen Klient und Therapeut (vgl. Punkt 3.), durch den verschiedene Stimuli, bedingt durch vergangene Szenen, freigesetzt und womöglich verdrängt werden bzw. unbewusst bleiben. Der Therapeut engagiert sich partiell in dem Maße, als er sein ganzheitliches Beteiligt- sein in dem Maß zulässt, dass er seine Selbstregulation zwar nicht verliert, trotzdem seinen Erfahrungsschatz aber seinen Klienten zukommen lässt.

Wenn ich hier also meine Themen in Ko-respondenzprozesse einfließen lasse, dann nur in dem Maß, wie ich gelernt habe damit umzugehen bzw. eine Haltung gefunden habe. Dies ist auch und besonders in der Arbeit mit Suchtkranken erforderlich, da gerade in den ersten oft fremdbestimmten Gesprächen gegen den Therapeuten aus einer abwehrenden Haltung agiert wird. In dieser Phase bin ich ein Störenfried, der die ganze Palette an Übertragungen abbekommt, die der abhängige Mensch im Laufe seiner mehrjährigen Widerstandsarbeit ausbilden musste.

Nach Petzold findet das sich Einlassen auf den Klienten auf vier Ebenen statt:

- „Das Einlassen auf sich selbst.
- Das Einlassen auf den Patienten.
- Das Einlassen auf die Inhalte, die in der therapeutischen Sitzung zur Sprache kommen.
- Das Einlassen auf den aktuellen Kontext der Therapiesituation“ (Petzold 1996, Die Rolle des Therapeuten ..., S. 256).

Um dieses sich- Einlassen zu ermöglichen, muss ich mich in die Situation des Klienten begeben können, was mir manchmal durch Rollenspiele möglich ist. Hier geht es dann nicht nur darum, dem Klienten etwas leibhaftig zu zeigen, indem ich mich in seine Rolle begeben, sondern vor allem genauso

auch zu spüren, wer der andere in seinen Bedingtheiten ist. Dadurch wird es mir möglich, die Trennungsängste einer Klientin zu spüren, das Wagnis eines Neuanfangs oder das Gefühl, orientierungslos zu sein. Ich kenne mich hier leider viel zu wenig aus, könnte mir aber auch vorstellen, dass das therapeutische Theater bzw. Theater spielen generell eine Möglichkeit bietet, hier dazu zu lernen. Diese Bandbreite an möglichem Verhalten ist für die Arbeit mit Suchtkranken für mich sehr wichtig. Wenn es richtig angewandt wird, zeigt sich darin dem Klienten die empathische Haltung des Therapeuten und die Grundlage für Wachstumsprozesse.

Im integrativen Stil sind Übertragung-, Gegenübertragungs- und Widerstandsprozesse zentral. Auch die IT sieht in der Übertragung ähnlich wie die Psychoanalyse ein pathologisches Phänomen. Der andere wird in der Übertragungsbeziehung nicht als der gesehen, der er ist, sondern als der, den es in der Vergangenheit gibt und jetzt aktualisiert wird. Deshalb geht es hier darum, dass „wo Übertragung war, muss Beziehung werden“ (Petzold 1996, Die Rolle des Therapeuten ..., S. 259).

Es wird hier unterschieden zwischen den Übertragungen, mit denen ein Klient in die Therapie kommt bzw. denen, die durch das therapeutische Setting entstehen.

In der therapeutischen Arbeit mit Übertragungen gibt es verschiedene Vorgehensweisen:

- **Die Arbeit an der Beziehung.** Der Therapeut spricht mit dem Klienten darüber, wie es ihm in dieser Beziehung geht.
- **Die Arbeit an der Übertragung.** Der Therapeut sieht die Beziehung vor dem Hintergrund einer früheren Beziehung und fragt seinen Klienten, ob er Parallelen erkennt.
- **Die Arbeit in der Übertragung.** Hier übernimmt der Therapeut die positive Elternrolle und damit eine Elternfunktion, die stabilisierend für den Klienten ist (vgl. Alter-Ego-Beziehung bzw. Punkt 10. Die vier Wege der Heilung).
- **Die Arbeit in der Beziehung.** Zwischen Klient und Therapeut ist eine gute Beziehung entstanden, in der der Klient seine Selbststeuerungsmechanismen konstruktiv einsetzen kann, Übertragungen erkennt und selbstverantwortlich handelt (Kalkum 2000 Zettelkasten, U, S. 17).

In seiner Gegenübertragung (=bewusstseinsfähige Resonanz des Therapeuten auf das Material des Klienten) gibt es verschiedene Rollen Aspekte.

- **Konkordante** Gegenübertragung. Ich fühle mich empathisch mit dem Klienten.
- **Komplementäre Gegenübertragung.** Ich fühle mich wie seine Partnerin, der er wieder zu verstehen gab, dass sie ihm unterlegen ist (sein muss).
- **Reziproke Gegenübertragung.** Ich fühle mich von ihm behandelt als Wehrpflichtiger, der er auch einmal war, und er in der Rolle des strengen Vorgesetzten (Komplementärrolle), die ihm damals zu schaffen machte (Kalkum Zettelkasten 2000, U, S. 17).

Daneben gibt es auch noch die Übertragung des Therapeuten auf den Klienten. Hier geht es um unbewusste in einer Eigenproblematik liegende Übertragungen, die die Beziehung belasten und aufgearbeitet werden müssen.

Innerhalb des therapeutischen Prozesses kennt die IT verschiedene Ebenen der Tiefung:

- **Erste** Tiefungsebene. Hier geht es um Bericht und Exploration („Erzählen Sie einfach mal“).
- **Zweite** Tiefungsebene. Sie betrifft die Ebene der Affekte und lebhaften szenischen Vorstellungen („Was spüren Sie jetzt gerade?“).
- **Dritte** Tiefungsebene. Der Klient befindet sich in einer damaligen Szene („Wie fühlen Sie sich in dieser Situation?“).
- **Vierte** Tiefungsebene. Intensive mit der Szene verbundene Gefühle herrschen vor (Rahm u.a. 1999, S. 378).

Diese können auch schon innerhalb eines Gespräches erreicht werden.

Veränderungsprozesse sind durch Evidenzerlebnisse möglich, d.h. intensive emotionale Erfahrungen (z.B. die Auseinandersetzung mit der Mutter im Rollenspiel, s.o.), die in Ebene 3 bzw. 4 zustande kommen können in Verbindung mit körperlichem Erleben und rationaler Einsicht (Petzold 1996, Die Rolle des Therapeuten ... , S. 262).

Die nachfolgenden Punkte 7. bis 10. führen die Überlegungen zum integrativen Stil weiter.

7. Reflexionen zur Therapeutischen Beziehung bzw. Psychotherapie nach Levinas

Nachfolgend möchte ich einige kritische Anmerkungen zu dem Konzept von *Finke* machen. Ich werde hier den philosophisch-ethischen Denkansatz von *Levinas* darstellen, der zusammen mit *Moreno* die Ethik der Integrativen Therapie mitbegründet hat.

Levinas hat die Intersubjektivitätstheorie, die Identitätsarbeit und die Ethik der Verantwortung in der Integrativen Therapie wesentlich beeinflusst. Ebenfalls wurde das Polymorphieprinzip von *Petzold* durch „*Levinas* Idee eines wesensmäßig pluralen Seins geprägt“ (*Petzold/Orth* 1999, S. 339). Im Ko-respondenzmodell findet sich sein Gedanke der „engagierten Verantwortung für die Integrität des anderen“ (ibid. S. 341).

Die therapeutische Beziehung soll hier verstanden werden als besondere Situation des „Menschlichen in Bezogenheit“ (ibid. S. 339). Sie darf sich nicht nur auf Kategorien wie Übertragung, Gegenübertragung und Arbeitsbündnis begrenzen. In den Beiträgen von *Levinas* geht es um eine Philosophie des Zwischenmenschlichen, die über diese Begrenzungen hinaus geht.

7.1. Sein Programm

Levinas geht aus von der Unverfügbarkeit des Anderen. Diese Unverfügbarkeit begründet Freiheit. Dem entgegen stünde seine Erklärbarkeit, die ein sich Bemächtigen (des Klienten, Patienten) bewirkt. Er fragt sich weiter, wie eine Verantwortung für meinen Mitmenschen möglich wird, ohne dessen Autonomie zu beschneiden bzw. ob diese Verantwortung für den anderen überhaupt begründbar ist. Inwiefern gibt es eine philosophisch begründbare Bezogenheit? Seine Antwort darauf ist, dass er den Sinn des Menschseins in der Sorge und in der Verantwortung für den anderen sieht.

Ich kann nur Selbst sein, indem ich für den andern bin, d.h. in Bezogenheit lebe. Daraus ergibt sich meine Verantwortlichkeit, der ich mich nicht entziehen kann. Erst vor kurzem hatten wir in unserem Team eine Diskussion über Verantwortung. Die Fragestellung lautete: „Bin ich verantwortlich für die Entwicklung meines Patienten?“ Ein Psychoanalytiker verneinte und verwies auf die Eigenverantwortung. Wenn ich aber nicht verantwortlich bin, habe ich auch keine Beziehung zu meinem Patienten. Dies scheint ein Thema zu sein, das gerade unter den verschiedenen therapeutischen Richtungen noch zu diskutieren wäre.

7.2. Der Ursprung aller Gewalt

Ist durch das Sein des Menschen grundgelegt. Indem ich bin, werde ich mich gleichzeitig darum bemühen, mein Sein in einer Art Selbsterhaltungstrieb aufrecht zu erhalten. Der Ursprung aller Gewalt erwächst aus meiner Sorge um das Sein. „Leben der Lebewesen im Kampf ums Überleben; Naturgeschichte der Menschheit in Blut und Tränen der Kriege von Einzelnen, Nationen, Klassen“ (*Levinas*, E. 1995, Zwischen uns ...). Im totalitären System, das er selbst erleben musste, erhält der Einzelne nur seinen Sinn in der Funktion für die anderen, für das Ganze. Gleichzeitig verliert er dadurch seine Identität an das System.

Levinas betrachtet das Seiende im Horizont des Seins. Die Betrachtung selbst ist hier Sein, Erkennen, Verstehen. „Unsere Situation im Wirklichen verstehen heißt nicht, sie zu definieren, sondern sich in einer affektiven Ausgangslage zu befinden; das Sein verstehen heißt da sein“ (*Levinas*, E. 1995, Zwischen uns ... , S. 13).

7.3. Das Ich: die Welt ist für mich

Alles, was sich außerhalb des Ich befindet, versucht sich das Ich anzueignen motiviert durch Egoismus und Besitzen wollen. Das Bewusstsein, das Verstehen will, sucht in allem das bereits Bekannte, um es sich einzuordnen bzw. unterzuordnen. Dadurch wird neues, anderes verunmöglicht, da ich es als meines wieder erkenne. Jemanden zu verstehen würde also bedeuten, ihn lediglich in mir zu finden, und seiner Individualität nicht gerecht zu werden. In diesem Prozess bemächte ich mich des Anderen und negiere seine Unabhängigkeit (*Levinas*, E. 1995, Zwischen uns ... , S. 21). Hierher gehört auch die Bemächtigung durch Psychotherapie. Gerade das Prinzip der Abstinenz stellt eine Form dieser Bemächtigung dar.

