

GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"
und ihren Methoden

Aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit
und dem "Fritz Perls Institut für Integrative Therapie"

14 / 2004

Behind Blue Eyes

oder

Eine vergleichende Auseinandersetzung mit Internalen Negativkonzepten aus der Sicht der Psychoanalyse, der kognitiven Verhaltenstherapie und der Integrativen Therapie – am Beispiel von Alkoholikern

Graduierungsarbeit

Martina Wilks-Büscher
Diplom-Psychologin
Am Laiwen 3
57368 Lennestadt

Liliane Schafiyha
Diplom-Sozialpädagogin
Am Steimel 8
57392 Schmallenberg

Fritz – Perls- Institut

August 2004

Weiterbildungsgruppe SSG 17
Bereich Sozialtherapie / Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung

2. Internaler Negativkonzepte aus der Perspektive der Psychoanalyse (Liliane Schafiyha)

- 2.1 Zur Beschreibung von Internalen Negativkonzepten in der Psychoanalyse
- 2.2 Grundlagen zur Entwicklung von Internalen Negativkonzepten in der Psychoanalyse
 - 2.2.1 Triebpsychologischer Ansatz
 - 2.2.2 Ich(struktur)psychologischer Ansatz
 - 2.2.3 Selbstpsychologischer Ansatz (Narzissmustheorie)
 - 2.2.4 Objektbeziehungspsychologischer Ansatz
- 2.3 Die Entwicklung Internaler Negativkonzepte auf der Basis psychoanalytischer Ansätze
 - 2.3.1 Internale Negativkonzepte auf triebpsychologischen Hintergrund
 - 2.3.2 Internale Negativkonzepte auf Ich(struktur)psychologischen Hintergrund
 - 2.3.3 Internale Negativkonzepte auf selbstpsychologischen Hintergrund
 - 2.3.3 Internale Negativkonzepte auf objektbeziehungspsychologischem Hintergrund
 - 2.3.4 Internale Negativkonzepte und Depressionen in der Psychoanalyse

3. Internale Negativkonzepte aus der Perspektive der kognitiven Verhaltenstherapie (Martina Wilks-Büscher)

- 3.1 Allgemeine Grundlagen
- 3.2 Beschreibung der Störungstheorie nach Beck
- 3.3 Beschreibung der Störungstheorie nach Ellis
- 3.4 Beschreibung der Störungstheorie nach Meichenbaum
- 3.5 Beschreibung der kognitiven Theorien nach Seligmann, Rotter und Bandura und deren suchtspezifische Weiterentwicklungen
 - 3.5.1 Erlernte Hilflosigkeit
 - 3.5.2 Locus of control
 - 3.5.3 Selbstwirksamkeitserwartungen
 - 3.5.4 Kognitive Prozesse bei Suchtkranken
- 3.6 Entstehung von Internalen Negativkonzepten

3. Internale Negativkonzepte aus der Perspektive der Integrativen Therapie (Martina Wilks-Büscher)

- 4.1 Grundlegende Aspekte der Integrativen Therapie
- 4.2 Das Menschenbild der Integrativen Therapie
- 4.3 Integrative Persönlichkeitstheorie
- 4.4 Internale Negativkonzepte
 - 4.4.1 Selbstkonzept
 - 4.4.2 Narrative
 - 4.4.3 Fremdattributierung und Selbstattributierung
 - 4.4.4 Marking, Appraisal, Valuation
- 4.5 Die Bedeutung Internaler Negativkonzepte im Gesundheits- und Krankheitsverständnis der Integrativen Therapie
- 4.6 Entwicklung von Internalen Negativkonzepten
- 4.7 Internale Negativkonzepte bei Alkoholikern

4.8 Exkurs in neurobiologische Grundlagen bei Alkoholikern und der Zusammenhang zu Internalen Negativkonzepten (Liliane Schafiyha)

- 4.8.1 Beschreibung suchtspezifischer Abläufe im Gehirn
- 4.8.2 Das „Suchtgedächtnis“

4.8.3 Hermeneutische Zusammenhänge zwischen Suchtgedächtnis und Internalen Negativkonzepten

5. Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten

5.1 Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten in der Psychoanalyse (Liliane Schafiyha)

5.2 Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten in der kognitiven Verhaltenstherapie (Martina Wilks-Büscher)

5.2.1 Grundsätzliche Aspekte bei der Gestaltung der VT

5.2.2 Kognitive Umstrukturierung

5.3 Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten in der Integrativen Therapie (Martina Wilks-Büscher)

5.3.1 Grundsätzliche Aspekte bei der Gestaltung der IT

5.3.2 Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten

5.4 Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten in der Neurobiologie (Liliane Schafiyha)

6. Vergleich der verschiedenen therapeutischen Ansätze im Umgang mit Internalen Negativkonzepten

6.1 Vergleich der theoretischen Grundsätze der drei Therapierichtungen

6.1.1 Übergreifende Theorien

6.1.2 Entwicklungstheorien

6.1.3 Menschenbild

6.1.4 Persönlichkeitstheorien

6.1.5 Ziele der Therapie

6.1.6 Therapeutische Beziehung

6.2 Abschließender Vergleich Internaler Negativkonzepte

7. Resümee und Ausblick

8. Zusammenfassung – summary

9. Literatur

1. Einleitung

Wie kommt es dazu, dass eine Graduierungsarbeit den Titel „*Behind Blue Eyes*“ trägt? Sicher liegt dies nicht nur an der Aktualität des alten *The Who* - Songs (Pete Townsend 1971), mit diesem Titel, der kürzlich von *Limp Bizkit* gecovered wurde.

Der Song „*Behind Blue Eyes*“ (*No one knows what it's like to be the bad man, to be the sad man, behind blue eyes...*) hat uns jedoch zumindest dazu inspiriert, in unserem Gedächtnis und auch im Lexikon nach der Übersetzung für „blue“ nachzuforschen, denn wir konnten uns dunkel daran erinnern, dass es außer der Farbe „blau“ noch weitere Übersetzungsmöglichkeiten gibt.

„Blue“ entspricht auch „sad“ bzw. „depressed“ (Hornby 2000), was ins Deutsche mit „traurig“ bzw. „depressiv“ zu übersetzen ist. „Blau sein“ wird im Deutschen wiederum umgangssprachlich mit „betrunken sein“, also mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht.

So drängte sich bei diesen sprachlichen Doppeldeutigkeiten in Zusammenhang mit den Planungen zur Auseinandersetzung mit internalen Negativkonzepten dieser Titel förmlich auf: *Behind Blue Eyes*.

In unserem beruflichen Alltag im Rahmen der ambulanten bzw. stationären medizinischen Rehabilitation von Suchtkranken begegnen uns immer wieder alkoholabhängige Menschen, deren wichtigstes Therapieziel neben der „Stabilisierung der Abstinenz“ eine „Stärkung des Selbstwertgefühls“ ist. Wir arbeiten mit Menschen, die ein schlechtes Bild von sich und der Welt haben und darunter leiden. Wir erfahren immer wieder, wie starr und widerständig diese negativen Bewertungen gegenüber Veränderungsversuchen sein können.

Affektive Störungen, vor allem depressive Störungen, sind eine häufige Begleiterscheinung von Suchterkrankungen. „Wer Sorgen hat, hat auch Likör“ wusste schon Wilhelm Busch in „Die fromme Helene“ zu berichten. Die Komorbidität von Depressivität bei Alkoholismus liegt bei 13,4% (Beck, Wright, Newman & Liese 1997).

Diese Patientengruppe weckte bei der Suche nach einem Thema für unsere Graduierungsarbeit unser besonderes Interesse. So begannen wir mit ersten Literaturrecherchen rund um den Themenbereich *internale Negativkonzepte*. Bald stellte sich heraus, dass es verschiedene reizvolle Perspektiven bei der Betrachtung von internalen Negativkonzepten gibt und ein multiperspektivisches Herangehen notwendig ist.

Wir begrenzen uns im Rahmen unserer Graduierungsarbeit jedoch auf die Auseinandersetzung mit den Sichtweisen der Psychoanalyse, der kognitiven Verhaltenstherapie und der Integrativen Therapie. Hierzu gehört auch die Einbeziehung der neurobiologischen Perspektive, die wir in unserer Arbeit nicht vernachlässigen wollen. Bei der Beschreibung der verschiedenen therapeutischen Ansätze werden wir immer wieder auch Bezüge zu alkoholabhängigen Menschen herstellen. Nach dem Vergleich der verschiedenen Ansätze werden wir abschließend einen Ausblick auf mögliche zukünftige Entwicklungen bei der Therapie von Alkoholikern geben.

Was steckt also hinter der „blauen Fassade“ von Alkoholikern? Mit dieser Frage wollen wir uns im Folgenden beschäftigen.

Um der Lesbarkeit willen haben wir auf eine beide Geschlechter getrennt ansprechende Sprachform verzichtet. Wir hoffen, dass sich unsere Leserinnen nicht ausgegrenzt fühlen.

Die Verhaltenstherapie werden wir mit VT, die Integrative Therapie mit IT abkürzen. Psychoanalyse bleibt dagegen ausgeschrieben, da PA im alltäglichen Sprachgebrauch eher unüblich ist.

In der Inhaltsangabe der Graduierungsarbeit ist angegeben, wer von uns verantwortlich für die jeweiligen Kapitel ist. Alle anderen Kapitel haben wir gemeinsam erarbeitet.

2. Die Entwicklung Internaler Negativkonzepte aus der Perspektive der Psychoanalyse

2.1 Zur Beschreibung von Internalen Negativkonzepten in der Psychoanalyse

Das, was in der Integrativen Therapie als Internales Negativkonzept beschrieben wird, gibt es als Begriff in der Psychoanalyse nicht. Allerdings gibt es hier unterschiedliche Ansätze, die dazu geeignet sind, die Entstehung und Aufrechterhaltung solcher Konzepte zu verstehen. Ich habe mich in diesem Kapitel vorwiegend auf die grundlegenden Theorien der Psychoanalyse nach den Ausführungen Wolf-Detlef Rosts (2001) konzentriert, auch wenn im Laufe der Zeit von den unterschiedlichsten Psychoanalytikern zahlreiche Ergänzungen, Änderungen und Abweichungen entwickelt wurden.

Im folgenden werden also Theorien dargestellt, die bis zu hundert Jahre alt sind und manchmal heute eher unverständlich wirken wie die angebliche „Masturbation als die Ursucht“ (Rost, S. 32) des Menschen. Meiner Ansicht nach sind sie partiell dennoch auch heute noch hervorragend dazu geeignet, sowohl Mechanismen süchtigen Verhaltens als auch in diesem Zusammenhang die Entstehung Internaler Negativkonzepte aufzuzeigen und zu erklären.

Zusammenfassend könnte man sagen, dass Internale Negativkonzepte aus der Sicht der Psychoanalyse auf frühen unbewältigten Triebkonflikten, strukturellen Störungen und Störungen der frühen Objektbeziehungen erwachsen. Hier spielen Selbstentwertungen und in der Folge negative Selbstkonzepte eine Rolle, Verunsicherungen der eigenen Identität, Vertrauen in die Erreichbarkeit anderer Menschen, Wiederholungsphänomene, um nur einige Punkte stichwortartig zu benennen. Aufgrund der Vielfalt der Ansätze werden auch hier nur einige Entstehungsmöglichkeiten Internaler Negativkonzepte genannt werden können, die einem jedoch in der Praxis immer wieder begegnen.

2.2 Grundlagen zur Entwicklung von Internalen Negativkonzepten in der Psychoanalyse

2.2.1 Triebpsychologischer Ansatz

Freud (1856 bis 1939) bezog seine Psychologie auf die menschlichen Triebe. Hier sah er zuerst den Sexualtrieb als einzige Quelle der Motivation, mit dem er alle Neurosen und „Abweichungen“ des Menschen erklärte. Er ordnete die frühe Entwicklung in verschiedene Phasen, wobei die orale Phase die früheste darstellt. Es ist die Phase der frühkindlichen Sexualentwicklung, in der er vornehmlich eine Lust des Kindes an oraler Betätigung vermutete. Die zweite Phase setzte er mit der verstärkten Wahrnehmung der analen Region gleich: In dieser Zeit setzte er die analen und aggressiven Reaktionen des Kindes an. Diese Phase war für ihn auch für die Entwicklung des Sadismus von Bedeutung. Diese Phasen sind ungefähr im Zeitraum bis zum 18. Lebensmonat angesetzt. Die genitale Phase, die ca. zwischen dem 18. Lebensmonat und dem sechsten Lebensjahr stattfindet, bildete für Freud die dritte und letzte Phase, in der sich die Aufmerksamkeit des Kindes auf die Geschlechtsorgane verlagert. Fehlentwicklungen in diesen drei Phasen waren für ihn Ursache von „Fixierungen“ und späteren „Regressionen“. Als Auswirkungen solcher Fehlentwicklungen benannte Freud orale Perversionen und die Homosexualität.

Neben dem Sexualtrieb entwickelte Freud die Theorie des Selbsterhaltungstriebes und der Ich-Triebe. Diese Theorien mündeten später in die Vorstellungen der „Libido“. In der „Libido“ sah Freud eine während der drei Entwicklungsphasen entstehende sexuelle Energie, die den Menschen zur Suche nach Lustgewinn aus den erogenen Körperzonen motiviert und aktiviert, den Liebes- oder auch Lebenstrieb des Menschen. Daneben sah er den „Todestrieb“, auch zur Libido gehörend, komplementär zum Lebenstrieb. Er vermutete, dass der menschliche Organismus von Natur aus eine Tendenz habe, zum „Ausgangszustand“ zurückzukehren. Dieser Trieb könne zu selbstzerstörischem Handeln führen, wenn er nicht, wie ursprünglich von der Natur vorgesehen, nach außen abgelenkt werde. Der Todestrieb widerspricht nach Freud dem Lustprinzip.

Das Lustprinzip ist nach Freud der Regulator der seelischen Vorgänge des Menschen. („Jenseits des Lustprinzips“ in: Fischer-TB1990, S. 121 ff) Er vermutete, dass durch unlustvolle Spannungen dieser Regulator in Gang gesetzt wird, damit er eine Reduzierung der Unlustempfindung erzielt, und zwar durch eine Reduzierung der inneren Spannung. Dazu diene die Erzeugung von Lust, die dafür seiner Ansicht nach zu diesem Zwecke produziert und sozusagen in die Waagschale geworfen werde, also Lusterzeugung kontra Unlustspannung. Das Lustprinzip sah Freud vom Wiederholungszwang gesteuert: „Wiederholungszwang und direkte lustvolle Triebbefriedigung scheinen sich dabei zu intimer Gemeinsamkeit zu verschränken.“ (Fischer-TB1990, S. 134). Hier spekulierte Freud vor der Entwicklung der Theorie der Sexualtriebe über mangelnden „Reizschutz für eine reizaufnehmende Rindenschicht (des Gehirns) gegen Erregungen von innen her“ (Fischer-TB 1990, S. 144) u.a. als Ursache für das Entstehen des Wiederholungszwanges, auf den hier jedoch noch nicht näher eingegangen werden soll.

Im triebpsychologischen Ansatz (Rost 2001, S. 32 ff.) erklärte Freud die Trunksucht anfänglich mit der „Ursucht“, der Masturbation. Das Trinken galt hier als Ersatz für die im Sexualakt erzielte Spannungsregulierung. Die Sucht sah Freud als eine erotische Fixierung in der oralen Phase an. Die ursprüngliche und als gesund anzusehende Sublimierung der Triebe, explizit des Sexualtriebes, wird somit rückgängig gemacht, so dass Hemmungen und Verdrängungen gleichsam in den Hintergrund treten.

Freud ging davon aus, dass Alkoholiker in ihrer frühesten Kindheit ein Übermaß an oraler Befriedigung erhalten hatten. Diese frühe Verwöhnung des Kindes durch die Mutter sei auf die Dauer nicht haltbar gewesen und so habe das Kind die Entwöhnung als Böswilligkeit durch die Mutter erlebt. Es werde später zum Alkoholiker, weil es das Trinken als „Wiedergutmachung“ dieser Frustration und als Weiterführen der ursprünglichen Verwöhnung empfinde. Diese „Wiedergutmachung“ stehe jedoch für eine „orale Regression“, in die der Abhängige sich begeben. Erst Anna Freud habe, so führt W.D. Rost an, später angemerkt, dass nicht nur eine frühe Verwöhnung, sondern auch die übermäßige orale Frustration zu einer oralen Fixierung und damit auch zur Alkoholabhängigkeit führen könne. Insgesamt sah Freud den Alkoholmissbrauch als Folge von Triebkonflikten, der zu einer inneren Spannung führt, die mit dem Suchtmittel herabgesetzt werden soll.

Auch Sándor Radò sah Ende der 20er Jahre die Sucht auf der Grundlage von Fehlentwicklungen in der Sexualität. Er betrachtete den Konsum von Suchtmitteln quasi als Ersatz eines genitalen Orgasmus. Der „pharmakogene Orgasmus“ (in: Rost S. 39) ersetzt zunehmend als alleinige Lustquelle den genitalen Orgasmus, sogar die Abfuhr der gesamten psychosexuellen Spannung. Er entwickelte sich auf diesem Weg zu einem „autoerotischen Lustapparat“. Im Gegensatz zu Freud bezog er diese Theorie nicht nur auf den Alkoholiker, sondern auch auf die Konsumenten anderer Suchtmittel.

Hier wird bereits das erste Mal der Aspekt der Beziehungsfähigkeit in der Suchttheorie sichtbar, der später in der Objektbeziehungspsychologie zentrale Bedeutung gewinnt. In dieser Theorie liegt also bereits der Ansatz zur objektpsychologischen Theorie der Sucht, die Sucht als Beziehungskrankheit versteht. Die Störung liegt darin begründet, dass die Entwicklung eines autoerotischen Lustapparates das „Mitwirken“ anderer Menschen scheinbar überflüssig erscheinen lässt. Es deutet sich hier die ersatzweise Beziehung zum Suchtmittel statt der gesunden Beziehung zu anderen Menschen an. Tatsächlich bedeuteten die Ausführungen Radòs jedoch ersteinmal den Übergang von der Triebtheorie zur Theorie der „Ich-Psychologie“.

Auch andere frühe Analytiker wie Karl Abraham (in Rost 2001, S. 33) sahen zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Ursache des Alkoholismus in der Sexualität. Er beschrieb vor allem die Probleme männlicher Alkoholiker mit ihrer männlichen Identifikation. Weibliche Alkoholikerinnen wurden nicht erwähnt, vielleicht, weil dieses Phänomen zu dieser Zeit kaum bekannt war.

Rost sieht lediglich in der Fixierung auf der oralen bzw. einer sehr frühen Entwicklungsstufe eine noch heute gültige Annahme. Auch die Tatsache, dass der Konsum von Alkohol zur Enthemmung, zur Reduzierung von Ängsten und eventuell auch zumindest zu Beginn der Suchtentwicklung zur gesteigerten sexuellen Erlebnisfähigkeit durch einen entspannteren Umgang mit Sexualität führen kann, sieht er durchaus bestätigt, schreibt sie jedoch jedem Alkohol konsumierenden Menschen zu und hinterfragt die Entwicklung der Sucht auf dem Hintergrund der Triebpsychologie eher kritisch. Hier sieht er allenfalls Erklärungsansätze zum normalen Trinken sowie zum Alkoholmissbrauch, zur Abhängigkeit dagegen nicht.

2.2.2 Ich-(struktur-)psychologischer Ansatz

In diesem Ansatz sind die psychischen Verarbeitungsmechanismen des Menschen, d.h. die Verarbeitungsstruktur im Vordergrund bzw. Struktur*mängel*. Dieses Strukturmodell ist wie ein Raster oder eine Folie zu verstehen, vor deren Hintergrund die alltäglichen Anforderungen des Lebens verarbeitet werden.

Das Strukturmodell Freuds bestand aus dem Es, dem Ich und dem Über-Ich (Rost S. 57). Freud sah im Es ursprünglich die „Welt der Triebe und des Unbewussten“, das „Reservoir der fundamentalen Triebe“ (Zimbardo S. 408). Das Ich, das sich ursprünglich aus dem Es entwickelt hat, sitzt quasi auf dem Es als Steuerungselement und verhilft den Trieben zu einer Anpassung an die Umwelt. Die Triebe selbst kennen keine Wertungen, kein Gut und kein Böse und keine Moral (Mentzos S. 40). Das Über-Ich besteht aus den ersten Objektwahlen des Es und hat auch gleichzeitig „die Bedeutung einer energischen Reaktionsbildung gegen dieselben“. Freud vermutete, dass das Über-Ich ursprünglich als Funktion zur Verdrängung des Ödipus-Komplexes entstand (Fischer-TB 1990 S. 188). Das Ich „leiht sich“ quasi die Kraft zur Erstarkung vom Vater aus, während das Über-Ich den Charakter des Vaters bewahrt. Je stärker der Ödipus-Komplex war und je heftiger er verdrängt werden musste, desto strenger wird dann das Über-Ich. Es herrscht als unbewusstes Schuldgefühl über das Ich und Freud schrieb einem sehr strengen Über-Ich auch einen zwangsartigen Charakter zu, der sich als „kategorischer Imperativ“ äußert (S. 189).

Das Über-Ich beinhaltet Moral und Ideal. Es entspricht ungefähr dem Gewissen. Es beinhaltet einerseits die bereits als Kind internalisierten Verbote der Eltern, nach Freud hauptsächlich des Vaters, aber auch anderer Erwachsenen, andererseits die internalisierten Wunschvorstellungen der Eltern darüber, wie das Kind im Idealfall seiner Persönlichkeitsentwicklung sein sollte. Das Über-Ich steht als „Repräsentant der Gesellschaft“ im Konflikt mit dem Es, dem „Repräsentanten des Überle-

bens“. Es entsteht das „Bild des unausgesetzten Kampfes zwischen zwei Teilen der Persönlichkeit, nämlich dem Es und dem Über-Ich“, wobei dem Ich die Vermittlerrolle zukommt (Zimbardo S. 408).

Mentzos , der grundsätzlich die Umbenennung des „Strukturmodells“ in „Dreinstanzenmodell“ vorschlägt, geht dazu über, die individuellen Strukturformen zusätzlich zu benennen, d.h. *depressive Struktur*, *zwanghafte Struktur* etc. Jede der Strukturen entspricht bestimmten Fixierungspunkten in der frühkindlichen Entwicklung sowie bestimmten *Abwehrmechanismen*. So hat die depressive Struktur ihre Fixierung in der *oralen Phase*, die zwanghafte in der *analen Phase* etc.

2.2.3 Selbstpsychologie (Narzissmustheorie)

Als Unterkapitel und als Erweiterung der Ich(struktur)psychologie zählt Rost die Selbstpsychologie bzw. die Narzißmustheorie. Mit dem *Selbst* wird hier ein neuer Begriff eingeführt, dessen Bedeutung verschiedenen Interpretationen unterlag. Während H. A. Krysal und H. Raskin (in Rost S. 62) darunter die „Selbstrepräsentanzen (verstanden, die meist die) unbewussten Vorstellungen, Erinnerungen und Phantasien dar(stellen), die die Person mit sich selbst verbindet“, bezieht sich das Selbst im Verständnis H. Kohuts (in Rost S. 67) auf den Kern der Persönlichkeit und auf deren Bestrebungen, „ihre zentralen idealisierten Ziele, die grundlegenden Begabungen und Fertigkeiten, die zwischen Strebungen und Zielen vermitteln – all das verbunden mit dem Gefühl, eine Einheit in Raum und Zeit zu sein, Empfänger von Eindrücken und Initiator von Handlungen“.

In Anlehnung an die Sage des Narzissos, der sich in sein eigenes Spiegelbild verliebte, nannte Freud den Zustand bzw. Vorgang Narzissmus, bei dem „das eigene Ich mit Libido besetzt und damit gleichsam zum Liebesobjekt wird.“ (Dorsch, 1991, S. 438). Freud unterschied dabei zwei Arten von Narzissmus: den primären und den sekundären Narzissmus.

Als primärer Narzissmus wird die Libido-Struktur auf der prägenitalen Entwicklungsstufe verstanden. M.S. Mahler setzte diese Zeit in den ersten Lebenswochen an. Nachdem der primäre Narzissmus ihrer Meinung nach ca. nach zwei bis drei Monaten seinen Höhepunkt erreicht, wird er langsam innerhalb der ersten fünf Lebensmonate von dem sekundären Narzissmus abgelöst (Mahler, 1992, S. 224 ff.) Dabei handelt es sich um eine „regressive Wiederbesetzung des eigenen Ich mit Libido nach einer Zurücknahme der Libido von den Objekten der Außenwelt“. (Dorsch 1991, S. 438).

Die Bewertungen des Narzissmus sind sowohl im Laufe der Zeit als auch in verschiedenen Sichtweisen der psychologischen Ausrichtungen immer ambivalent gewesen: Während er auf der einen Seite mit Selbstbezogenheit, Eitelkeit, Rückzug der Libido von allen Objekten auf sich selbst hin zu autistischem, suizidalem und selbstzerstörerischem Verhalten auf der einen Seite in Verbindung gebracht wird, wird in ihm auch gleichzeitig seine heilsame und notwendige Funktion erkannt, so z.B. im Zusammenhang mit Selbstwertgefühl und Selbstreflexion. Ursprünglich mit der Betrachtung klinischer Phänomene wie Perversionen, Neurosen und Psychosen entwickelt (vgl. „Zur Einführung in den Narzissmus“, in: Fischer-TB, 1990, S. 19 ff) wurde zunehmend bereits von Freud selbst die heilende Funktion konstatiert. So erwähnt er den „Rückzug auf das Ich zu dessen Schutz“ oder das „normale und zeitlich beschränkte Phänomen des Schlafes“ in diesem Zusammenhang (Roth, 1990, S. 43). Dabei bedeute der Schlaf nichts anderes als der narzisstische Rückzug der Libido auf die eigene Person.

Bis heute hat der Narzissmus verschiedene Bewertungswandlungen erfahren, während gleichzeitig eine Schwerpunktverlagerung vom primären Narzissmus auf den sekundären Narzissmus stattgefunden hat. Störungen in der narzisstischen Entwicklung können zu Fixierungen und neurotischem Verhalten führen. Auf diese Weise kann ein Zustand entstehen, bei dem das Gefühl der Grandiosität und Allmacht parallel zu Minderwertigkeitsgefühlen, Schuld- und Schamgefühlen herrscht. Es kommt also nicht zu einer befriedigenden narzißtischen Besetzung der eigenen Person, sondern zu einer narzisstischen Überbesetzung parallel zur narzisstischen Unterbesetzung (vgl. auch Häsing 1981, S. 129). Durch eine gestörte Narzißmusentwicklung wird die gesamte weitere Entwicklung beeinflusst, vor allem die Entwicklung der Identität. Die Ursache von entsprechenden Störungen wird hier in fehlender Empathie der Eltern und allgemein kränkenden Verhaltensweisen im Elternhaus gesehen.