Levinas sieht im Krieg die naturgegebene Machtentfaltung des Seinenden. Durch Krieg verleihe ich mir den Anderen ein und wahre nicht mehr seine Rechte auf Entfaltung und Unversehrtheit.

7.4. Der Andere: das wahre Außen

Ich verstehe deshalb meinen Mitmenschen auch nur vor dem Hintergrund meines eigenen **mich Verstehens** und werde so seiner Individualität nicht gerecht. „Die Begegnung mit dem Nächsten besteht darin, dass ich ihn trotz des Ausmaßes meiner Herrschaft über ihn und seiner Unterwerfung nicht besitze“ (Levinas, E. 1995, Zwischen uns ... , S. 21). Ich kann ihn versuchen zu verstehen durch seine Geschichte und seine Gewohnheiten, was mir aber entgeht, ist er, der Seiende. Er widersteht meiner Macht. Diesen Widerstand, der sich in der Begegnung mit dem Anderen zeigt, nennt Levinas auch „ethischen Widerstand“. In ihm zeigt sich die „Anwesenheit des Unendlichen“. Den anderen wahrzunehmen und seine Andersheit anzuerkennen, ist eine wichtige Voraussetzung für die Begegnung von Menschen, die zueinander wollen. Wohl wissend, dass das Du eine letzte Grenze hat, durch dass das Ich erst möglich wird. Letztendlich bleibt der Andere unerreichbar. Levinas stellt sich hier die Frage, wie es möglich ist, dass ein und der Selbe zum einen seinen Egoismus lebt, und zum anderen aber den Anderen nicht seiner Andersheit beraubt. Egoismus als eine Grundqualität des Menschen und damit auch des Helfers. Levinas entwickelt hier den Term der Apologie. Es geht dabei um eine Form nichtbemächtigender Relationalität, in der ich den anderen nicht vereinnahme aber meinen Egozentrismus auch nicht verleugne. Oder anderes gesagt, das Ich erhält sich aufrecht und neigt sich zugleich vor dem Anderen.

7.5. Die Sinnlichkeit: Verwundbarkeit des Ich

Das Ich und das Außen stehen in einer Wechselbeziehung. D.h. das Ich öffnet sich dem Außen und wird dadurch auch verwundbar. Die Verwundbarkeit ist die Fähigkeit geschlagen zu werden und geht jeder Verwundung, die vom Anderen ausgehen könnte, voraus. Wir haben darin also schon einen Bezug zum Anderen. Liebe und Hass setzen diese Verwundbarkeit voraus. Das Wissen um die eigen Verwundbarkeit lässt uns die Sterblichkeit des Anderen wahrnehmen. Einen weiteren Berührungspunkt zu Levinas gibt es bei der „Hermeneutik des nichtsprachlichen Ausdrucks“ in der Integrativen Therapie. Er beschreibt hier die Unmittelbarkeit der Sinnlichkeit als Ereignis der Nähe und nicht des Wissens (Petzold/Orth, 1999, S. 341). Sinnlichkeit wird hier verstanden als berührt werden. Das Antlitz des Anderen berührt mich und gibt sich zu erkennen, sucht mich heim, und ich kann mich ihm nicht entziehen.

7.6. Das Menschliche: sich sorgen um den Anderen

Der Mensch ist in der Lage, die Sorge um sich selbst zurück zu stellen zugunsten anderer. Sein Menschsein gebietet es ihm sogar, sich dem anderen zuzuwenden. In seinem Dasein da zu sein und Verantwortung zu übernehmen für andere. Das Sein des Menschen geht über die Sorge um sich selbst hinaus.

7.7. Vom Selben zum Anderen: Bewegung ohne Wiederkehr

Levinas stellt sich weiterhin die Frage, ob ein Anderer verstanden werden kann, ohne sein Sein zu verwandeln. Ebenfalls fragt er danach, ob es eine Bewegung ohne Wiederkehr geben kann. Dies sieht er in der Erfahrung der Güte. Bei einem Werk, das aus Güte getan wird, wird keine Dankbarkeit erwartet. Eigene Interessen stehen nicht im Vordergrund sondern das Sein des Anderen. Dem entgegen stünde die Tat für den Anderen, die auf eine positive Reaktion wartet.

7.8. Die Güte: Begehren, nicht Bedürfnis

Unter Bedürfnis versteht Levinas, das ich den Anderen für mich selbst benötige. Es geht hier um die Angst des Ich um sich. „Das Bedürfnis öffnet sich zur Welt, die für mich ist, es kehrt zu sich zurück“ (Levinas, E. 1999, Die Spur des anderen ... , S. 218). Dem entgegen steht das Begehren des

Anderen, dem es an nichts fehlt, und der sich in Güte und Liebe zuwendet. Hier zeigt sich das „soziale Sein“.

7.9. Im Antlitz des Anderen: seine Spur

Antlitz ist mehr, als ich sehen kann. Es ist hinter der Erscheinung verborgen. Für sich allein ist es Sinn. „Es ist das, was nicht ein Inhalt werden kann, den unser Denken umfassen könnte; es ist das Unenthaltbare, es führt uns darüber hinaus“ (Levinas, E. 1986, Ethik und Unendliches, S. 65). Der Andere ist der tatsächlich Andere, in ihm zeigt sich und bleibt das Unendliche. Lediglich als Spur kann es wahrgenommen werden.

Ich kann den Anderen nie haben, aber ich kann seiner Spur folgen. Und wenn es mir möglich ist, in seiner Spur zu gehen, ist die Bewegung mit dem Anderen eine wechselseitige. In der therapeutischen Arbeit ist es die Arbeit von Angesicht zu Angesicht als Grundform eines menschlichen Miteinanders, bei der Nähe möglich wird in wahrer Wechselseitigkeit. Der Andere ist aber auch Voraussetzung für mein Selbst. Dies bedeutet weiter, dass ich erst ein Anderer werden muss, um Selbst zu sein. Andere sind zuerst da vor der Erkenntnis des Eigenen.

7.10. Das Antlitz des Anderen: eine Heimsuchung

Es ist mehr als nur ein Phänomen, es spricht zu mir und sucht mich heim, ob ich will oder nicht. Das Antlitz des anderen zeigt mir seine Daseinsberechtigung. Ich muss mich verhalten, ob ich will oder nicht. Lediglich in der Art, wie ich mich verhalte, bin ich frei. Ich habe nicht das alleinige Recht, da zu sein. Sein Appell an mich ist der, es nicht zu töten. Levinas erkennt aber auch die Möglichkeit, nicht zum anderen hin zu erwachen. Er versteht darunter die Fähigkeit zum Bösen. Das Gegenteil dazu ist, das zum anderen Gehen als das „Einbrechen des Menschlichen ins Sein“ (Levinas, E. 1995, S. 145).

Levinas wehrt sich gegen den psychoanalytisch motivierten Anspruch nach restloser Offenbarung, und den psychotherapeutischen Zugriff auf die Existenz des Anderen. „Das, was hervorgeholt wird, gerät in die Nähe des Übergriffes“ (Petzold/Orth *ibid.* S. 349). Das Antlitz des Anderen, das in seiner Nacktheit, Personalität und Einmaligkeit zu uns spricht, ist die Aufforderung zur Antwort und gleichzeitig eine Infragestellung des Selbst, letztendlich um das Andere empfangen zu können (*ibid.* S. 350). Meine Ich-Bezogenheit schwindet. Das andere Antlitz gibt mir mein eigenes .

In diesem Denken ist die Wechselseitigkeit des Bezuges und die Freiheit des Anderen enthalten. In der Begegnung mit dem Antlitz des Anderen, bin ich aufgerufen zu antworten, aber auch den Anderen hereinzulassen. Gleichzeitig begründet die Schutzlosigkeit des Antlitzes einen ethischen Widerstand, den Anderen nicht zu entmachten. „Ich kann nicht mehr können“ (*ibid.* S. 352).

Sicht dem Antlitz des Anderen aussetzen und das eigene Antlitz zeigen, bedeutet Handeln und sich nicht hinter Abstinenz und Neutralität zu verbergen. Heißt betroffen sein und nicht zu dramatisieren. Letztendlich bedeutet es, kein therapeutisches Programm abzuspulen, das sich verselbständigt hat und dem Antlitz des Anderen nicht mehr begegnet.

In der Begegnung mit dem Antlitz verstehe ich den Anderen, weil er ist. Es besteht hier die Chance einer nicht vereinnahmenden Intersubjektivität. Petzold wendet sich hier gegen sprachliche Stigmatisierungen, wenn es um „Narzissen“, „Depressive“ oder „Inexpatienten“ geht und regt eine sprachkritische Hinterfragung an. Nur zu verständlich, weil ich dem Hilfesuchenden dann nicht mehr von Antlitz zu Antlitz begegnen kann, sondern nur noch hinter Masken, die ich mir selbst und dem Anderen aufsetze. Hier kann es sein, dass dem Anderen ein Stil des Sprechens aufgezwungen wird, der erfüllt, was davor diagnostiziert wurde. „Der Andere lebt nicht in mir, wenn ... ich der Getarnte bleibe, der sieht, ohne gesehen zu werden“ (*ibid.* S. 358).

7.11. Die Erwählung: Verantwortung

Das Ich ist bestrebt, sein Sein aufrecht zu erhalten. Dies entspringt seinem Bedürfnis. Mein Dasein bedroht das Dasein des anderen. Dadurch ergibt sich meine Verantwortung für den Anderen. Nur ich kann auf das Antlitz des Anderen antworten und bin dazu erwählt. Dadurch bekomme ich eine neue Identität als Subjekt. Diese Verantwortung darf aber nicht auf Gegenseitigkeit beruhen.

7.12. Der Sinn: Ethik

Dadurch entsteht etwas neues. Ich existiere nicht nur für mich selbst, sondern ich kann von mir absehen, mich um den anderen kümmern, mich für ihn opfern. Indem ich für das Sein des anderen bin, bekommt mein Menschsein einen erweiterten Sinn.

Die Ethik von Levinas ist anthropologisch begründet und nicht theologisch. Der Mensch ist in der Lage herauszufinden, was gut und böse ist.

8. Levinas übertragen auf die therapeutische Praxis

8.1. Die therapeutische Beziehung

Sie ist oft gekennzeichnet von der Unterlegenheitsposition des Hilfesuchenden, der dazu einlädt, ihn zu behandeln und zu modellieren. Nicht selten gibt es hier narzisstische Bedürftigkeiten auf der Seite des Therapeuten. (vgl. Begehren und Bedürfnis) Der Klient verliert seine Handlungsmacht und wird zum Objekt. Ein solches Vorgehen findet sich immer wieder auch bei Freud.

Nach Levinas lässt der Therapeut sich leiten vom Antlitz des anderen und übernimmt Verantwortung für seine Integrität. Er begegnet ihm als Mitmensch – die therapeutische Beziehung als gute zwischenmenschliche Beziehung ohne Asymmetrie. Sie wird nicht nur durch den Therapeuten sondern auch durch den Klienten hergestellt. Sein Beitrag ist wichtig und fördert seine Handlungsfähigkeit bzw. die Gegenseitigkeit im Prozess. Der Klient wird nicht entmündigt. Er erkennt selbst seine Bedürfnisse, artikuliert sie und kann für deren Befriedigung sorgen.

Gute Therapeuten sind nicht die, die die richtigen Deutungen haben. Sie erscheinen dem Klienten oft als perfekt und bringen ihn in eine Abhängigkeitsposition.