Die narzisstische Spaltung von Grandiositäts- und Minderwertigkeitsgefühlen bedeutet für die narzisstische Persönlichkeit eine ständige Zerrissenheit, während der es kaum möglich erscheint, zu sich selbst zu finden. Die Persönlichkeit ist hin- und hergerissen zwischen eigenem Perfektionsstreben, Leistungsanforderungen und Anpassungsverhalten einerseits und mangelndem Selbstwertgefühl und andererseits Angst davor, in eigenen Schwächen und Unsicherheiten erkannt und verletzt zu werden. Triebfeder ist hier die Suche nach der fehlenden Liebe und Anerkennung, die in so frühen Jahren gefehlt hatte.

Roth stellt fest, dass ohne Narzissmus jede Entwicklung von Selbstwertgefühl und Selbstreflexion undenkbar wäre. Dabei nimmt er Bezug auf Melanie Kleins Ansicht der Funktion des Narzissmus als Angstabwehr, sowie Freuds These, dass die Fähigkeit der Sublimierung nur mit Hilfe des Narzissmus möglich ist. Von da aus ist der Sprung zur Kreativität und künstlerischen Betätigung nicht weit, denen ebenfalls „narzisstischer Ursprung“ (Kohut, zit. in Roth, 1990, S. 145) zugeschrieben wird. Die narzisstische Besetzung der eigenen Person befähigt diese überhaupt erst, zu „lieben und zu geben“, indem sie die Ich-Funktionen stärkt (vgl. Kernberg, zit. In Roth, 1990, s.137) Nicht nur für Lichtenstein also ist Narzissmus daran beteiligt, eine Identität aufzubauen und zu erhalten sowie sie wiederherzustellen, wenn sie verletzt oder zerstört ist (vgl. Lichtenstein, zit. in Roth, 1990).

Gerade vor dem Hintergrund der narzisstischen Störung wird der Kreislauf der Alkoholabhängigkeit sehr deutlich wahrnehmbar. Die narzisstische Störung gehört zu den frühen Störungen und gilt damit als besonders tiefgehend. Durch den o.g. Ablauf der narzisstischen Störung bestehen beim erwachsenen Menschen zwei gegensätzliche Grundgefühle: das der eigenen Grandiosität neben dem der eigenen Minderwertigkeit. Der Alkohol dient hier dem Grandiositätsgefühl zur Festigung oder „Aufblähung“ und gleichzeitig zur Betäubung der eigenen Minderwertigkeits-, Schuld- und Schamgefühle. In betrunkenem Zustand gewinnt die Selbstüberschätzung meist die Oberhand, während die Minderwertigkeitsgefühle nur unbewusst wahrgenommen werden. In anschließendem nüchternen Zustand kommt der „Kater“, bei dem auch die Gefühle der Minderwertigkeit wieder mehr in den Vordergrund treten, die dann wieder mit Alkohol betäubt werden. Ein Aspekt des Internalen Negativkonzeptes ist die Haltung: „Ich bin nichts wert“.

Die Selbstpsychologie beinhaltet sowohl struktur- als auch objektbeziehungspsychologische Anteile. Wurmser (in Rost, S. 66) sieht als möglichen Defekt den Über-Ich-Defekt, bei dem das Über-Ich gespalten wird: Während der eine Teil für realitätsgerechte Wahrnehmung und die Entwicklung von Schuldgefühlen zuständig ist, werden im anderen Teil überwiegend *Scham*gefühle entwickelt. Kohut (in Rost, S. 69) spricht gar vom *Fehlen einer Struktur* vor dem Hintergrund des frühen fehlenden Selbstobjektes, was beim Menschen das Gefühl von „tot-sein“ erzeugen kann und verhindert, dass man sich selbst spürt. Die Droge hat hier die Funktion, das fehlende Selbstobjekt zu ersetzen. Mittlerweile ist dies ein Krankheitsbild, das eher der Borderline-Erkrankung zugeordnet wird. Insgesamt ist das Fehlen einer inneren Struktur symptomatisch für frühe Störungen, im besonderen jedoch der Borderline-Erkrankung.

Kuntz (2000) negiert die These der Symbiose und Individuation sowie magischer Vorstellungen des Kindes im Sinne Melanie Kleins. Ebenfalls stellt er die Thesen Kohuts (in Kuntz S. 126) der narzisstischen Grandiosität so wie oben beschrieben in Frage, stimmt allerdings unter Berücksichtigung der Arbeiten Sterns (in Kuntz S. 126) den Thesen unter der Voraussetzung zu, dass sie zeitlich später angesiedelt sind, und zwar zum Zeitpunkt der Sprachentwicklung. Diesen Zeitpunkt benennt er als den Übergang vom ganzheitlichen zum durch das Erlernen der Sprache eher fragmentierten Erleben.

Als zentral erwähnt Kuntz zur Entwicklung solcher Grandiositäts- oder Omnipotenz Erfahrungen „massive, alle Toleranzgrenzen sprengende Einbußen in seinem Selbst-Gefühl von Urheberschaft und Wirksamkeit. (...) Erst wenn das Kerngefühl von Wirkmächtigkeit durch ständig erfahrene Verneinung in den zwischenmenschlichen Realitäten nachhaltig gestört wird, können später grandiose Allmachtsphantasien als kompensatorische Reaktion an die Stelle der verlorenen Handlungsfähigkeit treten „ (Kuntz S. 127).

Das andere Ende der narzisstischen Waagschale sieht Kuntz in der „unerträglichen Scham zur endgültigen Vernichtung des Selbst, das hinter den kompensatorischen Größenphantasien, die zur

Rettung des beschädigten Selbst aufgewendet werden, lauert. Hier bezieht er sich auch auf die Arbeiten L. Wurmser.

2.2.4 Objektbeziehungspsychologischer Ansatz

Rost bezieht sich hier hauptsächlich auf die Arbeiten von Melanie Klein und W. R. D. Fairbairn, aber auch D. W. Winnicott. Grundlage ist in diesem Ansatz, die Entwicklung des Kindes als einen umwelt- und vor allem *beziehungsgesteuerten* Prozess zu verstehen. Im Zentrum steht die Mutter-Kind-Beziehung und damit im Verständnis vor allem Melanie Kleins die Entwicklung von der Symbiose zur Individuation. In unserem vorliegenden Zusammenhang ist hier wichtig, dass Melanie Klein unter einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung die gelungene Introjektion guter und böser Anteile der Mutter, explizit der „guten Brust“ (Erfahrungen von Liebe, Wärme etc.) und der „bösen Brust“ (Enttäuschungen, Hass, Gier etc.) versteht. Als Motivation erkennt M. Klein libidinöse und aggressive Triebe, mit der das Kind die Welt gestaltet.

Durch die Introjektion verwandeln sich die gute und die böse Brust zu inneren Teilobjekten, die jedoch auch im Inneren getrennt gehalten werden. Macht das Kind genügend gute Erfahrungen mit der Mutter, kann es das Gute und das Böse als Ganzes anerkennen, die Mutter als abgegrenzte gute und böse Person wahrnehmen und selbst als integrierte Person der Mutter gegenüberreten. Die Entwicklung der Persönlichkeit ist für Melanie Klein damit abgeschlossen. M. Klein führt die Entwicklung einer unsicheren Identität auf die Existenz einer zu schwachen guten Brust zurück.

1932 benutzte E. Glover die Theorie M. Kleins das erste Mal als Erklärung zur Sucht. Er spricht bereits von dem „destruktiven Hass und Sadismus als die eigentlichen Triebkräfte der Sucht“ (in Rost, S. 82). Ebenso bemerkte Glover bereits im gleichen Jahr, dass alles zum Suchtmittel werden könne, auch psychische Dinge.

Das Suchtmittel, das nur unbewusst als böse empfunden wird, wird als das Gute phantasiert, als das, was für Entspannung, inneren Frieden, und die Befreiung von Schuldgefühlen und Ängsten sorgt. Erst im Inneren verwandelt sich das Suchtmittel in das böse Introjekt, das damit „einen Kreislauf von Versagen, Verzweiflung, Schuldgefühlen usw. in Gang setzt“.

Das Suchtmittel, das letztendlich „böse“ besetzt sei, diene immer wieder zur Bekämpfung des inneren „bösen Objekts“. Dies sei nur über die Selbstzerstörung möglich. Im Gegensatz zur Borderlinestörung und zur Psychose werde aber keine Spaltung in Gut und Böse entwickelt.

Adams (in Rost, S. 91) geht davon aus, dass ursprünglich das Gute auf die Mutter externalisiert wird und dass auch die Droge in diesem Sinne als die gute Mutter phantasiert wird. Das introjizierte Böse bekämpft er in sich selbst. So schützt er die Mutter vor der Vernichtung der eigenen Aggressionen, die er so gegen sich selbst richtet. In der Folge „beweist“ der Alkoholiker sich und seiner Umwelt immer wieder, dass er selbst im Gegensatz zur Mutter schlecht ist, weil er trinkt und nicht in der Lage ist, sein Leben zu meistern. Dieser Kreislauf setzt sich dann in den partnerschaftlichen Beziehungen fort, in denen die Ehefrau als gut und stark gesehen wird und somit die eigene Person als minderwertig und schwach. Alkoholiker suchen sich nicht zuletzt deshalb Ehefrauen aus, die zumindest stark erscheinen, auch wenn sie bei näherem Hinsehen zutiefst co-abhängig sind, d.h. selbst nur Fassadär stark und damit beschäftigt, den Alkoholiker unter Kontrolle zu halten, um die eigene Problematik nicht erkennen zu müssen. Auch in diesem partnerschaftlichen Verhalten des Alkoholikers festigt sich das internale Negativbild, wie hier deutlich zu erkennen ist.

Glover (in Rost 1991) nahm im Trinkverhalten des Alkoholikers einen unbewussten Sadismus an und ein damit zusammenhängendes Strafbedürfnis. Unbewusste Schuldgefühle seien dafür verantwortlich, dass sich Alkoholiker häufig nach Erfolgssituationen durch exzessives Trinken ein Scheitern herbeiführen würden, mit dem sie sich für den Erfolg quasi bestrafen. Hier führt er zusätzlich die bei Alkoholikern häufig beobachtete Unfallgefahr an. Rost erwähnt auch, dass der Entzug des Alkoholikers nicht immer eine abschreckende Wirkung hat, sondern dass er nach E. Simmel (Rost S. 101) auch als „Selbstbestrafung, die ihn von quälenden Schuldgefühlen befreit“, empfunden und u.U. „genossen“ wird.

Die Tendenz der Selbsterstörung zeige sich allerdings in extremer Form in der hohen Suizidrate, die bei Alkoholikern zu beobachten sei, wobei der vollendete Suizid vorwiegend in abstinenter Phase geschehe. Hier setzt Rost den Selbstheilungscharakter der Droge Alkohol an, der dann offensichtlich werde, wenn er ohne Alternative, d.h. ohne therapeutische Aufarbeitung der psychischen Ursachen, nur weggelassen werde.

Insofern haben sowohl die Selbstheilungsthese der Ich(struktur)psychologie wie auch die These der Selbsterstörung in der Objektbeziehungspsychologie ihre Berechtigung, indem sie beide für unterschiedliche Phasen Bedeutung haben. In der Objektbeziehungspsychologie spielen die äußerst aggressiven und sadistisch gelebten Triebkonflikte die zentrale Rolle im Suchtgeschehen, vor allem bei sehr schwer gestörten chronischen Alkoholikern.

2.3 Die Entwicklung Internaler Negativkonzepte auf der Basis psychoanalytischer Ansätze

2.3.1 Internale Negativkonzepte auf triebpsychologischem Hintergrund:

Internale Negativkonzepte können sich auf dem Hintergrund des in Kapitel 1.2.1 beschriebenen Ansatzes aus verschiedenen Perspektiven ergeben: Nach diesen frühen Theorien, die sich in abgewandelter und weiterentwickelter Form z.T. bis heute erhalten haben, kann ein ständiger Lust-Unlust-Konflikt und ein Unvermögen, damit gesund umzugehen, eine fehlende Impulskontrolle sowie eine gestörte Geschlechtsidentifikation entstehen, um nur einige Möglichkeiten zu nennen. Das Unvermögen, mit diesen Konflikten und den daraus entstehenden inneren Spannungen umgehen zu können, erzeugt Versagensgefühle, Minderwertigkeitsgefühle und Ängste, die sich in allen sozialen Bereiche des Lebens fortsetzen können. In der Praxis sind diese Zusammenhänge immer wieder zu beobachten.

Das subjektive Gefühl, das aus der oben beschriebenen Verwöhnung erwachsen kann, wird von Alkoholikern häufig mit der Einstellung beschrieben, „nie genug zu bekommen“. Das Gefühl, „immer benachteiligt zu werden und immer schlechter als andere dazustehen“, setzt dann häufig eine Dynamik in Gang, die den Alkoholismus aufrechterhält. Der Frustration über dieses Gefühl, immer benachteiligt zu werden, wird mit dem weiteren Konsum von Alkohol begegnet, worauf die daraus entstehenden Verhaltensweisen Ablehnung und Benachteiligung bei anderen Menschen hervorrufen. Das Gefühl der eigenen Minderwertigkeit wird bestätigt und der Kreislauf setzt sich fort. Irgendwann hat sich der Alkoholiker in diesem Kreislauf und den mit ihm verbundenen Gefühlen und sozialen Auswirkungen soweit „eingerichtet“, dass er sich hier „zu Hause“ fühlt und alles andere (was eigentlich gesund wäre) Angst und Abwehr erzeugt.