Das Ich ist verantwortlich für den anderen. Der Therapeut somit auch für seinen Klienten. Diese Verantwortung wird vom analytisch orientierten Therapeuten gerne negiert (s.o.), und die Eigenverantwortung des Klienten tritt in den Vordergrund. Aber auch hier geht es um Wechselseitigkeit, also auch um das Teilen von Verantwortung.

Der handelnde Therapeut kann sich schuldig machen, was aber auch nur zu menschlich wäre. Dies kommt zustande durch gestörte Ko-respondenzprozesse.

8.2. Therapeut sein ohne Eigennutz

Die Not des anderen sichert die Existenz des Therapeuten. Er sollte sich seines Eigeninteresses bewusst sein.

Es ergeben sich hier verschiedene Fragen innerhalb der Arbeit in einer Psychosozialen Beratungsstelle für Suchtkranke. So z.B. sichert die Anzahl der behandelten und über einen Kostenträger abgerechneten Patienten die Stelle. Überlegungen dahingehend, zunehmend die Leistung der Mitarbeiter zu bewerten und dementsprechend zu vergüten, lassen das Wohl, Antlitz, Sein des Hilfesuchenden eher in den Hintergrund rücken und machen ihn zu einem Produkt. Nicht mehr die Qualität der Arbeit sondern die Quantität steht im Vordergrund. Dies hätte Auswirkungen auf die Teamdynamik in einer PSB. Inwiefern ist der Mitarbeiter in der Lage „Fälle“, die seine Fachkompetenz übersteigen, nicht anzunehmen? Sind Klientenkontakte für den Therapeuten der Ersatz für fehlende soziale Kontakte? Die Liste ließe sich fortsetzen würde aber den Rahmen meiner Arbeit sprengen.

Was deutlich wird ist, dass die Menschlichkeit, um die es Levinas bzw. dem Suchttherapeuten gehen sollte, durch solche Prozesse beschädigt werden könnte. Der Widerspruch zwischen Eigeninteresse und Menschlichkeit erscheint unauflöslich.

Die Feinfühligkeit des Helfers wurzelt in leibhaftiger Mitbetroffenheit. Sie verursacht ein Verwundetwerden am eigenen Leib. Die zuzulassen ist wichtig. Hier wiederum im Gegensatz zum Analytiker, dessen Antlitz für seinen Patienten unerreichbar bleibt. Er wird deshalb auch nicht von Subjekt- sondern von Objektbeziehungen sprechen.

Petzold greift die Frage nach dem Anderen auf und erweitert sie mit der Frage nach den Grundqualitäten des Menschlichen wie Würde, Trost, Reue, Demut und Liebe zum Nächsten (Petzold/Orth 1999, S. 347). Psychotherapie muss die Fähigkeit zur Infragestellung entwickeln, und den „unmöglichen Beruf“ (Freud) engagiert und in Bescheidenheit tun.

Engagement für den Menschen bzw. den Anderen geht über den Brotberuf hinaus. Es ist der überzeugte Einsatz für den Anderen, für den ich mich entschieden habe. Die Ethik des Psychotherapeuten erweist sich als Praxis von Ethik.

8.3. Wider die Bemächtigung

Wie schon oben beschrieben geht Levinas davon aus, dass sich das Andere im Anderen dem Einfluss des Ich widersetzt. Therapie stößt damit an die Grenzen der Machbaren bzw. Erlaubten. Innerhalb der therapeutischen Arbeit bekommen Menschen Diagnosen, die sicher wichtig sind, aber auch die Gefahr in sich bergen, den Klienten darauf zu reduzieren. Der Mensch hinter der Erkrankung könnte verloren gehen. Ein dadurch entstehender (Sicherheits-) Abstand ist für den Therapeuten sicher funktional, insofern, dass er meint, den Anderen zu kennen und beeinflussen bzw. behandeln zu können. Noch wichtiger aber zu wissen, dass es ihm nicht möglich ist, sich des Antlitzes seines Klienten zu bemächtigen. Heilung liegt nicht (nur) in seiner Hand. Dies lehrt ihn Bescheidenheit und konfrontiert ihn mit seinen Grenzen.

Viele Klienten erscheinen zum zweiten Gespräch nicht mehr, vielleicht gerade aus diesem Grund, weil der Therapeut „schon alles wusste“ und nicht bereit war, sich auf die Ursprünglichkeit einer Beziehung einzulassen, und den Anderen wahrzunehmen, mit ihm zu sein. Der therapeutische Prozess sollte deshalb auch ein Prozess mit dem Klienten und nicht über ihn sein. Dadurch hat der Klient das Gefühl, Prozesse selbst mit zu steuern, sein Leben nicht aus der Hand zu geben. Der „locus of control“ verbleibt so beim Klienten. Der Therapeut bemächtigt sich nicht seiner (Petzold/Sieper 1993, S. 687).

Der Satz, „Ich verstehe Sie“, gehört auch in diesen Bereich der Bemächtigung, der Einverleibung des Anderen in das Ich des Therapeuten. Er wird nur all zu oft auch von mir ausgesprochen. Gleichzeitig nimmt er den Anderen in seiner Einmaligkeit, in seinem Antlitz, nicht ernst. In einer therapeutischen Beziehung muss nicht nur verstanden werden, um zu helfen. Der Andere wird immer ein Rätsel, ein Geheimnis bleiben, das ich wertschätzen muss.

9. Rollen des Therapeuten

Wenn es hier um Rollen geht, dann sind diese nicht gespielt, sondern ein Teil des Therapeuten. Die Rolle besteht nicht nur aus Verhaltenszuschreibungen und –Erwartungen, sondern auch aus der Verkörperung durch den Rollenträger. In der Beziehung zwischen Klient und Therapeut gibt es eine Rollenfestlegung darauf, dass der Therapeut der Helfer und der Klient der Hilfesuchende ist. Drei Rollen werden dargestellt.

9.1. Helfer und Heiler

Neben der Hilfsbedürftigkeit, die in der Regel Anlass zur Kontaktaufnahme ist, klärt der Therapeut ab, welche Ressourcen dem Klienten noch zur Verfügung stehen bzw. wie sehr seine Kontroll- und Steuerungsmechanismen beschädigt sind. Der Helfer untersucht, in welchen Bereichen der Klient Hilfe braucht. Hier sind die 5 Säulen der Identität hilfreich, um die Defizite zu erkennen. Diese betreffen (1) Leiblichkeit, (2) Sozialen Kontext, (3) Arbeit und Leistung, (4) Materielle Sicherheit, (5) Werte.

Im Bereich der Arbeit mit Drogenabhängigen erscheint auf den ersten Blick die Bestandsaufnahme erschreckend. Im Bereich von Leiblichkeit liegen häufig schwere ansteckende Krankheiten vor, trotzdem hat es der Betreffende geschafft, noch am Leben zu bleiben. Der soziale Kontext wird bestimmt durch eine Szenekultur, die Kontakte zur Herkunfts- bzw. der eigenen Familie sind belastet. Bzgl. der dritten Säule kann festgestellt werden, dass der Drogenabhängige oft arbeitslos ist, er es aber schafft, sich mit Stoff zu versorgen. Im vierten Bereich wird deutlich, dass es keine materiellen Sicherheiten gibt, sie müssen jeden Tag neu erstritten werden. Die Werte des drogenabhängigen Menschen sind bestimmt durch sein Leben in einem kriminellen Milieu.

In der Arbeit mit suchtkranken Menschen wird zu sehr versorgt und zu wenig gesehen, dass sie in einem für uns oft nicht nachvollziehbaren Sinn leistungsfähig und belastbar sind. Sie darin zu fördern ist mitunter weitaus sinnvoller als ihnen den Stempel der Hilfsbedürftigkeit aufzudrücken und alles abzunehmen.

9.2. Elternfigur – Kindposition

Auf Grund defizitärer Familienbeziehungen des Klienten kann sich in der therapeutischen Beziehung eine Art Eltern – Kind Situation ergeben, indem elterliche Qualitäten entstehen können. Die Entwicklung von Identität erfordert eine Nachsozialisation (vgl. Punkt 10.). „Jede Rollenlage muss (aber) im Zeitkontinuum den Prozessen von Wachstum und Veränderung unterworfen sein“ (Petzold 1996, Die Rolle des Therapeuten ..., S. 275), sonst erfolgt auch hier wieder eine Festlegung. Die Unterstützung wird dem Klienten durch diese Therapeutenrolle so lange zu teil, wie er sie braucht.

9.3. Berater – Ratsuchender

Therapeuten verweigern oft aus therapeutischen Gründen, einen Rat zu geben. Dies bleibt für den Klienten mitunter unverständlich. An dieser Stelle möchte ich wieder an den 60-jährigen alkoholabhängigen ehemaligen Berufssoldaten erinnern. Ich hatte gleich zu Beginn eine Dialogbeziehung zu ihm, in der er viel fragte, insbesondere wissen wollte, was er gegen seine Alkoholabhängigkeit unternehmen könne. Er hat damit die Strukturen seines früheren Arbeitgebers verinnerlicht, und möchte diese fortsetzen. Das viele Fragen bzw. Ratschläge bekommen wollen stand im Gegensatz zu seiner lebenspraktischen Kompetenz und seinem selbstbewussten Auftreten. Es war sein Beziehungsangebot an mich. Ich, der Fachmann, er der Fragende. Im weiteren Verlauf der Therapie wird sich zeigen, inwiefern er in der Lage sein wird, sich selbst die Antworten geben zu können.

Ähnlich ist es auch in der Beziehung des Lehrenden zum Lernenden. Ich freue mich über meine Lebenserfahrung bzw. meine therapeutischen Fertigkeiten, die ich meinen Klienten nutzbar machen kann. Trotzdem bin ich selbst auch in der therapeutischen Beziehung und im Korrespondenzprozess Lernender. In dieser Haltung konnte ich vor kurzem innerhalb meiner neuen Aufgabe als Suchtbeauftragter mein erstes ganztägiges Seminar zur Schulung von Vorgesetzten beginnen. Es hatte zur Konsequenz, dass tatsächlich ein Miteinander und ein Lernen möglich war. In der Beziehung zum Klienten hilft es mir, ein Machtgefälle zu vermeiden.

Dies hat jedoch keine Pseudopartnerschaft zur Konsequenz, genauso wenig wie Therapie Freundschaft ist.

10. Rollenfunktionen

- **Katalysieren.** Darunter ist zu verstehen, dass der Therapeut das wichtigste Instrument der Therapie ist. Mit seiner Person wird er zur Intervention (Petzold 1996, Die Rolle des Therapeuten ..., S. 278). Durch seine Prägnanz, Identität, Klarheit, Integrität und Wertschätzung wächst der Klient.

Für Suchtkranke - insbesondere Drogenabhängige - hat diese Grundhaltung eine wichtige Funktion. Der Prozess des sich Verabschiedens vom Suchtmittel wird mit dem Therapeuten und seiner Beständigkeit verbunden. Er wertschätzt den Klienten und bietet sich mit seinen therapeutischen und menschlichen Fertigkeiten an mit einer Vision, wie es einmal sein könnte.

- **Facilitating.** Wachstumsprozesse werden möglich durch die Förderung von Erfahrungslernen.

Suchtkranke Menschen „beeindrucken“ durch die Präsentation multipler Problematiken, gepaart mit einer anscheinenden Handlungs- und Veränderungsunfähigkeit. Wie schon weiter oben beschrieben, verbergen sich hinter den Phänomenen durchaus Fertigkeiten, die genutzt werden können. Der suchtkranke Mensch hat aber gelernt, andere Menschen für seine Bedürfnisse einzusetzen und wird unreflektiert, oft in einem Näheangebot, auch in der therapeutischen Beziehung so verfahren.

In einem Gespräch mit einem langjährigen Sozialarbeiter, der im Sozialdienst meiner JVA tätig ist, wurde deutlich, wie disfunktional die Versorgungsstrukturen nicht nur im Vollzug sind. Diese Lernprozesse sind aber oft nur durch Konfrontation möglich. Ich frustriere den Drogenabhängigen, indem ich ihm z.B. sage, dass er selbst ein Motivationsschreiben an

den Kostenträger ohne meine Hilfe aufsetzen muss und ermögliche ihm dadurch, dass er sich selbst bemüht und eine neue Erfahrung machen kann. Er lernt dadurch, wieder handlungsfähiger zu werden.

- **Stützen.** Dies setzt den letzten Punkt fort. Klienten haben Möglichkeiten zur Wahrung und Entfaltung ihrer Identität, die gefunden und entwickelt werden können. Die Steuerungsmechanismen werden dadurch ausgebildet. Dies ist aber nur in einem wachstumsfördernden (therapeutischen) Klima möglich.

An dieser Stelle möchte ich wieder meine Supervisionserfahrung ansprechen. Anfang diesen Jahres wurde ich dazu verpflichtet, innerhalb eines 20% Auftrages Suchtbeauftragter des Diakoniewerkes in Schwäbisch Hall zu werden. Es ging dabei in erster Linie um wirtschaftliche Interessen, was durchaus verständlich ist. Ich hatte anfänglich hier wenig Unterstützung im Team, weil das Vorgehen zu einer gewissen Sprachlosigkeit geführt hat. Durch die akzeptierende und fördernde Haltung meines Supervisors bin ich in diesen neuen Bereich hinein gewachsen. Die anfänglichen Ängste sind weniger geworden. Mittlerweile bin ich handlungsfähiger, akzeptiert und wertgeschätzt, meine Schulungsarbeit ist gut. Ich freue mich heute darüber, noch mehr Qualifikationen zu haben, die in mir geweckt werden konnten.

- **Gezielte Verselbständigung.** Durch Ermöglichung neuer Erfahrungen. Dies geschieht in einer stützenden aber auch konfrontativen Haltung des Therapeuten und wurde oben ausführlich beschrieben.
- **Konfrontation.** Es geht hier um das nebeneinander stellen von Realitäten über die dann auseinander gesetzt wird in einem Korrespondenzprozess.

Ein zentrales Thema ist in der Arbeit mit Suchtkranken unausgesprochen oft die Auseinandersetzung über die Sucht des Klienten. Der Prozess der intersubjektiven Korrespondenz wurde auch schon beschrieben. Konfrontation in der Arbeit mit abhängigen Menschen bedeutet nicht, wie sie es ja ohnehin zur Genüge kennen, sie schuldig zu sprechen. Es geht vielmehr darum, kompetenter Wegbegleiter zu sein, der auf verschiedenen Beziehungsebenen intervenieren kann.

Eine andere Form der Konfrontation war eine Begegnung wieder mit einem drogenabhängigen jungen Aussiedler in der aufsuchenden Drogenarbeit in der JVA. In meiner Resonanz spüre ich, dass er sich pubertierend verhält und große Schwierigkeiten hat, mit „Erwachsenen“ zu kommunizieren. Ich erlebe mich in der Rolle des Vaters, wir befinden uns im Prozess der Nachsozialisation. Er scheint es nicht geschafft zu haben, hier in eine Erwachsenenhaltung zu finden. Drogenkonsum hatte diesbezüglich auch eine wichtige Funktion. Ich kenne ihn schon längere Zeit. Hintergrund des Konfliktes war, dass ich mich noch einmal für ihn einsetzte, damit er eine Kostenzusage bekam. Nach dem Gespräch auf seiner Zelle bringe ich ihn auf seinen Wunsch zum Hofgang. In dieser Situation treffen wir einen Beamten, der uns sagt, dass Herr K. nachmittags nicht mehr in den Hof gehen darf. Auf mein Nachfragen, ob er das gewusst habe, bejaht Herr K. dies. Sein Verhalten ist eine Fortsetzung von vielen Erlebnissen davor.

Am nächsten Tag, es ging noch darum, einige Dinge zu klären, komme ich wieder in seine Zelle und konfrontiere ihn lautstark mit seinem Verhalten und meinem Ärger und verbiete ihm in dieser Phase zu sprechen.

Ich fühlte mich nachher unsicher, ob es richtig war, sich so zu verhalten. Ich habe ihn mit einem neuen Verhalten von mir konfrontiert.

- **Verstärken.**

Th.: „Ich bin beeindruckt darüber, dass Sie es die letzten Male geschafft haben, pünktlich zum Gespräch zu erscheinen.“

Th.: „Ich freue mich, dass es Ihnen heute möglich war, ruhiger und langsamer zu sprechen, so dass ich Sie besser verstehen konnte.“

Th.: „Nachdem Sie Ihren Bart geschnitten haben, sehen Sie viel jünger und gepflegter aus.“

Diese positiven Verstärkungen betrafen zum Teil durch Alkoholmissbrauch abgebaute Menschen, die wahrscheinlich seit langer Zeit wieder einmal eine positive Rückmeldung bekommen haben. Dadurch war es ihnen möglich, bestimmte Verhaltensweisen positiv zu stabilisieren.

➤ **Paradoxe Interventionen.**

Ich bin der Meinung, dass wahrscheinlich zu jedem Therapeuten bestimmte Interventionsformen passen. Es war mir bisher nicht möglich, paradox zu intervenieren, da ich dabei nicht authentisch bleiben konnte. Ich glaube auch, dass unsere Klienten sehr schnell spüren, was hier passiert und sich nicht ernst genommen fühlen.

11. Therapeutische Interventionen

Sie dienen der Entwicklung von Ko-responzenzfähigkeit bzw. der Entwicklung einer intersubjektiven Beziehung zwischen Therapeut und Klient (*Rahm* u.a. 1999, Einführung in die Integrative Therapie, S. 389). Dies ist, wie schon dargestellt, eine zentrale Arbeit mit suchtkranken Menschen, die durch frustrierte Beziehungsbedürfnisse Beziehungsverhalten zu Suchtmitteln aufgebaut haben. Die nachfolgenden Techniken bauen aufeinander auf und sind in dieser Reihenfolge auch zu sehen.

- Der Therapeut **macht** auf Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen **aufmerksam**, die vom Klienten oft nicht bewusst erlebt werden.

Th.: „Mir fällt auf, dass Sie immer leiser reden.“

Th.: „Wenn wir in der Gruppe miteinander sprechen, habe ich den Eindruck, dass Sie versuchen, andere für Ihr Schicksal verantwortlich zu machen.“

In einem Rollenwechsel spielt der Therapeut den Klienten und bespricht mit ihm anschließend, was ihm aufgefallen ist.

Th.: „Als Sie gerade eben von der Trennung von Ihrer Partnerin erzählten, hatte ich den Eindruck, dass Sie dies überhaupt nicht berührt, obwohl es doch auch sehr dramatisch ablief.“

Den Klienten einen vorgegebenen Satz sprechen lassen. Er überprüft dann, ob dieser für ihn zutrifft. Z.B.: „Wenn es mir nicht gut geht, ziehe ich mich lieber zurück und trinke etwas. Ich möchte nämlich niemanden belasten.“

Eine Konzentrations- bzw. Meditationsübung kann hier hilfreich sein. Der Klient fragt sich wiederholend, was er jetzt gerade erlebt. Dies betrifft alle Sinneseindrücke. Er nimmt sie wahr und lässt sie aber auch wieder gehen, um sich für weitere zu öffnen. Eine interessante Vertiefung findet sich bei *Rahm*, s.o., S. 394 f.

- Den Klienten **wiederholen** lassen.

Th.: „Sie sagten gerade, dass Sie angefangen haben zu trinken, als Ihre Partnerin Sie verlassen hat. Können Sie diesen Satz noch einmal langsam wiederholen.“

- Zum **Übertreiben** einladen.

Dies betrifft Wiederholungssätze, die dann z.B. lauter gesprochen, Gesten, die verstärkt werden ...

Th.: „Sie sagten vorhin im Rollenspiel zu Ihrer Mutter, dass Sie endlich von ihr akzeptiert werden möchten. Können Sie dies bitte noch einmal lauter sagen, und sie dabei ansehen.“

- **Assoziieren** lassen.

Th.: „Als Sie sagten, dass es Sie völlig unberührt ließ, den Überfall zu machen, fiel Ihnen dazu jemand oder etwas ein, das Sie damit verbinden könnten.“

Th.: „An wen oder was erinnert Sie dieser Satz von vorhin, dass ohnehin alles sinnlos sei.“

- **Aushalten.**

Zu einem Klienten, der über ein kurz angerissenes Thema nicht länger sprechen möchte.

Th.: „Ich habe den Eindruck, dass dieses Thema Sie belastet. Was könnte passieren, wenn wir noch länger darüber sprechen würden.“

Th.: „Ich möchte Sie einladen, dieses Gefühl nicht weg zu schieben, sondern es noch einen Augenblick da sein lassen. Es möchte verstanden und wahrgenommen werden, da es ein Teil von Ihnen ist.“

- In das Gegenteil **umkehren.**

Th.: „Sie sagten, dass Sie ohne Alkohol nicht leben könnten. Stellen Sie sich doch bitte mal vor, dass Sie sich entschieden hätten, nicht weiter zu trinken. Schildern Sie mir doch mal, wie dann, und was dann in Ihrem Leben anders wäre.“

Th.: „Ich möchte mit Ihnen eine kleine Übung machen. Bisher war es so, dass Sie immer alles klaglos angenommen haben, was Ihnen Ihre Partnerin gesagt hat. Jetzt möchte ich Sie einladen, sich zu wehren, und ihr einmal Widerstand zu bieten.“

Nach der Übung. Th.: „Wie fühlt sich das an.“

Speziell zu diesem Punkt fällt mir ein, dass ich gerne mit meinen Klienten daran arbeite, dass Gegenteile bzw. Polaritäten oft gar keine sind. Bewertungsschemata machen diese erst zu solchen. Dies betrifft die Bereiche Freude und Trauer, Wut und Niedergeschlagenheit Dadurch wird es möglich, sie wertfreier zu erleben bzw. sie überhaupt zu erleben und dann zu integrieren.

- Durch die **Arbeit an sprachlichen Äußerungen** werden dem Klienten Gefühle und Gedanken deutlicher. Durch die Verwendung einer ich - nahen Sprache erkennt der Klient seine Verantwortung für sich selbst und seine Fähigkeit zur Selbststeuerung. Es geht hier um die Verwendung von Äußerungen wie „eigentlich, relativ ...“, „ich glaube, es könnte sein ...“, „ja, aber ...“, „immer, nie, allein ...“, „ich sollte, ich kann nicht ...“.
- Durch die **Verwendung von Beispielen** wird ein Modell für eine bestimmte Situation geschaffen, ohne dass es einen konfrontativen Bezug zum Klienten gibt.