2.3.2 Internale Negativkonzepte auf Ich(struktur)psychologischem Hintergrund

Bei Alkoholikern ist in der Praxis häufig zu beobachten, dass das, was in der Fachsprache als das Über-Ich bezeichnet wird, als sehr streng oder sogar überaus sadistisch wahrgenommen wird. Hier finden die Bewertungen der eigenen Person statt, die dann häufig sehr negativ ausfallen. In diesem Sinn ist das Über-Ich, so wie es in der Psychoanalyse gesehen wird, eine der zentralsten Ausgangspunkte für Internale Negativkonzepte, vor allem wenn das Ich selbst zu schwach ist, um eigene Bewertungen vorzunehmen, die der Strenge des Über-Ichs standhalten können.

Während im triebpsychologischen Modell die inneren Triebkonflikte bzw. Triebe versus Umwelt im Vordergrund stehen spielt in diesem Modell die psychische Strukturbeschaffenheit die entscheidende Rolle für die Entwicklung des Menschen. Das Ich sieht sich einerseits der Anforderung gegenüber, die Triebe zu steuern, andererseits den Anforderungen des Über-Ichs angemessen entgegenzutreten.

Während Internale Negativkonzepte beim triebpsychologischen Modell auf der Grundlage innerer Triebkonflikte entstehen spielt beim ichpsychologischen Modell ein Defekt in der psychischen Struktur eine Rolle bzw. Störungen in der Struktur von Es, Ich und Über-Ich. Hier ist von einer Ich-Funktions-Schwäche zu sprechen, so dass das Ich seine Funktion als Vermittler zwischen Es und Über-Ich nur unzureichend erfüllen kann, oder einem Über-Ich-Defekt, der sich in einem unangemessen strengen Bewertungsschema zeigt.

Die Droge wird von Rost vor dem Hintergrund dieses Strukturmodells als „Selbsteilungsmittel“ verstanden. Bezüglich des Alkoholkonsums sieht er hier „die Affektdämpfung und Affektregulierung, die Verstärkung der Reizschutzbarriere gegen Einflüsse innerer und äußerer Natur“ im Vordergrund. Auf de Vito u.a. (s. Rost, S. 56) zurückgreifend erwähnt Rost den exzessiven Genuss von Alkohol als einen „Schutz gegen unterschiedliche das Ich bedrohende Situationen“, z.B. starke und als bedrohlich empfundene „Affektzustände wie Wut, Furcht oder Hilflosigkeit, wobei der Alkohol zugleich Hemmungen beseitigt und das Ausagieren ermöglicht“. Das Ich ist hier nicht ausreichend in der Lage, auf diese Gefühle adäquat zu reagieren. Desweiteren erwähnt Rost den „Schutz gegen drohende Hoffnungslosigkeit und Abhängigkeitswünsche, besonders bei depressiv veranlagten Alkoholikern, einen Schutz gegen Angst bei Gefahr der Ich-Desintegration und die Möglichkeit, mit Hilfe des Alkohols eine neurotische, psychotische oder sexuelle Symptomatik zu mildern“ (Rost S. 56).

2.3.3 Internale Negativkonzepte auf selbstpsychologischem Hintergrund

Internale Negativkonzepte entstehen hier auf der Grundlage des immerwährenden subjektiven Gefühls der Unzulänglichkeit und Unsicherheit, aber auch zu einem nicht geringen Teil auf den dadurch erwachsenen sozialen Schwierigkeiten, die sich durch die „Haltlosigkeit“, die fehlende Impulskontrolle, die fehlende reife Identität und vor allem die Selbstwertproblematik ergeben.

Als zentral sind hier auch die Beziehungsschwierigkeiten zu nennen, die auf der frühen Enttäuschung durch das Primärojekt basieren, des traumatischen Verlustes der Elternimago. Während normalerweise eine schrittweise Enttäuschung stattfindet, die das Kind verarbeiten kann, indem es das Selbstobjekt verinnerlicht und damit selbst die nötige Struktur aufbaut und sich damit zunehmend unabhängig macht, scheitert bei einer Traumatisierung diese Verinnerlichung. Es erfolgt ein Rückzug auf sich selbst und die Psyche bleibt vom äußeren Objekt abhängig.

Im weiteren Lebenslauf wird versucht, jede Abhängigkeit von Menschen auszuschließen und andere Menschen werden hauptsächlich nach ihrem Nutzen, ihrer „Verwertbarkeit“ (Rost S. 74) beurteilt. Narzisstisch gestörte Menschen entwickeln oft große Verführungskünste, um von anderen die fehlende Anerkennung zu bekommen, würden dies aber kaum auf direkten Wege einfordern. So bekommen sie häufig das, was sie gar nicht haben wollen. Das direkte Ansprechen der eigenen Bedürfnisse würde sie mit den eigenen Kränkungsgefühlen derart konfrontieren, dass sie dies für den Preis der Einsamkeit vermeiden. Was auf der Strecke bleibt sind gesunde zwischenmenschliche Beziehungen. Im Rückzug fühlt sich der Mensch einsam, und da er die Anerkennung und die Liebe, die er eigentlich sucht, auf diesem Wege nicht bekommen kann, fühlt er sich weiterhin ungeliebt und unzureichend und bleibt im narzisstischen Kreislauf gefangen.

Kuntz negiert eine sekundäre Idealisierung oder die Entstehung eines Größenselbst in der vorsprachlichen Entwicklungsphase. Er beschreibt die Entwicklung Internaler Negativkonzepte mit der Entstehung „unerträglicher Scham zur endgültigen Vernichtung des Selbst“. In dieser These finden sich sowohl die selbstheilenden Aspekte, die Rost beim Suchtmittelkonsum in Verbindung mit dem strukturpsychologischen Modell erwähnt, als auch die selbstzerstörerischen Kräfte der vor allem in der objektbeziehungspsychologischen Abhandlung Melanie Kleins genannten Theorie wieder. Diese zeigen sich beispielsweise in der „ins Extrem wuchernden negativen Grandiosität, aus der dem Selbst eine zerstörerische Befriedigung erwächst“. Wichtig ist hier jedoch, dass sie als Ausdruck des Internalen Negativkonzeptes anzusehen sind. Die Scham ist damit die tiefste Verletzung und Verneinung der eigenen Identität bis hin zur eigenen Existenz. Das Internale Negativkonzept besteht hier aus dem Gefühl der „persönlichen Mangelhaftigkeit“, der Schädigung des Gefühls der Eigenwirksamkeit sowie des sich als unwert erlebenden Selbst. Auch das, was häufig als die narzisstische Abwertung des anderen bezeichnet wird sieht Kuntz hier als den Versuch, sich vor dieser eigenen Scham zu schützen.

Scham wird auch von B. Miller (in Kuntz 2000, S. 131) als das Gefühl angesehen, sich als wirkungslos, mangelhaft und defizitär zu erleben. Scham ist hier kein selbst verursachtes, sondern ein ursprünglich in frühen Beschädigungen des Selbstvertrauens erwachsenes und von außen im Zusammensein mit anderen Menschen induziertes Gefühl. Im weiteren Lebensverlauf trägt es dazu bei, die eigene Person fortwährend zu entwerten und die sozialen und zwischenmenschlichen Beziehungen dementsprechend zu gestalten, so dass häufig Schuld- und Einsamkeitsgefühle hinzukommen.

2.3.4 Internale Negativkonzepte auf objektbeziehungspsychologischem Hintergrund

Es gibt sicherlich zahlreiche Autoren, die sich mit der Objektbeziehungspsychologie befasst haben und damit zusammenhängend die unterschiedlichsten Ansätze. Es würde jedoch zu weit führen, hier auch nur annähernd den Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben. Aus diesem Grunde sollen hier nur die grundlegendsten Theorien benannt werden, soweit sie für das Verständnis für die Entwicklung Internaler Negativkonzepte notwendig ist. Zudem fließen die zuvor benannten Ansätze ebenfalls in die Objektbeziehungspsychologie ein.

In der objektbeziehungspsychologischen Theorie entwickeln sich Internale Negativkonzepte vor allem auf der Basis früher Störungen zwischenmenschlicher Beziehungen. Nach den Theorien Melanie Kleins hieße dies, dass die nicht geglückte Internalisierung der guten und der bösen Brust zur Entwicklung einer unsicheren Identität führt. Winnicott (in Rost S. 82) sieht die Persönlichkeit in diesem Fall als grundlegend gestört an. Er spricht hier vom *falschen Selbst*, das „von Gefühlen der Unwirklichkeit und der Nichtigkeit gekennzeichnet“ ist. Das falsche Selbst könnte hier u.a. als Ausgangspunkt für die Entwicklung von Internalen Negativkonzepten angesehen werden.

Im *falschen Selbst* erklärt sich die jeweilige Person die fehlende Anerkennung und Zuneigung mit dem eigenen Unvermögen, z.B. nicht den Erwartungen der anderen zu genügen. Sie reagiert häufig mit Schuld- und Schamgefühlen, aber auch Neid. Der Neid wird durch Autodestruktivität abgewehrt um die Option, doch noch anerkannt und narzisstisch aufgewertet zu werden, zu erhalten.

Wird das Böse zum Schutz der Mutter, so wie Adams es ausführt (s. Punkt 2.2.4), introjiziert, beeinflusst dies das gesamte Selbstbild des Menschen und gibt die Grundlage zur Entwicklung Internaler Negativkonzepte. Fehler oder Nachlässigkeiten werden höchstens in einem engen Toleranzbereich eingestanden, andernfalls muss das Gefühl, versagt zu haben, d.h. hier auch, „böse“ zu sein, abgewehrt werden. Kritik wird empfunden wie Vernichtung des Selbstkonzeptes bzw. Selbstbildes. Das eigene Versagen wird im späteren Leben immer wieder reproduziert und ergibt letztendlich ein subjektiv erlebtes Gesamtbild der eigenen Unfähigkeit und Unzulänglichkeit.

Das unbewusste Strafbedürfnis, das Glover konstatiert (s. Punkt 2.2.4), ist ein weiterer Baustein zum Internalen Negativkonzept. Hier wird nicht nur die eigene Person, sondern auch die strafende andere Person als negativ und böse empfunden: Narzisstische Kränkung erzeugt narzisstische Wut. Dieses Strafbedürfnis kann unserer Meinung nach jedoch nur ambivalent sein, da die Sehnsucht danach, geliebt zu werden, letztendlich vorrangig ist. Das Böse ist dagegen subjektiv immer stärker als das Gute.

Ob sich jemand ungeliebt, wertlos, unzulänglich oder hilflos fühlt, hängt aus der Sicht der Psychoanalyse von den Objektbeziehungen der ersten Lebensjahre ab. In der Folge sind meist Depressionen zumindest anteilsweise zu beobachten, weshalb wir im folgenden Kapitel auf die Entwicklung Internaler Negativkonzepte in diesem Zusammenhang eingehen wollen. Dabei ist die Tendenz zum Suizid die extremste Form des Umgangs mit Internalen Negativkonzepten.

2.3.5 Internale Negativkonzepte und Depressionen in der Psychoanalyse

Süchtig wird nach Fenichel (1894-1946), der den Begriff der „Impulsneurose“ einführte, derjenige, „für den die Wirkung eines Rauschmittels eine besondere Bedeutung gewinnt“ (Fenichel 1975). Die Ursache dazu sieht Fenichel in der Struktur des Menschen begründet, zu denen er u.a. innere Hemmungen, insbesondere depressive Neigungen zählt. Die Entwicklung Internaler Negativkonzepte, auch wenn es sie unter der Bezeichnung in der Psychoanalyse nicht gibt, hängt unweigerlich mit dieser Grundvoraussetzung zusammen. Er sieht gerade bei chronischen Alkoholikern Frustrationen in der Kindheit als Ursache, die zu oralen Fixierungen geführt haben (Fenichel S. 163). Diese Erfahrungen sind mitverantwortlich für die entsprechenden Strukturbildungen der Persönlichkeit.

Insgesamt vergleicht Fenichel die Prädisposition der Depression mit der der Sucht sowie der pathogener Triebregungen: Das Selbstgefühl ist abhängig von der Zufuhr von außen, nachdem der Mensch aufgrund von Schuldgefühlen in diesen sehr frühen Zustand regrediert ist. Er sieht eine „ununterbrochene Gier“ nach der Befriedigung narzisstischer Bedürfnisse, ohne die sein Selbstgefühl auf einen bedrohlich wirkenden Mindestpegel herabsinkt. Während auch bei Gesunden lange Deprivationen und Frustrationen zu apathischen und Zuständen „leichter Depressionen“ führen, in

denen der Betroffene übergangsweise verstärkte Zufuhr von außen benötigt, chronifizieren sich bei neurotisch Depressiven die Zustände dahingehend, dass sie versuchen, von einem Objekt die „lebensnotwendige Zuwendung (zu) erzwingen“, während bei psychotisch Depressiven gar ein völliger Objektverlust eintritt, so dass der Depressive als Objekt nur noch sein Über-Ich wahrnimmt.

Depressive Verarbeitungsstrukturen kommen beispielsweise in Situationen zum Tragen, in denen Menschen nicht die nötige Zufuhr bekommen, die sie für den Erhalt des Selbstgefühls benötigen, so z.B. bei privaten oder beruflichen Fehlschlägen, Prestige- und Geldverlust, Verlust geliebter Personen durch Trennung oder Tod oder bei Überforderungssituationen, die dazu führen, dass der Mensch seine eigenen Unzulänglichkeiten und Schwächen wahrnimmt.

Ursache dieses Verarbeitungsmechanismus sieht Fenichel hauptsächlich in latenten Schuldgefühlen, die darauf zurückzuführen seien, dass der Mensch spüre, dass „abgewehrte `böse` Triebrengungen in ihm noch wirksam sind. Die Feindseligkeit den frustrierenden Objekten gegenüber wird zur Feindseligkeit gegenüber dem Introjekt und damit der eigenen Person gegenüber. Wird diese Feindseligkeit wieder nach außen gekehrt, beispielsweise indem andere gezwungen werden, für narzisstische Zufuhr zu sorgen, entstehen gleichzeitig Schuldgefühle, die dazu führen, die Feindseligkeit wiederum auf sich selbst zu richten. Der Kreislauf der Depression schließt sich hiermit.

An dieser Stelle wird deutlich, dass dieser Ablauf etwa dem *Wiederholungszwang* (Laplanche S. 627-631) ähnelt, bei dem u.a. nach Freud ausschließlich unangenehme Situationen wiederholt werden. Ursächlich ist hier, dass die alten, verdrängten Ausgangssituationen nicht *erinnert* werden können, sondern stattdessen *wiedererfahren* werden. Lt. Freud geht es hier darum, dass bis dahin unverstandene Situationen aktualisiert werden, um nun die Chance zu erhalten, gelöst zu werden. Vor dem Hintergrund, dass ausschließlich unangenehme Situationen zur Wiederholung gelangen, wozu alle Formen schädigender Erlebnisse, aber auch Traumata gehören, wird deutlich, dass diese Wiederholungen auch nur zu negativen Zuständen führen können, zumindest solange, bis sie z.B. durch therapeutische Verfahren einer Aufarbeitung und Lösung nahe gebracht werden.

Als Internale Negativkonzepte werden in diesem Zusammenhang beispielsweise „Selbstbotschaften“ wie „Ich habe alles verloren, die Welt ist leer (Fenichel S. 278)“, bei dem Fehlen der inneren Zufuhr durch das Über-Ich „Ich habe alles verloren, weil ich nichts verdiene“ entwickelt, die das weitere alltägliche Leben bestimmen.

Aus ichstrukturpsychologischer Sicht beschreibt S. Mentzos (2000) das Wesen der depressiven Psychodynamik vor allem in drei zentralen Punkten: Der Herabsetzung der Selbstachtung, der Autoaggression sowie den Vorgang der Introjektion auf der Basis eines vorherigen Objektverlustes. Als Internale Negativkonzepte sind hier nach Mentzos die meisten der Verarbeitungsmodi zu nennen. Während im depressiven Modus aus Schutz den Objekten gegenüber das negative Selbstkonzept vorrangig wahrgenommen wird, werden die bösen Selbstanteile bei der Borderline-Erkrankung nach außen verlagert und dort bekämpft, die Welt als feindlich und bedrohlich erlebt. Bei den sogenannten Perversionen werden quasi Teilobjekte, die als weniger gefährlich empfunden werden, bevorzugt, während die Beziehungen zu anderem Menschen eher problematisch gestaltet werden. Der Wiederholungscharakter solcher Störungen festigt letztendlich die Probleme und führt auch hier zu negativen Selbstkonzepten und negativer Weltsicht im Sinne von: „Keiner kann mich verstehen“.

In jedem Fall ist unter psychoanalytischer Sicht die Depression als eine strukturelle Ich-Schwäche bzw. eine „Ich-Hemmung“ (Mentzos S. 184) anzusehen, die sich in Form von Apathie, Gefühllosigkeit, ausgeprägter Mattigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Antriebsarmut zeigt, also in einer allgemeinen Hemmung der lebensbejahenden Kräfte, die zu einer positiven befriedigenden Lebensgestaltung notwendig sind. Mit der Chronifizierung verfestigen sich gleichzeitig die Negativhaltungen, welche ihrerseits nicht nur im Sinne Watzlawicks und der sich selbst erfüllenden Prophezeiung wiederum verfestigt werden und so zu höchst starren und zwanghaften Negativhaltungen führen können, die auch unter hohem Leidendruck der Person nur sehr schwer therapeutisch zu lösen sind.

Negativhaltungen sind hier: „Ich kann nichts“, „Ich taue nichts“, „Ich schaffe das nicht“, „Mit mir will doch niemand etwas zu tun haben“, „Ich bin nicht wichtig“, „Die Welt ist schlecht“, „Die Menschen sind schlecht“, u.v.m..

3. Internale Negativkonzepte aus der Perspektive der kognitiven Verhaltenstherapie

3.1 Allgemeine Grundlagen

Unter dem kognitiven Ansatz der Verhaltenstherapie werden unterschiedliche Theorien zusammengefasst, deren Gemeinsamkeiten sich in den beiden Grundannahmen finden, dass erstens die subjektiv wahrgenommene Realität das Erleben einer Situation und das Verhalten bestimmt, und zweitens die Person aktiv und gestaltend auf ihre Umwelt einwirkt.

Ein Satz, der in fast allen einführenden Lehrbüchern zur kognitiven Verhaltenstherapie zitiert wird und der das zugrundeliegende Menschenbild wiedergibt, stammt vom römischen Stoiker Epiktet (50-138 n. Chr.). Er lautet: „Nicht die Dinge selbst beunruhigen die Menschen, sondern ihre Vorstellungen von den Dingen.“ (aus: Wilken 1998, S. 14)

Die kognitive Therapie geht davon aus, dass unsere Gefühle, unsere Handlungsbereitschaft und unsere Motivation durch die Art und Weise, wie wir bestimmte Situationen interpretieren, bestimmt werden (Beck, Wright, Newman, Liese 1979, S. 45). Deshalb setzt die kognitive Verhaltenstherapie, an den Kognitionen eines Menschen an.

Die kognitiven Ansätze gehören seit den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts genau wie die behavioralen Ansätze (Techniken, die sich an Erkenntnissen des operanten bzw. klassischen Konditionierens orientieren, Modelllernen etc.) zur Verhaltenstherapie (Agras (1979) in Margraf (2000)). Meistens wird im modernen verhaltenstherapeutischen Sprachgebrauch „Verhaltenstherapie“ inzwischen sogar gleichgesetzt mit „kognitiver Verhaltenstherapie“.

Nach Margraf befindet sich die Verhaltenstherapie in ständiger Entwicklung und hat den Anspruch, ihre Effektivität empirisch abzusichern (Margraf 2000). In ihren ersten Erklärungs- und Veränderungsmodellen bezog sie sich hauptsächlich auf die Lerntheorien; im Laufe der Zeit wurden alle anderen therapie relevanten Bereiche der Psychologie (z.B. Entwicklungspsychologie, Emotionspsychologie, Kognitionspsychologie, Neuropsychologie, Motivationspsychologie), aber auch Biologie, Biochemie, Medizin sowie Sozialwissenschaften zur Grundlage therapeutischen Vorgehens. So entstanden aus einem ursprünglich linearen Ansatz umfassendere Störungs- und Behandlungskonzepte, die in Theorie und Praxis alle modernen Forschungsergebnisse zu integrieren versuchen. Die VT nutzt also auch die Erkenntnisse der Neurowissenschaften wie sie im Exkurs in Kapitel 4.4 beschrieben sind.

3.2 Beschreibung der Störungstheorie nach Beck

Die kognitive Theorie nach Aaron T. Beck bezog sich zunächst Ende der 50er Jahre speziell auf die Erforschung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depressionen. Er wandte die darin enthaltenen zentralen kognitiven Hypothesen in der Folgezeit auch auf weitere psychische Störungsbilder an, so auch auf den Bereich der Süchte (Beck, Wright, Newman & Liese 1997).

Der Fachbegriff „Internale Negativkonzepte“ wird in der kognitiven Verhaltenstherapie nicht verwendet. Beck und andere Autoren sprechen je nach Veröffentlichung bzw. Übersetzung erst einmal von *Schemata*, *Konzepten* bzw. *Grundüberzeugungen* (*core beliefs*), die auch negativ sein können. (Beck et al. 1981). Beck versteht unter *Schemata* „überdauernde kognitive Strukturen, die der Gliederung und Organisation der Umwelt in psychologisch relevante Einheiten dienen. Durch diese Schemata erfolgt die selektive Wahrnehmung, Kodierung und Bewertung der Reize, denen die Person begegnet und mit denen sie sich auseinander zu setzen hat.“ (Bastine 1984, S. 199).

Beck spricht in Zusammenhang mit Depressionen von *Negativen Schemata* bzw. *Konzepten*. Er beschreibt, dass hierbei das Denken inhaltlich verzerrt ist und spricht von dysfunktionalen Überzeugungen. Diese dysfunktionalen Überzeugungen beobachten wir auch bei Suchtpatienten, die nicht depressiv sind.

Die *kognitive Triade der Depression* verdeutlicht die verzerrt-negative Sicht des Depressiven, aber auch zum nicht unerheblichen Teil die des nicht depressiven Suchtpatienten. Sie besteht aus der *negativen Sicht*

- *der eigenen Person* („ich bin hilflos“, „ich bin ein Versager“, „ich bin nicht liebenswert“)
- *der Umwelt* („ich kann den Ansprüchen, die an mich gerichtet werden, nicht gerecht werden“, „alle sind gegen mich“, „meine Arbeit ist stumpfsinnig und deprimierend“)
- *der Zukunft* („ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann“, „es kann alles nur noch schlimmer werden“).

Durch logische Fehler bzw. Denkfehler bei der Informationsverarbeitung wird die verzerrt-negative Sicht der betroffenen Menschen bestätigt und verfestigt.

Beck et al (1981) beschreiben sechs verschiedene Fehlerkategorien, die sich zum Teil auf die Datensammlung und teilweise auf das Schlussfolgern aus den gesammelten Daten beziehen:

- *Willkürliche Schlussfolgerungen*: es werden bestimmte Schlüsse gezogen, obwohl es keine entsprechenden Beweise oder gar Gegenbeweise gibt.
- *Selektives Verallgemeinern*: ein aus dem Zusammenhang gerissenes Detail wird überbewertet und bedeutsamere Situationsmerkmale werden ignoriert.
- *Übergeneralisierung*: ein oder mehrere isolierte Ereignisse bewirken die Aufstellung einer allgemeinen Regel oder Schlussfolgerung. Diese wird unterschiedslos auf ähnliche oder unähnliche Situationen übertragen.
- *Maximieren und Minimieren*: die Bedeutung eines Ereignisses wird deutlich über- bzw. unterschätzt.
- *Personalisieren*: äußere Ereignisse werden auf sich selbst bezogen, auch wenn es dafür keine Ursache gibt.
- *Verabsolutiertes, dichotomes Denken*: alle Erfahrungen werden in eine von zwei sich gegenseitig ausschließende Kategorien eingeordnet z.B. sauber oder schmutzig. Der depressive Patient wählt, wenn er sich selbst beschreibt, extrem negative Klassifizierungen.

Automatische Gedanken sind nach Beck für das emotionale Befinden und die depressiven Symptome des betroffenen Menschen verantwortlich. Unter automatischen Gedanken versteht er sich blitzartig aufdrängende, situationsspezifische Kognitionen, die subjektiv plausibel erscheinen und zwischen einem Ereignis (externaler oder internaler Art) und seinem emotionalen Erleben liegen. Die automatischen Gedanken sind fehlerhaft und verzerrt (Wilken 1998).

Die zur Depression prädisponierenden *depressogenen Grundannahmen* sind situationsübergreifend und von grundlegender Bedeutung. Sie sind in der Regel nicht bewusst und weitaus schwieriger zu erkennen als die automatischen Gedanken.

Beck et al. (1981, S. 278) benennen einige Grundannahmen, die zu starker Depression disponieren :

- Um glücklich zu sein, muss ich bei allem, was ich unternehme, Erfolg haben.
- Um glücklich zu sein, muss ich immer von allen Menschen akzeptiert werden.
- Wenn ich Fehler mache, bedeutet das, dass ich unfähig bin.
- Wenn jemand anderer Meinung ist als ich, bedeutet das, dass er mich nicht mag.
- Mein Wert als Mensch hängt davon ab, was andere von mir denken.

Ein Beispiel vermag den Zusammenhang zwischen depressiven Grundannahmen und automatischen Gedanken verdeutlichen:

- *Unbewusste Grundannahme*: Wenn ich nicht von allen Menschen, die mir wichtig sind, geliebt werde, bin ich ein Nichts.
- *Konkrete Beobachtung*: Peter liebt mich nicht.
- *Automatischer Gedanke*: „Ich bin ein Nichts“

Die von Beck beschriebenen Phänomene bzw. die darunter liegenden Strukturen und Entwürfe (Oberpläne) finden wir in unserer Arbeit mit Alkoholikern häufig. Unsere Patienten haben oft eine negative Sicht von sich selbst, ihrer Umwelt und ihrer Zukunft im Sinne von Beck's kognitiver Triade

verinnerlicht, auch dann, wenn keine Diagnose „Depression“ gestellt wird. Auch die zugrundeliegenden depressogenen Grundannahmen können wir bei unseren Patienten häufig zumindest in Ansätzen vorfinden.

3.3 Beschreibung der Störungstheorie nach Ellis

Während Beck in seiner Störungstheorie vor allem die Bedeutung einer verzerrten Sicht der Realität betont, rückt Ellis Bewertungen bzw. Bewertungsmuster in den Mittelpunkt seiner Theorie bzw. Therapie. Albert Ellis ist der Begründer der Rational-Emotiven Therapie (RET), die er 1955 erstmals vorstellte und die er und andere kontinuierlich weiterentwickelten.