In meiner Informations- und Motivationsgruppe verwende ich Geschichten, Gleichnisse ... durch die bestimmte Themen aktualisiert werden, über die die Gruppe anschließend spricht. Es ist erstaunlich, wie offen und schnell hier Zusammenhänge zum eigenen Leben, Problematiken hergestellt werden können, ohne dass diese explizit angesprochen sind. Dieses Vorgehen bietet sich auch im Einzelgespräch an. Systemische Fragestellungen sind ebenfalls hilfreich und wurden schon aufgeführt.

Th.: „Stellen Sie sich bitte einmal vor, Sie sind seit ca. 10 Jahren abstinent. Ihr Leben hat sich grundlegend geändert. Wie würden Sie es beschreiben, und was hat es Ihnen rückblickend damals ermöglicht, sich vom Alkohol zu verabschieden.“

- Die Vergangenheit und die Zukunft werden **in die Gegenwart** geholt.

Th.: „Angenommen es würde eintreffen, vor dem Sie sich fürchten, wie wäre diese Situation dann für Sie.“

Th.: „Angenommen Ihr Chef würde Sie wieder damit konfrontieren, Sie zu entlassen, wenn Sie nicht bereit wären, einen neuen Arbeitsbereich zu übernehmen, wie würden Sie heute reagieren.“

- **Imagination und Phantasiearbeit.** In einer Supervisionssitzung Anfang diesen Jahres, als es mir auf Grund der Veränderungen an meinem Arbeitsplatz nicht gut ging, lud mich mein Supervisor zu einer Phantasiereise ein, die ich noch lebhaft in Erinnerung habe. Ich bin damals in Gedanken und Gefühlen auf meine Lieblingswiese an einem Fluss in der Nähe meines Geburtsortes gegangen. Dies war für mich sehr angenehm und kraftspendend.

Eine Übung mit einem alkoholkranken Mann, der seit der Trennung von seiner Partnerin Angst vor dem Bergwandern hatte, könnte hier eine Phantasiewanderung sein, in der alles genau beschrieben wird.

Rucksackübung. Hier geht es darum, dass der Bergsteiger unter dem Gewicht seines Rucksackes leidet, der alles enthält, was ihn belastet. Was kann er aus dem Rucksack werfen.

Der weise Mann auf dem Berg. Eine Phantasiereise zu diesem Mann lässt einen Dialog entstehen, bei dem der Ratsuchende Antworten bekommt.

- **Identifikation** mit anderen Personen, Gefühlen, Träumen, Widerständen, Ich-Anteilen. Auch diese Arbeit konnte ich in meiner Supervision kennen lernen. Es hat mir zu einer vertieften Auseinandersetzung bzw. Korrespondenz mit Persönlichkeitsanteilen verholfen und deren Integration ermöglicht.

Th.: „Wenn Sie sich jetzt bitte auf einen dieser Stühle setzen würden, auf dem sich Ihr Widerstand befindet. Stellen Sie sich bitte vor, Sie sind jetzt dieser Widerstand, was sagt er.“

Th.: „Nachdem Sie dies nun gehört haben, wie geht es Ihnen damit bzw. gibt es etwas, das Sie ihm darauf entgegen möchten.“

- Des öfteren habe ich in meiner Arbeit auf **Rollenspiele** verwiesen. Wahrscheinlich aus dem Grund, weil ich deren Sinn für meine Person erleben durfte. In Rollenspielen besteht die Möglichkeit der Identifizierung (s.o.). Der Klient gelangt zu einer vertieften Einsicht in die eigene Person, kann Gefühle aussprechen, sich in andere Personen einfühlen, erweitert seine Rollenflexibilität bzw. Selbststeuerungsmechanismen. Der Therapeut unterstützt diese Prozesse, indem er das Einfühlen verbal begleitet bzw. vorbereitet. Ein weiterer Schritt ist hier die Einbeziehung kreativer Medien z.B. innerhalb einer Skulpturarbeit.

Th.: „Stellen Sie sich bitte vor, dass auf diesem Stuhl neben Ihnen Ihr Partner sitzt und uns zu gehört hat. Was würde er jetzt sagen.“

Th.: „Sie haben mir jetzt geschildert, wie es Ihnen mit Ihrer trinkenden Mutter in der Kindheit ergangen ist. Würden Sie ihr dies jetzt bitte sagen. Wir setzen Sie einfach auf diesen Stuhl.“

Nachfolgend eine Übersicht über Integrative und differentielle Interventionen, die gedacht sind für Menschen, „die in chronischen Überforderungs- bzw. Überlastungssituationen stehen“ (Petzold, H. 1993, Integrative Therapie Band 3, S. 1273). „Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichende äußere und innere Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im

Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden“ (*Petzold*, H. 1993, *Integrative Therapie* Band 3, S. 1273). Soziotherapeutische Maßnahmen sind für diesen Personenkreis erforderlich, da psychotherapeutische Hilfe nicht ausreichend ist. Das bedeutet, dass Hilfeleistungen oft dauerhaft erbracht werden müssen. Soziotherapie wird damit zur Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie. Gerade im Bereich der Arbeit mit Drogenabhängigen zeigt sich so die erforderliche Karrierebegleitung.

Globalziele	Gewährleistung von Selbstregulation und Selbstverwirklichung im Lebenskontext/Humanisierung des Lebenszusammenhangs						
Richtziele	Prophylaxe	Erhaltung	Restitution	Entwicklung	Daseinsbewältigung/Coping	Repräsentation	Amelioration
	<i>Präventive Interventionen zur Verhinderung des Abbaus oder der Störung von Kompetenz und Performanz</i>	<i>Konservierende bzw. stabilisierende Interventionen zur Erhaltung vorhandener Kompetenz und Performanz</i>	Reparative bzw. Rehabilitative Interventionen zur Behebung oder Verbesserung geminderter bzw. gestörter Kompetenzen u. Performanz	<i>Evolutive Interventionen zur Entfaltung und Förderung von potentieller Kompetenz und Performanz</i>	<i>supportive Interventionen als Hilfen beim Umgang mit irreversiblen Störungen und Minderungen von Kompetenz und Performanz</i>	<i>Politische Interventionen zur Vertretung und Sicherung von Ansprüchen im gesellschaftlichen Kontext</i>	<i>Infrastrukturelle Interventionen zur Verbesserung sozioökonomischer Bedingungen und materieller logistischer Ressourcen</i>
Grob- und Feinziele	Müssen zielgruppen- und situationsspezifisch erarbeitet werden	-desgleichen	-desgleichen	-desgleichen	-desgleichen	Müssen spezifisch für Gruppen und den aktuellen Lebenskontext erarbeitet werden	Zu erarbeiten für den individuellen sozioökonomischen geographischen u. Sozialen Kontext
Inhalte	Müssen zielgruppen-, person- und situationsspezifisch erarbeitet werden	-desgleichen	-desgleichen	-desgleichen	-desgleichen	-desgleichen	-desgleichen
Strategien	Agogische und medizinische Interventionen	Agogische und medizinische Interventionen	Medizinische, psychotherapeutische, soziotherapeutische und agogische Interventionen	Agogische und erlebniszentrierte Psychotherapeutische Interventionen	Medizinische, agogische, psycho- u. soziotherapeutische Interventionen	Politische und soziale Interventionen durch	Ökonomische und infrastrukturelle Interventionen durch
Methoden (Techniken, Medien, Stile, Modalitäten, Formen)	Wie z.B. Sport, Bewegungsagogik, kognitives Training, Sozial- und Kommunikations-Training, angemessene Ernährung u.a.	-desgleichen konservierende bzw. stabilisierende Therapie etc.	-desgleichen und übungs- und/oder konfliktzentrierte Psychotherapie, z.B. Gestalt, analyt. Gruppentherapie, Verhaltensmod., ökologische Maßnahmen	Kreativitäts- und Kommunikations-Training, Meditation, Bewegungsagogik, themenzentrierte Arbeit, Selbsterfahrung etc.	Beratung, stabilisierende und stützende Psychotherapie, protektive, prothetische und ökologische Maßnahmen, Verhaltensprogramme	Bürgerinitiativen, Öffentlichkeitsarbeit, Selbsthilfeprojekte	Bildungsmaßnahmen, Arbeitsprogramme, kulturelle Maßnahmen, Ansiedlung von Betrieben usw.

12. Wirkfaktoren

Vor noch nicht all zu langer Zeit hätte ich wahrscheinlich an dieser Stelle geschrieben, dass der eigentliche Wirkfaktor die Person des Therapeuten selbst ist (Therapeutenvariable, s.u.). Ich gehe auch heute noch davon aus, dass dies sicherlich entscheidend ist, habe aber innerhalb meiner Ausbildung auch hier dazu gelernt. Das gezielte Einsetzen von Wirkfaktoren wird diesen Prozess positiv beeinflussen.

„Therapeutische Wirkfaktoren bzw. Wirkprozesse kommen immer im Rahmen therapeutischer Beziehungen als intersubjektive Korrespondenzen zum Tragen“ (*Petzold 02/2002, Polyloge, S. 64*). Sie werden konfrontativ, supportiv bzw. protektiv kontextbezogen eingesetzt. Der Therapeut orientiert sich dabei an einer prozessualen Diagnostik, die Probleme, Ressourcen und Potentiale erfasst.

Wirkfaktoren sind Teil eines **Therapieprozesses**, aber nicht der Prozess selbst. Dieser wird nämlich von verschiedenen Variablen bestimmt. Dies ist zunächst die **Therapeutenvariable**, die in der Integrativen Therapie geprägt ist von der selektiven Offenheit und der partiellen Teilnahme (s.o.). Der Therapeutenstil ist abhängig von den Behandlungsstrategien, die konservierend (Erhaltung funktionsfähiger Anteile), reparativ (Restitution der Persönlichkeit), substitutiv (Bereitstellung eines neuen Lernfeldes), evolutiv (Erschließung von Potentialen) geprägt sein können bzw. durch die Vermittlung von coping – Strategien, d.h. Situationsbewältigung durch Verzicht oder Substitution. Daneben wirkt die **Patientenvariable** in diesen Prozess hinein. Darunter ist zu verstehen, wie der Therapeut vom Klienten angenommen wird und welche Problembereiche mit welchen Atmosphären eingebracht werden. Weiterhin findet die **Prozessvariable** der Therapeut – Patient – Relation Berücksichtigung. In der IT geht es hier um die Relationsformen Konfluenz, Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung aber auch der Seins-, Habens- und Machens-Beziehung.

Wirkfaktoren sind Teil eines interpersonalen Geschehens und wirken nicht nur auf den Klienten, sondern auch auf den Therapeuten. Er überprüft, welche Faktoren innerhalb des Therapieprozesses welche Veränderungswirksamkeit haben.

Nachfolgend nun die 14 Wirkfaktoren.