Er geht von der Grundannahme aus, dass menschliches Denken und Fühlen in ständiger Wechselwirkung miteinander stehen, in Teilen sogar nicht voneinander zu trennen sind. Denken und Fühlen laufen also nicht in zwei voneinander getrennten Prozessen ab. Gefühle werden häufig von Gedanken begleitet, die sich oft in Form von Selbstgesprächen oder verinnerlichten Sätzen manifestieren. Grundlegend für Ellis ist die *ABC-Theorie der Persönlichkeit bzw. der psychischen Störungen*, die mehrfach modifiziert und erweitert wurde. In einer einfachen Form kann man sie folgendermaßen zusammenfassen:

Unter „A“ (activating event) wird ein auslösendes Ereignis verstanden, das sowohl innerpsychisch (z.B. Vorstellung einer gescheiterten Prüfung) als auch external (z.B. Verlust eines Elternteils) bedingt sein kann. Mit „B“ (beliefs, belief systems) ist die Bewertung des Ereignisses (A) gemeint. Die Bewertung erfolgt aufgrund bestimmter Überzeugungen (Bewertungsmuster, Einstellungen bzw. Lebensregeln). Diese Bewertungen (B) veranlassen die Person in bestimmter Weise auf das auslösende Ereignis zu reagieren. Diese Reaktion wird mit „C“ (consequence) bezeichnet und kennzeichnet die emotionalen Reaktionen und Verhaltensreaktionen auf „A“.

In der Therapie versuchen Therapeut und Patient gemeinsam, hilfreiche Gedanken/Bewertungen (B´) zu finden, um zu erwünschten Gefühlen bzw. erwünschtem Verhalten (C´) zu gelangen.

Während wir alltagspsychologisch häufig annehmen, dass das aktivierende Erlebnis direkt die Reaktion der Person z.B. in Form von Gefühlen wie Angst, Depression etc. auslöst, verdeutlicht Ellis, dass die Bewertungen bzw. Überzeugungen, die die Person dem Ereignis zuordnet, das entscheidende Bindeglied zwischen A und C darstellen.

Ellis hält irrationale Bewertungen für zentral bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer (emotionaler und Verhaltens-) Störungen. Der Begriff *irrational* wird von Ellis synonym mit „inappropriate“ verwendet, bedeutet also „unangemessen“, „nicht hilfreich“, „selbstschädigend“, während *rational* im Sinne von „appropriate“, also „angemessen“, „hilfreich“, „zielführend“ gebraucht wird.

Während rationale Überzeugungen zu angemessenen positiven bzw. negativen Emotionen und Verhaltensweisen führen und der Person helfen, ihre selbstgewählten Ziele zu erreichen, bringen irrationale Überzeugungen den Menschen zu Emotionen und Verhaltensweisen, die ihn subjektiv belasten und die Verwirklichung der persönlichen Lebensziele verhindern, z.B. durch Vermeidungsverhalten, Abhängigkeiten oder quälenden Ärger.

Walen, Di Giuseppe & Wessler (1982) haben 11 irrationalen Überzeugungen, die nach Ellis´ Ansicht in der westlichen Welt gegenwärtig bei psychisch gestörten Menschen am häufigsten vorkommen, auf vier verschiedene übergeordnete Grundkategorien zurückgeführt:

1. *Absolute Forderungen/Muss-Gedanken*: eigene Wünsche und Vorlieben werden als absoluten Bedürfnisse und Notwendigkeiten betrachtet („ich muss..“, „die anderen müssen“)
2. *Globale negative Selbst- und Fremdbewertungen*: der Mensch wird aufgrund einzelner Leistungen, Verhaltensweisen oder Eigenschaften global als wertlos und unzulänglich eingeschätzt („ich taue nichts/bin ein Versager“, „der andere taugt nichts...“)
3. *Katastrophendenken*: negative Ereignisse bekommen eine besondere Bedeutung, indem sie als Katastrophe gewertet werden („es wäre absolut schrecklich, wenn...“)
4. *Niedrige Frustrationstoleranz*: die Person sieht sich nicht in der Lage, negative Ereignisse bzw. negative emotionale Gefühlszustände zu ertragen („ich könnte es nicht ertragen, wenn....“)

Die irrationalen Überzeugungen bzw. deren Kombinationen führen zu unterschiedlichen Verhaltens- bzw. emotionalen Problemen, von denen die Entwicklung einer Suchtmittelabhängigkeit eine Variante sein kann.

Im emotionalen Bereich differenziert Ellis abhängig von der Art der auftretenden emotionalen Überzeugung zwischen zwei grundlegenden Angstformen:

1. Ego anxiety (Ich-Angst): die Emotion entsteht durch die Bedrohung des subjektiv erlebten Wertes der Person. Charakteristisch sind absolute Forderungen an die eigene Person („ich muss meine Aufgaben perfekt erledigen“, „ich muss von allen mir wichtigen Menschen anerkannt werden“.)
2. Discomfort anxiety (Angst vor Unangenehmem): diese Emotion tritt auf, wenn das eigene Wohlergehen gefährdet erscheint. Hierbei werden absolute Forderungen an die Umwelt gerichtet („die anderen müssen sich so verhalten, wie ich es will“).

Ellis prägte außerdem das Konzept des Symptomstress. Hiermit ist die Fähigkeit des Menschen gemeint, sich darüber zu beunruhigen, dass er bestimmte Symptome bei sich selbst wahrnimmt. Bezogen auf die ABC-Theorie bedeutet dies, dass ein wahrgenommenes Symptom, das das C eines sog. primären ABCs war, zum A einer neuen Kette wird.

Auf alkoholranke Menschen bezogen könnte ein sekundäres ABC mit der Angst vor dem Verlangen nach Alkohol beginnen, die dann eine weitere irrationale Bewertung (z.B. „es ist schrecklich, dass ich diese Angst habe, ich müsste mich nur besser im Griff haben“) nach sich ziehen könnte. Davon ausgehend, dass dieser Mensch eine oder mehrere der oben beschriebenen irrationalen Überzeugungen verinnerlicht hat, könnte diese Bewertung einen nicht aushaltbaren Druck bewirken, dem nur mit dem Trinken von Alkohol als Ventil begegnet werden kann.

Mit dem Konzept des sekundären ABC erklärt Ellis z.B. die Angst vor der Angst.

Auch Ellis spricht nicht explizit von einem internalen Negativkonzept, jedoch gibt es nach unserer Meinung eindeutige Übereinstimmungen zwischen den verinnerlichten irrationalen Überzeugungen und einem internalen Negativkonzept im Sinne der Integrativen Therapie. So können irrationale Überzeugungen Bestandteile eines internalen Negativkonzeptes sein.

3.4 Beschreibung der Störungstheorie nach Meichenbaum

Im Zusammenhang mit dem Stressimpfungstraining betonte Meichenbaum erstmals in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts die Bedeutung problematischer „Selbstaussagen“ bzw. „Selbstverbalisationen“ für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen. Mit diesen Termini ist das innere Sprechen zu sich selbst gemeint.

Nach Meichenbaum ist die Art und Weise, in der ein Mensch innere Selbstgespräche führt entscheidend für die Fähigkeit, Stresssituationen zu bewältigen. Angemessene Bewältigungssätze können sein. „Du bist in der Lage, mit dieser Situation fertig zu werden. Gehe Schritt für Schritt vor und denke jetzt über den nächsten Schritt nach.“

Nach Meichenbaum führen derartige Sätze zu angemessenen Emotionen und einer angemessenen Situationsbewältigung, während unangemessene Bewältigungssätze wie: „Das schaffst du nie“ entsprechend unangemessene Emotionen und unangemessene Situationsbewältigungsversuchen nach sich ziehen.

Meichenbaum unterscheidet zwischen drei Formen der unangemessene Selbstverbalisation (Meichenbaum in Bastine 1984, S. 195):

Bei einer negativen Selbstverbalisation stellt sich der Mensch mit seinen Fähigkeiten in Frage (s.o). Inadäquate Selbstverbalisation tritt vor allem bei Menschen mit fehlender Selbstkontrolle wie z.B. bei Alkoholkranken auf. Fehlende Selbstverbalisationen vermutet Meichenbaum in erster Linie bei schizophrenen Erwachsenen und überaktiven, impulsiven Kindern. In Bezug auf internale Negativkonzepte ist davon auszugehen, dass alle drei Formen Bestandteil eines solchen Selbstkonzeptes sein können.

In der Praxis haben sich die ursprünglichen Ansätze von Beck, Ellis und Meichenbaum in ihrer therapeutischen Anwendung in den letzten Jahren so weit angenähert, dass die Unterschiede zum Teil kaum identifizierbar sind (Wilken 1998).

3.5 Beschreibung der kognitiven Theorien nach Seligmann, Rotter, Bandura und deren suchtspezifische Weiterentwicklungen

3.5.1 Erlernete Hilflosigkeit

Die Betrachtung der „Theorie der erlernten Hilflosigkeit“ nach M.E.P. Seligmann darf im Zusammenhang mit internalen Negativkonzepten nicht fehlen. Ebenfalls in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts beschäftigte er sich mit der Entstehung von Depressionen, weitete seine Theorie später jedoch auch auf andere psychische Störungen aus. Er stellte zunächst in Tierversuchen fest, dass früher gemachte Erfahrungen das Verhalten der Tiere in später eintretenden ähnlichen Situationen bestimmte (Bastine 1984, S.196).

Vereinfacht dargestellt wurde eine Gruppe von Hunden in einem zweiphasigen Experiment im Vortraining Elektroschocks ausgesetzt, die sie durch Flucht- bzw. Vermeidungsverhalten verhindern konnte. Eine zweite Gruppe erhielt keine Möglichkeit, den Elektroschocks auszuweichen.

In der zweiten Untersuchungsphase ging es um die Auswirkungen des Vortrainings. Hierbei wurde deutlich, dass die Tiere aus der zweiten Versuchsgruppe, die im Vortraining keine Möglichkeit der Kontrolle über die Elektroschocks gehabt hatten, auch in der zweiten Untersuchungsphase diesen aversiven Reizen nicht auswichen, obwohl dies nun möglich gewesen wäre. Insgesamt waren diese „hilflosen“ Hunde auch außerhalb der Versuchssituation eher unterwürfig im Gegensatz zu den Hunden aus der Gruppe, die im Vortraining die Möglichkeit gehabt hatte, den aversiven Reizen auszuweichen. Eine dritte Gruppe, die gar kein Vortraining erhalten hatte, nahm in der zweiten Untersuchungsphase ebenfalls jede Möglichkeit wahr, den Elektroschocks auszuweichen.

In weiteren systematisch aufeinander aufbauenden Untersuchungen stellte Seligmann fest, dass auch bei Menschen nicht traumatische Ereignisse an sich einen psychischen Zustand der Hilflosigkeit auslösen, sondern die Erfahrung der Nichtkontrollierbarkeit des traumatischen Erlebnisses. Hierbei sieht er die Initiative zu aktivem Handeln generell beeinträchtigt. Aus der „erlernten Hilflosigkeit“ resultiert neben einer verminderten Motivation, emotionalen Störungen, einer verminderten Lern- und Leistungsfähigkeit auch ein niedriges Selbstwertgefühl. Auf der Grundlage dieser Vorarbeiten wurde von Abramson, Seligmann & Teasdale (in Bastine 1984, S. 197) eine erweiterte attributionstheoretische Theorie der Depression entwickelt, die den kognitiven Prozessen der Wahrnehmung, der Erwartung und der Attribution entscheidende Bedeutung für die Entstehung von Depressivität zuschreibt.

Eine Nichtkontrollierbarkeit der Ereignisse muss vom Menschen zunächst wahrgenommen werden. Die Ursachenzuschreibung für die Nichtkontrollierbarkeit (Attribution) hat dann für die Art und den weiteren Verlauf der Hilflosigkeitsreaktion eine entscheidende Bedeutung.

3.5.2 Locus of control

In diesem Zusammenhang ist der von J.B. Rotter (z.B.1990) beschriebene „locus of control“ von Bedeutung. Rotter beschreibt damit generalisierte Kontrollüberzeugungen hinsichtlich der Konsequenzen des eigenen Handelns bzw. anderer im Menschen selbst liegender Faktoren. Vereinfacht gesagt bedeutet dies, dass Menschen, die glauben, durch eigenes Verhalten bestimmte positive Verstärker (positive Konsequenzen) auslösen zu können, über einen „internalen locus of control“ verfügen, während solche Menschen, die glauben, dass sie selbst keinen oder kaum Einfluss auf ihr Leben haben, über einen „externalen locus of control“ verfügen.

Rotter beschreibt, dass sich Menschen voneinander auch unterscheiden, weil sie generell und über viele Situationen und Zeitpunkte hinweg über viel oder relativ wenig interne Kontrolle besitzen. Eine differenziertere Kontrolltheorie stammt von Flammer (Flammer 1990).

3.5.3 Selbstwirksamkeitserwartung

Ebenfalls von großer Bedeutung ist an dieser Stelle die Theorie von A. Bandura, die sich mit der Selbstwirksamkeitserwartung als Komponente des Selbstkonzeptes beschäftigt. Bandura meint damit, eine „generelle Überzeugung von den eigenen Fähigkeiten“: „Die Selbstwirksamkeit bezieht sich auf die Beurteilung, wie gut man Handlungsabläufe organisieren und ausführen kann, um künftige Situationen zu bewältigen, die widersprüchliche, unvorhergesehene und oft belastende Elemente enthalten“ (Bandura 1981, in Bastine 1984).

In seinem Modell der Selbstwirksamkeit („self efficacy“) geht Bandura von dem Gedanken aus, dass jede bewusste Verhaltensveränderung auf der Überzeugung der Person von ihrer Fähigkeit, das konkrete Verhalten auszuüben, beruht. Das Konzept der Selbstwirksamkeit umfasst somit wichtige Teilaspekte des umgangssprachlichen „Selbstvertrauens“.

Die kognitiven Theorien nach Seligmann, Rotter und Bandura haben weitreichenden Einfluss auf die Entwicklung der kognitiven Verhaltenstherapie und auch anderer Therapierichtungen genommen.

3.5.4 Kognitive Prozesse bei Suchtkranken

Marlatt (1985) (Marlatt in Beck, Wright, Newman & Liese 1997) beschreibt vier kognitive Prozesse, die bei den meisten kognitiven Suchtmodellen eine Rolle spielen und die hier verkürzt wiedergegeben werden sollen: Selbstwirksamkeit, Wirkungserwartungen, Kausalattributionen und Entscheidungsprozesse.

Für ihn geht eine geringe Selbstwirksamkeit mit Rückfall und hohe Selbstwirksamkeit mit Abstinenz einher. Marlatt nimmt umgekehrt an, dass die Selbstwirksamkeitsüberzeugung mit erfolgreicher Abstinenz ansteigt. Unter Wirkungserwartung versteht er bestimmte Antizipationen eines Süchtigen bezüglich der Effekte einer Substanz oder Aktivität („Ich fühle mich nicht so angespannt, wenn ich mein Bier trinke“). Die Wahrscheinlichkeit zu konsumieren steigt, je höher die positiven Wirkungserwartungen gegenüber den negativen stehen. Kausalattributionen beziehen sich auf den Glauben einer Person daran, dass Suchtmittelkonsum auf internale oder externale Faktoren zurückzuführen ist. Ein Beispiel für eine externale Kausalattribution könnte lauten: „Jeder, der in einem solchen Umfeld aufgewachsen ist, würde Alkohol trinken“.

Marlatt bezeichnet Suchtmittelkonsum und Rückfall als einen kognitiven Entscheidungsprozess, bei dem viele Einzelentscheidungen im Vorfeld, die erst einmal irrelevant erscheinen, zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit des Suchtmittelkonsums führen.

In den Biografien unserer alkoholkranken Patienten sind häufig schwere Traumatisierungen festzustellen, die ganz sicher auch mit erlebter Hilflosigkeit in Verbindung stehen. Insbesondere wenn die traumatisierenden Bedingungen zu den dauerhaften Lebensumständen unserer Patienten gehören (z.B. gewalttätiger Partner, missbrauchender Verwandter) sehen die Betroffenen keine Möglichkeit der Veränderung für sich (Nichtkontrollierbarkeit, externaler locus of control, niedrige Selbstwirksamkeitserwartungen), können sich oft genug nicht aus diesem Umfeld lösen und haben eine negative Sicht von sich selbst, ihrer Umwelt und ihrer Zukunft im Sinne von Becks „kognitiver Triade“ verinnerlicht. Meichenbaum würde in diesem Zusammenhang negativen Selbstverbalisationen vorfinden können. Häufig sehen derart traumatisierte Menschen keine andere Möglichkeit, mit ihrer als hoffnungslos empfundenen Situation umzugehen als sich mit einem Suchtmittel „Erleichterung“ zu verschaffen.

3.6 Entstehung von Internalen Negativkonzepten

Bei der VT handelt es sich um einen problemlöseorientierten Ansatz, der sich schwerpunktmäßig mit der Aktualgenese bzw. der konkreten Situation einer Störung beschäftigt.

Beck, Ellis, Meichenbaum und auch ihre Nachfolger beschäftigen sich in ihren Störungstheorien schwerpunktmäßig mit der Therapie von Störungen. Die Ätiologie ist dabei relativ kurz gefasst.

Grundsätzlich spricht die Verhaltenstherapie von prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren in Zusammenhang mit einer psychischen Störung. Margraf (2000, S.7) erklärt die drei ätiologischen Faktoren folgendermaßen:

- *Prädispositionen (auch Vulnerabilität, Anfälligkeit):* vorexistierende genetische, somatische, psychische oder soziale Merkmale machen das Auftreten einer Störung möglich bzw. wahrscheinlicher.
- *Auslösende Bedingungen:*
Psychische, somatische oder soziale Bedingungen (Belastungen, Erfahrungen, Ereignisse, „Stress“) lösen das Erstauftreten einer Störung vor dem Hintergrund einer individuellen Vulnerabilität aus.
- *Aufrechterhaltende Bedingungen:*
Falsche Reaktionen (des Betroffenen oder der Umwelt) oder anhaltende Belastungen verhindern das rasche Abklingen der Beschwerden und machen das Problem chronisch.

Nach Beck werden bereits in der Kindheit negative Konzepte über das Selbst, die Umwelt und die Zukunft hauptsächlich über Prozesse des sozialen Lernens erworben. Die negativen Konzepte, deren Grundlage frühe lebensgeschichtliche Erfahrungen sind, bleiben als Prädisposition latent, bis sie durch spezifische Belastungen reaktiviert werden z.B. durch Umstände, die denjenigen Umständen ähnlich sind, unter denen sie erworben wurden (z.B. Trennung von Bezugspersonen) (Beck et al 1981 in Wilken, 1998). Diese negativen Konzepte werden durch die oben beschriebene fehlerhafte Informationsverarbeitung immer wieder bestätigt, so dass es zur Verengung des Denkens und zu einer deutlich verzerrten Sicht der Realität im Sinne der negativen Schemata kommt.

Auch nach Ellis findet der Erwerb der irrationalen Überzeugungen in der Kindheit statt. Dabei spielt die elterliche Erziehung eine erhebliche Rolle. „Die irrationalen Gedanken und Selbstverbalisationen werden zunehmend verfestigt: Die Person reindoktriniert sich (.) in unreflexiver, autosuggestiver Weise immer wieder mit diesen Ideen“ (Ellis 1977 in Bastine 1984, S. 194). Ellis betont den Erwerb grundlegender Bewertungsmuster und absolutistischer Lebensphilosophien.

Epstein (1979) beschreibt in seiner „Selbsttheorie“: „Jeder von uns – willentlich oder unwillentlich – konstruiert seine Theorie von der Wirklichkeit und ordnet somit, was ohne eine solche Theorie chaotische Erfahrungswelt bliebe“. (Epstein in Filipp 1979, S. 15) Epstein geht davon aus, dass sich die Theorie über die eigene Person „unabsichtlich“ aus der Interaktion mit der Umwelt entwickelt. Entscheidend dafür ist, dass das Kind zwischen Ich und Außenwelt zu unterscheiden lernt, und dass diese Unterscheidung z.B. durch das Verhalten der Mutter oder andere soziale Interaktionspartner belohnt, d.h. mit positiven emotionalen Erfahrungen verbunden wird. Ist eine dieser Bedingungen nicht gegeben, entstehen Störungen des Selbstsystems.

Neben Prozessen des sozialen Lernens wird in der VT vor allem Lernen durch Verstärkung für die Entwicklung von kognitiven Dysfunktionen, niedrigen Selbstwirksamkeitserwartungen, einem relativ stabilen externalen locus of control bzw. eines negativen Selbstkonzeptes herangezogen. Unsere suchtkranken Patienten verfügen häufig über bereits in der Kindheit erworbene internale Negativkonzepte.

Ein charakteristisches Merkmal für Suchtproblematiken ist die Vernetzung von internalen und externalen Problemfaktoren. Diese führen zum Suchtmittelkonsum und erhalten ihn auch aufrecht. In der Praxis bedeutet dies, dass unsere Patienten sowohl über ein internes Negativkonzept bzw. ein negatives Selbstkonzept verfügen als auch unter ungünstigen sozialen Bedingungen leben, z.B. Arbeitslosigkeit, Konflikte mit Bezugspersonen, Isolation, trinkendes soziales Umfeld. Der Suchtmittelkonsum schafft zwar erst einmal Erleichterung, denn die realen Lebensprobleme werden unwichtiger, und das Leben erscheint attraktiver. Kurzfristig wird vielleicht auch eine Aufwertung des Selbstwertgefühls bzw. die Zugehörigkeit zu einer Gruppe erlebt. Jedoch entwickeln sich aufgrund der Abhängigkeit neue Probleme, denn die bisherigen Ziele und Werte werden völlig dem Suchtmittelkonsum untergeordnet und ein Teufelskreis aus Verlangen nach Alkohol, Stimmungsschwankungen und starker Anspannung entsteht, dem die Erkrankten nur noch durch erneuten Alkoholkonsum entfliehen können.

4. Internale Negativkonzepte aus der Perspektive der Integrativen Therapie

4.1 Grundlegende Aspekte der Integrativen Therapie

Bei der Integrativen Therapie (IT) handelt es sich um ein „kompliziertes Phänomen“, das „...in programmatischer Unfertigkeit konzipiert, sich beständig und keineswegs immer linear fortentwickelt...“ (Schuch 2002, S. 6). Die IT wurde von ihrem Begründer Hilarion Gottfried Petzold, einer der Leitfiguren der modernen Psychotherapie (Zundel 1987 in Schuch 2002) Mitte der 60er Jahre des letzten Jahrhunderts ins Leben gerufen. Es handelt sich nach Schuch um ein „klar identifizierbares, eigenständiges Verfahren“ (Schuch 2002, S. 6). Eine Beschreibung der IT kann im Rahmen einer Graduierungsarbeit nur unvollständig sein, dennoch soll ein Versuch folgen, die IT mit wenigen Worten zu charakterisieren:

„Integrative Therapie als ein Metamodell angewandter Anthropologie und Erkenntnistheorie ist als Humantherapie einer „asklepiadischen Therapeutik“ verpflichtet, d.h. sie versteht sich im Sinne des griechischen „therapeuein“ als Verbindung von Heilkunst, Gesundheitsförderung und Kulturarbeit, die darauf gerichtet ist, Partikularisierung, Entfremdung, Verdinglichung und Kolonialisierung des Menschen und seiner Lebensumwelt zu begegnen.“ (Petzold 2003, S. 11). Bei der Integrativen Therapie handelt es sich um ein Verfahren klinischer Therapie, das sich an der Entwicklungspsychologie der Lebensspanne orientiert und einen schulenübergreifenden, differentiellen und methodenintegrativen Ansatz vertritt. In einem mehrperspektivischen Zugang werden Gesundheit und Krankheit kontextabhängig, karrierebezogen und multifaktoriell bedingt betrachtet. Dabei werden nicht nur die pathogenen Faktoren bzw. Risikofaktoren betrachtet, sondern auch die salutogenen, protektiven Faktoren.

„Die IT als differentielle klinische Praxeologie hat eigenständige behandlungsmethodische Entwicklungen und Elemente der aktiven und elastischen Technik der „Ungarischen Psychoanalyse“, Konzepte kognitiver Therapieansätze, der emotionszentrierten erlebnisaktivierenden Verfahren humanistischer Psychologie (z.B. Gestalttherapie, Psychodrama), der Leibtherapie und der Arbeit mit kreativen Medien zu einer originellen, konsistenten Behandlungskonzeption mit einer flexiblen, vielseitig zupassbaren Methodik verbunden.“ (Petzold 2003, S. 12).

Um ein Verständnis vom Begriff der „internalen Negativkonzepte“ in der IT zu bekommen, ist aus unserer Sicht eine kurze Beschreibung des Menschenbildes und des Persönlichkeitskonzeptes der IT notwendig:

4.2 Das Menschenbild in der Integrativen Therapie

„Integrative Therapie hat ihr Fundament in einer philosophisch anthropologischen Modellvorstellung eines leiblich gegründeten (M. Merleau-Ponty, H. Schmitz) intersubjektiv verstandenen (G. Marcel, G.H. Mead) ko-kreativen Menschen, der auf den Anderen in seinem Anderssein bezogen ist (E. Levinas), ja durch ihn grundsätzlich bestimmt wird (M. Bakhtin).“ (aus: Schweizer Psychotherapiecharta II, Petzold et al. 2000).

„Der Mensch ist ein leibliches Wesen (Leibsubjekt), das in, mit und durch seine Lebenswelt (Mitwelt) existiert“ (Rahm et al. S. 88, 1993). Zwischen dem Menschen und seiner Lebenswelt findet ein Austauschprozess statt, der als Ko-respondenz bezeichnet wird. Ein wesentlicher, anthropologisch geprägter Begriff der IT lautet „Intersubjektivität“. Hierunter wird eine spezifische, heilsame Form von Ko-respondenz verstanden. Konkret bedeutet dies, dass der Mensch über Empathie eine innere Haltung entwickelt, die immer auch im Bewusstsein erfolgt, dass es außer der eigenen Sichtweise auch andere Perspektiven, Meinungen, Standpunkte etc. gibt. Grundlage der Intersubjektivität ist, dem Anderen Freiheit, Individualität und Selbstverantwortung zuzubilligen.

„Ko-respondenz vollzieht sich als Entwicklungs- und Veränderungsprozess des Leibsubjekts in der Zeit. Vergangene Erfahrungen werden als Grundlage der Persönlichkeitsstrukturen gespeichert und als Erwartungen und Motivation in die Zukunft projiziert“ (Rahm et al. S. 88, 1993). Ko-respondenz mit der Mitwelt findet statt, indem Menschen wahrnehmen, sich ausdrücken, handeln, Neues schaffen und sich erinnern. Das heißt auch, dass Menschen im Austausch mit ihrer Umwelt immer Bewusstsein und vor allem Bewusstheit von sich selbst entwickeln. Wir sprechen dann von „Entfremdung“, wenn es zu chronischen Störungen in der Ko-respondenz kommt.

4.3 Integrative Persönlichkeitstheorie

Petzold geht in seiner Persönlichkeitstheorie davon aus, dass die Persönlichkeit des Menschen sich während der gesamten Lebensspanne (Life-Span-Development-Approach) über Beziehungen entwickelt.