- **Einführendes Verstehen.** Der Klient hat dadurch das Gefühl, so gesehen und verstanden zu werden, wie er ist. Dies hat Auswirkungen auf den Suchtkranken, der sich nicht entwertet fühlt, der über sein Suchtverhalten sprechen kann, weil er weiß und spürt, dass er dafür nicht verurteilt wird (vgl. Intersubjektivität).
- **Emotionale Annahme und Stütze.** Durch das Gefühl des Angenommenseins verstärkt sich ein positives Selbstbild. Durch Wertschätzung entsteht Selbstwert. Dies ist wiederum Voraussetzung für die Restitution von Selbststeuerung. Der Suchtkranke lernt, sich wieder selbst zu motivieren.
- **Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe.** „Praktische Lebenshilfe trägt unmittelbar dazu bei, dass therapeutische Beziehungen gelingen“ (*Kalkum 2000, Zettelkasten Integrative Therapie, T S. 12*). (vgl. Netzwerkarbeit und Dialogbeziehung).
- **Förderung des emotionalen Ausdrucks** indem über Gefühle gesprochen, aber indem diese auch erlebt werden. Hier habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht, wie schon mehrfach dargestellt wurde, im Einsatz von Rollenspielen und Übungen aus dem Kontext heraus. Der Suchtkranke lernt sich auch ohne das Suchtmittel als Krücke auszudrücken, weil er seine Gefühle als sich selbst zugehörig erlebt und integrieren kann.
- **Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen.** Hier geht es um das Erarbeiten von Problemzusammenhängen. Ausgehend von Sucht- und Sozialanamnese wird der suchtbetonte Lebenslauf deutlich, können Erlebnisse eingeordnet werden, wird das Gewordensein verstehbarer. Der Suchtkranke, der z.B. über seinen Vater berichtet, mit dem er nach einem Fußballspiel noch in die Wirtschaft gehen und dort sein erstes Bier probieren durfte, die Angehörige, deren Vater alkoholabhängig war, die jetzt selbst einen Alkoholiker zum Mann hat, um dadurch Bekanntes fortzusetzen. Die Liste ließe sich beliebig erweitern. Deutlich wird, dass es nicht nur um kognitives Aufarbeiten sondern auch die damit verbundenen emotionalen Erlebnisinhalte geht.

- **Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit.** Dies ist auch wieder sehr gut über Rollenspiele bzw. Übungen zu realisieren. Innerhalb unserer ambulanten Therapie ist das soziale Training ein wichtiger Bestandteil. Suchtkranke Menschen erlernen hier Rollenflexibilität und entdecken neue Beweglichkeiten und Fertigkeiten. Angstbesetztes, das bisher vermieden wurde, kann durch ein neues Verhaltensrepertoire verlernt werden. Eine immer wieder beeindruckende Erfahrung für mich sind Paargespräche, in denen das Paar seit langer Zeit in einem geschützten Rahmen unter Anleitung eines Therapeuten wieder miteinander sprechen kann.
- **Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung.** Ich denke hier an eine suchtkranke Frau, die auf Grund ihrer Sozialisation gegenüber ihrer Leiblichkeit skeptisch wurde. In der therapeutischen Beziehung lernte sie, sich zu vertrauen, wurde selbstbewusster, ihre Fähigkeiten zur Selbstregulation entwickelten sich. Für sie war das Bild des Flusses eine wichtige Hilfe, der sich ständig verändert und doch der gleiche bleibt.
- **Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen.** In der therapeutischen Beziehung werden neue (Beziehungs-) Erfahrungen möglich. Die o.g. Frau macht die Erfahrung, dass sie in ihrer Emotionalität angenommen ist, und gerade diese Sensibilität ihre Stärke ist, die sie in Beziehungen einbringen kann und dafür wertgeschätzt wird. Lernen ist nur in und durch Beziehung möglich.
- **Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte.** Sucht bedeutet die Einschränkung des Lebensvollzuges auf das Suchtmittel als Beziehungsersatz. Der Erlebnishorizont wird deshalb stark eingeschränkt. Menschen erleben z.B. nach einer Entgiftung wieder. Dies stellt für viele eine sehr schöne Veränderung dar, die ihnen aufzeigt, wofür es sich zu leben lohnt. Für andere ist dieser Prozess aber angstbesetzt bzw. leer. Es geht hier um die Förderung sinnlichen Erlebens, was auch Gestaltungskräfte freisetzen kann.
- **Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven.** Was aber nur möglich ist, wenn der Klient seine Vergangenheit verstanden hat, sonst wird die Vergangenheit die Zukunft. Dieser Schritt ist m.E. erst möglich, wenn der abhängige Mensch sich begründet und gegründet hat. Dies wurde in den o.g. Faktoren immer wieder aufgezeigt. Gerade in der aufsuchenden Drogenberatung im Vollzug können unsere Klienten Ziele entwickeln. Mit großer Überzeugungskraft skizzieren sie ein Leben ohne Drogen mit positiven Wertebezügen. Dies ist sicherlich nicht nur der Versuch, den Drogenberater zu motivieren, dass er sich einsetzt. Es steckt aber auch eine Kraft dahinter, die genutzt werden kann, um Sinnhaftigkeit erlebbar zu machen und Verzichtleistungen zu erbringen.
- **Förderung eines positiven persönlichen Wertebezuges.** (vgl. die 5 Säulen der Identität). Dies ergibt sich aus dem letztgenannten Wirkfaktor. Werte wie Familie, Arbeit und Freundschaft werden neu definiert, sind Ziel und zugleich haltgebender Bezug.
- **Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens.** Identität bildet sich aus Identifikation und Identifizierung (s.o.). Sie ist beim Suchtkranken verstärkt durch die Negativzuschreibungen der Umwelt ausgebildet. Es geht deshalb darum, ein positives Selbstbild aufzubauen. Ergänzend dafür sind die ersten beiden Wirkfaktoren.
- **Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke.** Wir leben immer in Gruppen bzw. Netzwerken. Die Arbeit mit der Einzelperson muss dies berücksichtigen. Die Angst vor Gruppen ist bei suchtkranken Menschen mitunter ausgeprägt. Selbsthilfegruppen haben hier eine wichtige Bedeutung (vgl. Solidaritätserfahrung). Die Ängste vor einem Gruppenbesuch müssen thematisiert werden. Weitere Hilfsmöglichkeiten sind hier der Einbezug der Familie in den therapeutischen Prozess mit Unterstützung der Korrespondenzfähigkeit der Mitglieder und das Erstellen einer Netzwerkkarte.
- **Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen.** (vgl. Selbsthilfegruppe). Dies wird aber nicht nur in einer Gruppenkonstellation möglich, sondern auch im Einzelgespräch mit dem Therapeuten, der sich engagiert für seinen Klienten einsetzt.

13. Die vier Wege der Heilung und Förderung

Die IT unterscheidet vier Wege der Heilung und Förderung, die von den o.g. Wirkfaktoren bestimmt werden. Nachfolgend möchte ich sie darstellen.

- **1. Weg -Bewusstseinsarbeit mit dem Ziel der Sinnfindung.** „In dieser Bewusstseinsarbeit, die sich als Ko-respondenzprozess intersubjektiver und persönlicher Hermeneutik ... vollzieht, werden durch wachsende Exzentrizität Freiheitsgrade zu den Determinierungen der Sozialisation gewonnen“ (*Kalkum 2000, Zettelkasten Integrative Therapie, V, S. 7*). Verfestigte Narrative werden verflüssigt zu Narrationen. Lebensgeschichtliche Zusammenhänge neu bewertet, Verdrängtes wahrgenommen, Sinn erlebt. Innerhalb der „hermeneutischen Spirale“ wird multidimensional **wahrgenommen**, werden Zusammenhänge zu Aktuellem **erfasst**, werden Auswirkungen **verstanden**, kann der Klient seine Person **erklären** und sich **verändern** im Zuge einer Neuorientierung (*Petzold 2000 Polyloge, S. 59*).

Wie schon weiter oben dargestellt ist der Prozess der Bewusstseinsarbeit durch Suchtmittelkonsum oft in erschreckender Weise blockiert. Innerhalb des Suchtgeschehens gibt es dafür keine Zeit und keine Kraft. In der therapeutischen Beziehung passiert jetzt etwas neues. In einem geschützten Rahmen besteht die Möglichkeit, etwas bewusst werden zu lassen. Dies können familiäre Zusammenhänge sein, frustrierte Bedürfnisse, Rollenzuschreibungen, Problemlösungsmechanismen Die o.g. suchtkranke Frau erkennt die Zusammenhänge aus ihrer frustrierten Identitätsbildung, der entlastenden Funktion von Alkohol und ihrer Rollenfindung in der Partnerschaft. Sie bleibt nicht weiter die, die behandelt wird (narrativ) sondern handelt (Narration, Freiheitsgrade, Souveränität, Selbststeuerung). Sie erkennt Zusammenhänge und damit den Sinn.

- **2. Weg – Nachsozialisation und Grundvertrauen.** In diesem Weg geht es um den Aufbau bzw. die Stärkung von Grundvertrauen und um die Erweiterung des Erlebens-, Ausdrucks- und Mitteilungsspektrums. Defizitäre Strukturen werden innerhalb der therapeutischen Beziehung verändert. Hier können Gefühle benannt werden im Schutz des Therapeuten. Entwicklungsstadien der persönlichkeitsbildenden Beziehung werden durchlaufen. Neue Beziehungsqualitäten tauchen auf. Durch Akzeptanz und Empathie des Therapeuten entwickelt sich im Übertragungskontext Grundvertrauen, wird er zu einer Elternfigur. Er ergänzt einen fehlenden Teil des Elternimago (Reparentage) bzw. ersetzt die Elternfigur ganz (Parentage). Frühe Schädigungen werden hier behandelt.

Im obigen Beispiel konnte ich nährende und akzeptierende Elternqualitäten bereitstellen und trug so zur Identitätsbildung und dem Aufbau von Grundvertrauen bei (Reparenting). Frau M. darf Gefühle wahrnehmen, ansprechen und ausdrücken. Ihr Partner hatte ihr innerhalb seiner zwanghaften Persönlichkeitsstruktur ähnliches vermittelt, wie sie es auch schon aus ihrer Herkunftsfamilie kannte mit dem Ergebnis des grundsätzlichen Misstrauens gegenüber Emotionalität. Dies wiederum war auf Grund seiner Sozialisation auch verständlich.

- **3. Weg der Heilung – Erlebnisaktivierung und Persönlichkeitsentfaltung.** Hier geht es um die „Erschließung und Entwicklung persönlicher und gemeinschaftlicher Ressourcen und Potentiale ... durch Bereitstellung einer fördernden Umwelt“ (*Kalkum 2000, Zettelkasten Integrative Therapie, V, S. 9*). Es wird hier überwiegend erlebnis- und übungszentriert gearbeitet, Ausdrucksmöglichkeiten in einem Übungsfeld gegeben. Gute Quellen der Vergangenheit werden erschlossen, Kompetenzen und Performanzen gefördert.

Bei Frau M. ging es innerhalb ihres Identitätsbildungsprozesses um eine Neubewertung von Stärken bzw. Schwächen. Sie hat Schwächen als Stärken verstehen und erleben gelernt. Ihre Ausdrucksmöglichkeiten gegenüber den Eltern aber auch dem Partner haben sich erweitert. Rollenspiele und Übungen waren hier sehr hilfreich.

In einem anderen Beispiel wird dies auch noch einmal deutlich. Es geht um ein Erstgespräch mit Frau S. bzw. ihrem Partner. Sie rief mich an, und wollte mir den Arbeitsauftrag geben, ihrem alkoholabhängigen Partner dabei zu helfen, die nächste MPU zu bestehen. Er müsse lernen zu

sprechen. Im Paargespräch dann wurde die Rollenverteilung schnell deutlich. Der Mann, „der nicht sprechen konnte“, war zwar der beste Partner, den sie sich nur vorstellen konnte, wurde aber auch von ihr ständig mit seinen nicht vorhandenen Kompetenzen bzw. Performanzen konfrontiert. Um dies deutlich zu machen, schlage ich ein Rollenspiel vor, in dem ich sie, und sie ihr Mann ist. Frau S. erlebt die Dynamik und spürt das Problem. Es hätte, auch in anbetracht der nicht zur Verfügung stehenden Zeit für weitere Gespräche, wahrscheinlich wenig gebracht „nur“ zu sprechen.

- **4.Weg – Förderung von Solidaritätserfahrung und exzentrischer Überschau.** Durch seine Haltung vermittelt der Therapeut seinem Klienten Solidarität. Dadurch entwickelt sich bei seinen Klienten die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Selbststeuerung. Das Gefühl des nicht alleine seins hat hier eine wichtige haltgebende und Kräfte freisetzende Funktion. Soziotherapeutische Maßnahmen und die Aktivierung von sozialen Netzwerken haben hier auch eine wichtige Funktion.

Aus dem oben beschriebenen wird meine solidarische Haltung und mein Einsatz für Frau M. deutlich. Innerhalb der Arbeit mit suchtkranken Menschen haben die Selbsthilfegruppen eine wichtige Öffentlichkeitsfunktion mit Solidaritätserfahrung. Frau M. hat diesen Schritt nicht gewagt. Trotzdem war es ihr möglich, durch ihr offenes und couragiertes Auftreten unter Freunden Solidarität zu erfahren. Sie zeigte sich hier aber auch in einer Multiplikatorenfunktion, in der sie für andere eine wichtige Hilfe werden konnte im Umgang mit sich selbst. Mitunter kommt es vor, dass suchtkranke Menschen selbst aktiv werden, und eine Selbsthilfegruppe gründen. Ich denke hier an einen 42-jährigen durch jahrelangen Alkoholmissbrauch abgebauten Mann, der nach längerer Abstinenz eine leitende Funktion in einer Gruppe übernahm.

14. Umgang mit Widerstand im therapeutischen Prozess

„Widerstand wird definiert als die Fähigkeit, sich gegen Einflüsse auf das Selbst und die Identität zur Wehr setzen zu können“ (Rahm u.a. 1999, Einführung in die Integrative Therapie, S. 364). Dies kann man auch als **Veränderungswiderstand** bezeichnen. Schmerzliches Erleben wird dadurch abgewendet. Die IT sieht im Widerstand auch eine positive Kraft und eine aktive Haltung, in der der Klient schädliche Einflüsse abwehren kann. Es muss hier unterschieden werden zwischen der Schutzfunktion des gesunden Widerstandes und einem pathologischen, der Entwicklung verhindert.

Weiterhin zwischen einem **intrapersonellen** oder protektiven Widerstand und einem interpersonellen. Bei ersterem schützt sich die Person vor schmerzlichen Gefühlen. Bei Frau M. könnte dies das Gefühl der Wertlosigkeit sein. Beim **interpersonellen** Widerstand schützt sich der Klient vor dem Einfluss anderer. Wenn Frau M. mich z.B. nur loben würde, könnte dies der Hinweis darauf sein, dass sie dadurch meine kritischen Äußerungen vermeiden möchte.

Von einem technischen Widerstand spricht die IT, wenn sich der Klient gegen das Vorgehen des Therapeuten wehrt. Erlebniszentrierte Übungen zu früh und zur falschen Zeit können dazu führen, dass der Klient seine Kraft zur Abwehr des Therapeuten verwenden muss. Ich denke hier an die Übung mit dem leeren Stuhl, als Frau M. mit ihrer Mutter sprach. Sie meldete hier Bedenken an, konnte sich dann aber doch darauf einlassen.

Der Widerstand kann sich auch gegen das Menschenbild des Therapeuten richten und seine Interaktionsweisen.

Dem Widerstand konfrontativ zu begegnen ist wenig sinnvoll. Ein für mich hilfreiches Bild ist hier, dass das Verhalten meines Klienten die für ihn momentan beste verfügbare Lösung ist. In einer tragfähigen therapeutischen Beziehung wird es ihm nach einiger Zeit möglich sein, sich von Widerständen zu verabschieden. Aber das entscheidet er selbst. Viele Suchtklienten kommen nach einem Erstgespräch nicht mehr, da sie spüren, dass der Therapeut zwar nicht offensichtlich aber dafür subtiler in die Kerbe der Partnerin oder des Arbeitgebers schlägt, nun endlich aufzuhören mit dem Suchtmittelkonsum.

Der Therapeut arbeitet vor dem Widerstand, er akzeptiert und macht ihn erlebbar. Eine wichtige Hilfe war für mich hier wieder eine erlebniszentrierte Übung, bei der ich mich mit meinem Widerstand identifizieren konnte, um anschließend in einen Dialog mit ihm zu treten, ihn zu

wertschätzen und zu integrieren. Das Tempo dafür bestimmt jedoch der Klient, sein Therapeut achtet dabei auf die entsprechenden Signale.

Drei Komponenten werden im Widerstand deutlich. Dies ist die Gefahr („Jemand möchte mir mein Suchtmittel wegnehmen“), ein Schutzimpuls („Ich kann ohne Alkohol nicht leben“) und eine Kraft, die darauf drängt, das Risiko einzugehen („Ich kann es ja mal versuchen, weil es so nicht mehr weiter gehen kann“).

Der Therapeut hilft dem Klienten, seinen Widerstand erlebbar zu machen. Das Begleiten von Widerstand bedeutet, einen Schritt hinter dem Klienten zu bleiben, seine Umwege mitzugehen. In diesem Prozess spürt der Therapeut die Einladungen seines Gesprächspartners, weiter zu gehen, zu vertiefen, seinen Widerständen zu begegnen und sie langsam abzuschmelzen. Diese wird auch mit arbeiten zum Impass beschrieben. Der Klient behält die Kontrolle, lässt sich aber trotzdem auf eine Begegnung ein. Er erkennt sein widerständiges Verhalten, weiß, warum er Widerstand leistet, wogegen dieser sich richtet, und wie er widersteht.

15. Abschließenden Bemerkungen zum Umgang mit Beziehung

„Nur mit einem begegnungs- und beziehungs-fähigen Therapeuten kann ein Klient wieder beziehungs-fähig werden“ (Petzold 1980, Die Rolle des Therapeuten ..., S, 248). Nur vor diesem Hintergrund kann sich ein Therapeut auf seinen Klienten einlassen. Dies erfordert viel Arbeit an sich selbst, das weiß ich aus eigener Erfahrung. Die therapeutische Beziehung fängt deshalb bei mir selbst an.

Suchtkranke werden durch und in Beziehungen krank und können durch und in Beziehungen auch wieder genesen. Beziehung rückt deshalb in den Mittelpunkt der Betrachtung. Dies vor dem Hintergrund, dass Menschen verstärkt dazu neigen, keine zwischenmenschlichen sondern sachliche Beziehungen zu suchen. Dahinter stehen Enttäuschungserlebnisse.

Durch die Integrative Therapie weitet sich die Möglichkeit zur Begegnung in einer umfassenderen Form. Nicht der Klient ist für die Therapie da, sondern die Therapie für den Hilfesuchenden. Der integrativ arbeitende Therapeut ist sich deshalb der Unterschiedlichkeit seiner Klienten bewusst und bietet ihnen ein weites Resonanzfeld, um ihrer Individualität gerecht zu werden. Er *ist* mit ihm, wie es *Petzold* sagt.

16. Zusammenfassung

Die Arbeit befasst sich mit dem Thema der „therapeutischen Beziehung“ in der Behandlung Suchtkranker und verwendet unter einer integrativtherapeutischen Perspektive (*Petzold/Orth/Sieper*) auch das kritisch reflektierte konflikttherapeutische Beziehungsmodell von *Finke*, um zu zeigen, wie psychodynamische und integrative Konzeptbildung verbunden werden können.

Summary

The article is dealing with the topic „therapeutic relation“ in the treatment of addictions. Based on an integrative conceptual framework (*Petzold/Orth/Sieper*) the conflict therapeutic model of *Finke* is used critically reflected to show, how psychodynamic and integrative concepts can be combined.

Key words: Addiction Therapy, Integrative Therapy, psychodynamic conflict therapy, therapeutic relationship

17. Literaturverzeichnis:

- Aßfalg, R., Rothenbacher, H.* (1987): Die Diagnose der Suchterkrankung, Hamburg: Neuland Vertragsgesellschaft.
- Bergin A.E., Garfield S.L.* (1994) (eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. Chichester: Wiley.
- Dauk, E.* (189): Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen, Berlin: Reimer.

- Finke, J. (1999): Beziehung und Intervention, Stuttgart: Thieme Verlag.
- Flammer, A. (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung, Bern: Huber.
- Foucault, M. (1998): Foucault, ausgewählt und vorgestellt von Mazumdar, P., München: Diederichs.
- Grawe, K. (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (2005): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeuten Journal* 1, 4-10.
- ICD 10 Kapitel V (F) (2000), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 4. Auflage Hans Huber.
- Kalkum, G. (2000): Zettelkasten Integrative Therapie.
- Lambert, M. J. (2004): Bergin's and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley.
- Levinas, E. (1996), Ethik und Unendliches, Wien: Edition Passagen.
- Levinas, E. (1995), Zwischen uns. Versuche über das Denken an den Anderen, Hanser Verlag.
- Levinas, E. (1999), Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie, München.
- Nagler, N. (2003): Schwerpunktthema S. Ferenczi, *Integrative Therapie*, Jg. 1993. Paderborn: Junfermann.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., Parks, B. (1994): Process and Outcome in Psychotherapy – noch einmal. In: *Bergin, Garfield* (1994) 270-376.
- Orlinsky, D. E., Roennestadt, M. H., Willutzki, U. (2004): Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: *Lambert* (307-390).
- Orange, D.M., Atwood, G.E., Stolorow, R.D. (2001): Intersubjektivität in der Psychoanalyse: Kontextualismus in der psychoanalytischen Praxis. Frankfurt a. M.: Brandes & Apsel.
- Petzold, H.G. (1980): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn: Junfermann Verlag, 3. Aufl. 1996.
- Petzold, H.G. (1981b, Hrsg.): Widerstand - ein strittiges Konzept der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann,.
- Petzold, H.G. (1981c): Konzept des Widerstandes in der Psychotherapie, in: *Petzold, H.G.* (1981b), S. 7-37.
- Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie, Paderborn: Junfermann. Überarb. Neuauflage 2003a.
- Petzold, H.G. (1991b): Die Chance der Begegnung. Dapo, Wiesbaden; repr. Bd. II, 3 (1993a) S. 1047-1087; (2003a) S.871-808.
- Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie, Paderborn: Junfermann, Überarbeite Neuauflage (2003a).
- Petzold, H.G. (1992g): Das "neue" Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die "Schulen des Integrierens" in einer "pluralen therapeutischen Kultur", Bd. II, 2 (1992a) S. 927-1040; (2003a) S. 701 – 1037:
- Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie, Junfermann, Paderborn. Überarbeite Neuauflage (2003a).
- Petzold, H.G. (2002c): POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven „Integrativer Therapie“ und „klinischer Philosophie“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2002.
- Petzold, H. (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G. (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) –
- SUPERVISION: Theorie - Praxis – Forschung*. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift 01/2003
- Petzold, H.G. (2004h): Der „informierte Leib im Polylog“ - ein integratives Leibkonzept für die nonverbale/verbale Kommunikation in der Psychotherapie, in: *Hermer, M.*, Nonverbale Kommunikation in der Psychotherapie. Tübingen: dgvtv“
- Petzold, H. G. (2005b): Unterwegs zu einem „erweiterten Seelsorgekonzept“ für eine „transversale Moderne“, in: *Henke, K.* ; Gestaltseelsorge. Stuttgart: Kohlhammer. (in Vorber.)
- Petzold, H.G., Müller, M. (2005): MODALITÄTEN DER RELATIONALITÄT – Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung – in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative

- Supervision und Therapie. In: Petzold, H.G., *Integrative Supervision*, 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. (in Vorber.)
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. & Orth, I. (1999b): Kritische Überlegungen zu offenen und verdeckten Ideologien in Der Psychotherapie. Überlieferungen und Veränderungen im psychotherapeutischen Feld – Präzisierungen Integrativer Positionen. In: *Petzold, Orth* (1999a) S. 125-262.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004a/2005): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Edition Sirius beim Aisthesis Verlag.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, in: *Petzold, Orth* (2004/2005a) 689-791.
- Petzold, H.G., Orth, I. & Sieper, J. (1999a): Psychotherapie, Mythen und Diskurse der Macht und der Freiheit. In: *Petzold, Orth* (1999a) S. 15-66.
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2005): Erkenntniskritische, entwicklungspsychologische, neurobiologische und agogische Positionen der „Integrativen Therapie“ als „Entwicklungstherapie“ - Grundlagen für Selbsterfahrung in therapeutischer Weiterbildung und Therapie. In: *Petzold, Schay, Scheiblich* (2005).
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 2. Aufl. 1996.
- Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (1991): Eine andere Aufklärung – Das Freudsche Subjekt in der Analyse, Frankfurt: Suhrkamp.
- Pohlen, M., Bautz-Holzherr, M. (1994): Psychoanalyse - Das Ende einer Deutungsmacht, Reinbek: Rowohlt,
- Rahm, D., Otte, H.; Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H., (1993), Einführung in die Integrative Therapie, Paderborn: Junfermann.
- Varevics, P., Petzold, H. G. (2004): Einführende Aspekte zum Thema Macht im supervisorischen Kontext- eine Powerpoint Präsentation mit Erläuterungen vor dem Hintergrund Integrativer Theorie. Bei [www. FPI- Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - /2004.

18. Kurzfassung der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit geht es um „Die Therapeutische Beziehung – Formen differentieller Relationalität in der Integrativen und psychodynamisch-konflikttherapeutischen Arbeit mit Suchtkranken“. Sie beschreibt die Erfahrungen eines langjährig in der Suchtkrankenarbeit tätigen Sozialpädagogen, der das Verfahren der Integrativen Therapie kennen gelernt hat und seine Arbeit damit reflektiert

Ausgehend von der hermeneutischen Fragestellung wendet sie sich dem **Korrespondenzprozess**, einem wichtigen Axiom der Integrativen Therapie, zu. Es beinhaltet grundsätzliche Aussagen zum Miteinander aber auch der Beziehung zu sich selbst. Die Konsequenz daraus ist eine symmetrische Beschaffenheit der Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Diese grenzt sich von psychoanalytischen Verfahren ab.

Die Bezogenheit des Menschen zeigt sich vielgestaltig. Die verschiedenen Formen werden reflektiert, und es wird deutlich gemacht, dass Voraussetzungen erforderlich sind, um überhaupt Beziehung leben zu können. Die theoretischen Grundlagen dafür zeigt Petzold in seinem Aufsatz über die „Chance der Begegnung“ auf (*Petzold* 1993a). Sie werden in der vorliegenden Arbeit weiter ausgeführt hin zur Beziehung zum Selbst und zum Suchtmittel. Hinzu kommen tentative Überlegungen zur Gottesbeziehung, wie sie für gläubige Menschen wesentlich sein kann. Immer wieder wird deutlich, dass problematische Beziehungserfahrungen des Suchtkranken dazu geführt haben, dass der Aufbau einer Abhängigkeit vom Suchtmittel die für ihn scheinbar beste Lösung war.

Und daraus ergeben sich auch die Ziele der therapeutischen Arbeit mit dem suchtkranken Klienten. Dabei geht es um den Erhalt von *Grundvertrauen*, die Förderung von *Identität*, den Aufbau eines sozialen *Unterstützungsnetzwerkes*, die Förderung von *Kompetenzen* und Performanzen und die

Konstituierung von *Sinn*. An Hand von praktischen Beispielen wird Bezug genommen zur ambulanten Arbeit bzw. der „aufsuchenden Arbeit“ mit Drogenabhängigen im Vollzug.

Beziehung und Intervention bedingen einander. Verschiedene Interaktionsmuster und Gesprächstechniken erfordern bestimmte Beziehungsformen. Der Therapeut muss hier in der Lage sein, sich auf die Unterschiedlichkeit seiner Klienten bzw. deren emotionale Verfasstheiten einzulassen und sein therapeutisches Vorgehen danach auszurichten. Bei Finke findet sich diesbezüglich der Versuch eines methodenübergreifenden Modells therapeutischer Beziehungsarbeit. Er unterscheidet 4 Beziehungsangebote nämlich die Alter-ego-, die Übertragungs-, die dialogische und die Arbeitsbeziehung. Der Therapeut spiegelt, konfrontiert und versteht. Innerhalb seines dialogischen Beziehungsangebots stellt er dem Klienten seine Wahrnehmungen, Gedanken und Gefühle als Resonanz zur Verfügung. Dieses Modell stellt dem Therapeuten ein breites Spektrum an Verhaltensmöglichkeiten zur Verfügung, was in der Arbeit mit suchtkranken Menschen unbedingt erforderlich ist. Es muss aber im Lichte *beziehungsphilosophischer* Konzeptbildung einerseits und *sozialpsychologischer* Forschung andererseits, die von Fink nicht berücksichtigt, kritisch und ergänzend reflektiert werden.

Hier schließen sich auch die Ausführungen von Petzold über die Rollen des Therapeuten an. Diese erfordern vom Therapeuten, dass er sich ihrer bewusst ist. Ob nun als Helfer und Heiler, Berater, Partner, Elternfigur oder Freund hat er eine bestimmte Funktion für den Heilungsprozess des Suchtkranken.

In diesen Rollen arbeitet der Therapeut mit verschiedenen Interventionsstrategien. Die wichtigste, dass er selbst mit seiner Person haltgebend zur Intervention wird. Er fördert den Prozess der Verselbständigung und ist dem Suchtkranken Stütze. Der Klient erfährt in der intersubjektiven Grundhaltung seines Therapeuten Halt und Wertschätzung. Das gleiche gilt auch für das Verstärken des Klienten, der von den Negativzuschreibungen seiner Umwelt, aus deren Sicht vielleicht zurecht, geprägt wurde.

Mit verschiedenen Gesprächstechniken arbeitet der Therapeut mit seinem suchtkranken Klienten nicht nur kognitiv sondern auch emotional bzw. *erlebniszentriert* und *übend*. Auch hier werden die einzelnen Techniken wieder an Praxisbeispielen deutlich gemacht. Insbesondere das Rollenspiel hat für den Verfasser der Arbeit eine wichtige erlebnisaktivierende Funktion.

Die 14 Wirkfaktoren von Petzold schließlich helfen noch einmal die eigene Arbeit zu reflektieren, sich zu überlegen, was war es nun, was ich eigentlich gemacht habe, hin zu dem, sie zukünftig gezielt in der eigenen Arbeit einzusetzen. Sie sind zwar nicht der Therapieprozess aber bestimmen ihn wesentlich.

Die vier „Wege der Heilung und Förderung“, die mit den Wirkfaktoren verbunden sind, beschreiben unterschiedliche Ansätze wie Heilung (Pathogeneseperspektive) und Förderung (Salutogeneseperspektive) möglich sind. In der Arbeit mit Suchtkranken beginnt es häufig mit Bewusstseinsarbeit und Sinnfindung. Der Klient bekommt Zugang zu seiner Lebens- Suchtkarriere und beginnt Zusammenhänge und *Sinn* zu erkennen, in dem was war. Dieser Weg ist oft verstellt aufgrund pathologisierender Erfahrungen durch das Milieu, in dem sich insbesondere der Drogenabhängige aufhält. Deshalb arbeitet der Therapeut im zweiten Weg mit ihm an dem Wiederaufbau von Persönlichkeitsstrukturen, die beschädigt wurden. Durch die gelingende therapeutische Beziehung wird beschädigtes Grundvertrauen wieder hergestellt. In diesem Prozess kann es sein, dass der Therapeut für den Klienten gleichsam zu einer Elternfigur wird, die eine Nachsozialisation oder auch Neusozialisation ermöglicht durch „korrigierende Erfahrungen“. Im dritten Weg geht es um Persönlichkeitsentfaltung und Erlebnisaktivierung durch erlebnis- und übungszentriertes Vorgehen. Der Klient nutzt sein Alltagserleben als Lern- und Experimentierfeld um „alternative Erfahrungen“ für die Neusozialisation zu gewinnen – *korrigierende* und *alternative* Erfahrungen auf der emotionalen, kognitiven volitionalen und sozial-kommunikativen Ebene werden unterschieden. Schließlich bildet die Solidaritätserfahrung den vierten Weg der Heilung. Für suchtkranke Menschen ist hier die Gruppenerfahrung aber auch der engagierte Einsatz ihres Therapeuten eine heilende Erfahrung.

Suchtarbeit und Widerstand – allerdings in einer kritischen Betrachtung gesehen und genutzt - gehören zusammen. Der Suchtkranke war viele Jahre einem gesunden Leben gegenüber „widerständig“, da er sich ein Leben ohne das Suchtmittel nicht vorstellen konnte. In Abgrenzung zur Psychoanalyse versucht die Integrative Therapie, die positive Kraft des Widerstandes heraus zu arbeiten. Widerstand wird nicht pathologisiert sondern war bzw. ist oft noch notwendig. Der Therapeut arbeitet nicht gegen ihn, sondern macht ihn erlebbar in der Form, dass ihn der Suchtkranke, wenn es Zeit ist, verabschieden oder seine Kräfte positiv nutzen kann.

Möglich wird diese Beziehungsarbeit durch das leibliche Wirkungsgeschehen zwischen Klient und Therapeut. Petzold hat hier mit der Integrativen Therapie einen Gegenpol zur Psychoanalyse geschaffen, die sich auf ihre sprachlichen Deutungen beschränkte.

Die philosophischen Ausführungen von *Levinas* stellen eine kritische Betrachtung nicht nur der therapeutischen Beziehung dar. Durch sie wird eine anthropologische Neubestimmung möglich, die unter uns Helfern diskutiert werden sollte.

Zusammenfassung

Die Arbeit befasst sich mit dem Thema der „therapeutischen Beziehung“ in der Behandlung Suchtkranker und verwendet unter einer integrativtherapeutischen Perspektive (*Petzold/Orth/Sieper*) auch das kritisch reflektierte konflikttherapeutische Beziehungsmodell von *Finke*, um zu zeigen, wie psychodynamische und integrative Konzeptbildung verbunden werden können.

Summary

The article is dealing with the topic „therapeutic relation“ in the treatment of addictions. Based on an integrative conceptual framework (*Petzold/Orth/Sieper*) the conflict therapeutic model of *Finke* is used critically reflected to show, how psychodynamic and integrative concepts can be combined.

Key words: Addiction Therapy, Integrative Therapy, psychodynamic conflict therapy, therapeutic relationship