Bereits im Mutterleib entwickelt sich mit der Entstehung von neuronalen Verknüpfungen, die Wahrnehmungen und erste rudimentäre Speicherung von Umweltreizen ermöglichen, das „archaische Leib-Selbst“. Mit der Entstehung des archaischen Leib-Selbst beginnt ein Ko-respondenzprozess zwischen dem Ungeborenen, seiner Mutter und seiner Umwelt. Das archaische Leib-Selbst erlebt sich zunächst in Konfluenz mit dem Leib der Mutter und bildet sich im Verlauf der ersten Lebensjahre bei adäquater multipler Stimulierung im interpersonalen Bezug immer mehr zum reifen Leib-Selbst mit voller Subjektivität aus. Auf der Grundlage des archaischen Leibeselbst entwickeln sich das „Ich“ und die „Identität“ des Menschen. Da der Mensch durch das Leibeselbst als biologisch organische Grundlage lernfähig und dafür ausgestattet ist, seine Umwelt in sich aufzunehmen und zu verkörpern, wird das Leibeselbst als verkörperte Sozialisation in der Zeit angesehen.

Im Leib-Selbst ist ein Grundvertrauen verwurzelt. Petzold sieht „etwaigen episodischen Belastungserfahrungen“ den „protektiven Megafaktor“ des „uterinen“ Schutzraumes gegenüberstehen. „Frühes Grundvertrauen findet sich schon im vorgeburtlichen Bereich als je mitgegebenes und muss nicht erst in nachgeburtlicher Zeit in der Mutter-Kind Dyade als Quelle des Urvertrauens (Winnicott) gebildet werden, sondern es wird in der Mutter-Kind-Interaktion und im Kontakt mit dem Umfeld bekräftigt.“ (Petzold 2003, Seite 662).

Diese im Mutterleib erlebte basale Geborgenheit ermöglicht auch bei Menschen, die durch unglückliche Lebenskarrieren mit negativen Ereignisketten beschädigt sind, einen positiven und hoffnungsvollen Umgang. Dies ist gerade für die Therapie unserer Suchtpatienten, in deren Lebenslauf häufig negative Ereignisketten vorzufinden sind, von großer Bedeutung.

Das Leib-Selbst ist mit der Fähigkeit ausgestattet, sich zum Ich und zur Identität zu entfalten. Es ist nicht bewusst. In dem Moment, in dem klares Bewusstsein eintritt, handelt es sich bereits um das Ich, das eine Funktion des Selbst ist. Das Ich entwickelt sich im Verlauf der ersten zwei Lebensjahre (Schuch 2000) Es ist aktiv, an die aktuelle Wahrnehmung gebunden. Es besitzt die Fähigkeit zur Exzentrizität, kann sich also selbst in den Blick nehmen. Das Ich ist gebunden an die Veränderungen des Entwicklungsgeschehens im gesamten Lebenslauf. Je nach Alter, Entwicklungs-Bildungsstand ist der Mensch zu unterschiedlichen Ich-Leistungen fähig (Jugendlicher- gesunder Erwachsener- sterbender Erwachsener).

Auch durch den Kontext geprägt zeigen wir unterschiedliche Ich-Leistungen (Beruf - privat als Freund). Das Ich verändert sich also in Kontext und Kontinuum, es ist keine gegebene Größe, die, wenn sie erreicht ist, für immer Gültigkeit hat.

Petzold unterscheidet zwischen drei Formen der *Ich-Funktionen* und *Ich-Prozesse*, auf die wir an dieser Stelle nur sehr verkürzt und in Form von Beispielen eingehen wollen:

Unter *primären* Ich-Funktionen und Ich-Prozessen wird u.a. *bewusstes Wahrnehmen, Denken, Wollen, Kommunizieren* und *Erinnern* verstanden.

Beispiele für *sekundäre* Ich-Funktionen und Ich-Prozesse sind die Fähigkeit zur Rollendistanz und -flexibilität sowie die Fähigkeit zur Ambiguitätstoleranz. Weitere Beispiele sind das Regulieren von Stimmungen, die Fähigkeit zur Entwicklung von Handlungsstrategien und die Fähigkeit, Frustrationen zu tolerieren. Eine gute Ausprägung dieser Fähigkeiten wird im allgemeinen als Ich-Stärke bezeichnet.

Als Beispiele für *tertiäre* Ich-Funktionen (aus Petzold 2000, S. 50) sind die Fähigkeit zu Triplexreflexionen und die philosophische Kontemplation zu nennen.

Die wohl bedeutendste Ich-Leistung ist die Bildung von „Identität“. Hierzu kommt es durch das Zusammenwirken der Ich-Faktoren in Wechselwirksamkeit mit den Einflüssen der Umwelt, insbesondere des sozialen Netzwerkes, aber auch der globalen Umwelt.

Etwa vom zweiten Lebensjahr an beginnen Identitätsprozesse, die sich in wachsender Prägnanz erweitern, und günstigstenfalls zu einer „emanzipierten Identität“ heranreifen (Petzold 2003, S. 368 ff). Schuch spricht in dem Zusammenhang von einer „Persönlichen Souveränität“ im Sinne „einer hinlänglich stabilen und doch flexiblen Identität.“ und der Fähigkeit „verkennenden, entwertenden, stigmatisierenden Fremdattributionen entgegenzuwirken, sowie negative Selbstbewertungen, dys-

funktionale Identitätsstile, mit denen in der Regel destruktive Lebensstile verbunden sind, zu verändern“ (Schuch 2002, S. 108).

Genauso wie das Ich, entwickelt sich auch die Identität ständig weiter. Das zweijährige Kind nimmt sich im Spiegel wahr. „Ich schaue in den Spiegel und sehe mich selbst“. Es gewinnt so ein Bild über das eigene Selbst. Es erkennt aber auch die Zuweisungen und Einflüsse der Umwelt auf sich selbst. In diesen Interaktions- und Erkenntnisprozessen entstehen durch Selbst- und Fremdattributionen Selbstbilder, die die Gesamtheit der Persönlichkeit ausmachen.

Identität entsteht durch Identitätsarbeit (Petzold 2003, S. 529). Darunter versteht Petzold Prozesse, in denen die eigene Sichtweise im Kontakt mit dem anderen abgeglichen wird, durch Aushandeln von Grenzen, im Erkant -werden durch andere und durch das Sich- selbst- erkennen. Die Selbst- und Fremdattributionen werden mit dem biografischen Selbst- und Kontextwissen kognitiv eingeschätzt (appraisal) und emotional bewertet (valuation) und schließlich internalisiert (Petzold 2003, S. 530).

Persönlichkeitsentwicklung bzw. Identitätsprozesse müssen auch aus der Perspektive der Rollenentwicklung-bzw. Rollenübernahme betrachtet werden (Moreno). Die Rolle, in der wir uns gerade befinden, bestimmt zum großen Teil mit, was wir selbst von uns erwarten bzw. wie wir uns fühlen und welche Bilder wir von uns haben. Genauso nehmen uns auch andere in den verschiedenen Rollen wahr und haben entsprechende Erwartungen und Attributionen. Auf den Aspekt der Selbst- und Fremdattributionen wird später noch weiter eingegangen werden, denn er ist im Zusammenhang mit „internalen Negativkonzepten“ von großer Bedeutung.

Identität konstituiert sich im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum. Sie entwickelt sich im Miteinander im sozialen Netzwerk. Die Identität des Menschen ruht nach Petzold auf fünf Säulen:

1. Leiblichkeit/Körperlichkeit: Gesundheit, Sexualität, Zufriedenheit mit dem eigenen Aussehen, körperliche Leistungsfähigkeit
2. Soziales Netzwerk: Familie, Kollegen, Freunde
3. Arbeit, Leistung, Freizeit: Berufliche Tätigkeit, Rolle in der Familie, Freizeitgestaltung
4. Materielle Sicherheit: Geld, Wohnen, Sicherheit vor Krieg, Terrorangriffen
5. Werte: weltanschauliche und religiöse Überzeugungen, Glaube, Umweltschutz etc.

4.4 Internale Negativkonzepte

4.4.1 Selbstkonzept

Internale Negativkonzepte sind in den Bereich des Selbstkonzepts (Selbstschematas, Selbstbildes, Selbstmodells) bzw. der Identität einzuordnen. „Das interne Selbstmodell ist als organisiertes Wissen über die eigene Person gedacht.“..... Eine Person bildet so viele Selbstschemata aus, wie sie Invarianz in ihrer Selbsterfahrung bzw. in selbstbezogenen Informationen erkannt und konstruiert hat.“ (Filipp 1979, S. 148). Nach Filipp verbinden sich in den Selbstschemata Internalisierungen und Introjekte der persönlichen Lebenserfahrung, sowie die Ergebnisse individueller Bewertungen und Verarbeitung als modifizierte Selbstzuschreibungen.

Petzold beschreibt seine Position das Selbst betreffend folgendermaßen: „Das Selbst eines Menschen - ist keine ontologische Vorgegebenheit sondern „verleiblichter Lebensprozess mit Anderen und Anderem“, so die Integrative Position - trägt die verinnerlichten Anderen in sich (Petzold 2003 „Lebensgeschichten erzählen“, S.172). Insofern werden Selbstkonzepte im Laufe des Lebens häufig revidiert und neuen Lebenssituationen angepasst. Vor allem kritische, einschneidende Lebensereignisse, die mit der Notwendigkeit der Umorientierung verbunden sind, bedingen die Neubildung bzw. Korrektur des Selbstkonzeptes.

4.4.2 Narrative

Nach Petzold sind bei Selbstkonzepten „zunächst die unmittelbare, eigenleibliche Erfahrung und der situative, interaktionale Kontext“ wichtig. (Petzold 2003, S. 693). Durch zunehmende Abstraktionsleistungen besteht jedoch die Gefahr, dass das leibhaftige Selbsterleben bzw. das Selbstgefühl kognitiviert, ausgedünnt wird und dass stattdessen Konzepte, Schemata im Vordergrund stehen.

Hierbei kann es leicht zu Fixierungen kommen. Fixierungen sind in diesem Zusammenhang Narrativen zuzuordnen. Unter Narrativen sind „Organisationsprinzipien“ zu verstehen (Osten 2000, S. 341). Sie beschreiben eine durchgängige Struktur im Denken und Erleben und können sowohl „maligne“ als auch „benigne“ sein. Benigne Narrative sind flexibel und bieten Stütze und Sicherheit (Petzold 2003, „Lebensgeschichten erzählen“ S. 188). Durch maligne Narrative wird die lebendige, situative Neuschaffung von Wirklichkeit eingeschränkt. Durch sie reduzieren wir unsere Wahrnehmungen und machen immer wieder die gleichen negativen Erfahrungen (Wiederholungszwang). Narrative entstehen im Sozialisationsprozess. In ihnen sind archaische Gefühle, Atmosphäre, Szenen und Stücke fixiert, die nicht distanzierungsfähig sind. Narrative können sich auch in „alten Beziehungsmustern“, die sich in Übertragungen immer wieder zeigen, äußern.

Narrative prägen Zukunftserwartungen und haben auf diese Art und Weise in Form von „Self-Fulfilling-Prophecies“ (Merton 1948 in Dorsch 1991) Einfluss auf die Realisierung der Zukunft. Unter Berücksichtigung des multiperspektivischen Ansatzes der IT kommt in diesem Zusammenhang auch der historische Ansatz von Koselleck zum Tragen, der in seinem Buch „Vergangene Zukunft“ vom „Erwartungshorizont Zukunft“ spricht und unter historischer Perspektive deutlich macht, dass die Gegenwart der Menschen (Menschheit) durch Zukunftserwartungen geprägt ist (Koselleck 1989).

„Narrative befinden sich in großer Nähe zu den selbstkonstituierenden Momenten; sie repräsentieren einen gewissen Charakter, eine Eigenheit und transportieren (...) eine Fülle von ausgesprochener und unbewusster Biografie“ (Osten 2000, S. 341).

Starre Narrative müssen zu lebendigen Narrationen verflüssigt werden. Unbewusstes soll bewusst werden. „Narrationen sind also „sichtbar“ und handlungskonkret. Sie haben eine spontane, nicht durch fixierende biografische Muster.....determinierte, dramatisch-aktionale Qualität“ (Petzold 2003, S.182).

4.4.3. Fremdattribuierungen und Selbstattributionen

Internale Negativkonzepte sind durch starre, maligne Narrative geprägt. Diese entwickeln sich im Rahmen der Identitätsentwicklung im Laufe der Sozialisation über Fremdzuschreibungen/ Fremdattribuierungen („Sie ist eine Alkoholikerin“) und Selbstzuschreibungen/Selbstattributionen („Ich bin hilflos und schaffe nichts alleine“). Bei den Selbst- und Fremdzuschreibungsprozessen sind neben verbalen auch nonverbale Faktoren, d.h. leibsinnhafte Wahrnehmungen (z.B. Atmosphären) von Bedeutung.

Das Selbstbild wird also ergänzt und beeinflusst von Fremdbildern. Hierbei muss ein ständiger Abgleich stattfinden. Bei Differenzen zwischen Selbst- und Fremdbildern kommt es zu Spannungen.

4.4.4. Marking, Appraisal, Valuation

Die vor dem Hintergrund biografischen Selbst- und Kontextwissens kognitiv eingeschätzten („appraisals“) und emotional bewerteten („valuations“) Selbst- und Fremdattributionen werden internalisiert. Konkret bedeutet dies, dass Wahrnehmungen eine basale psychophysiologische Klassifizierung (marking) durchlaufen, z.B. gefährlich oder ungefährlich, auf die dann valuation- und appraisal-Prozesse folgen. Es kommt zu einem komplexen Ver- und Bearbeitungsprozess in den Strukturen des limbischen Systems – insbesondere in den Amygdala -, im Hippocampus und im präfrontalen Kortex (Petzold, Leuenberger & Steffan in Ambuehl et al. 1998) (s. auch „Exkurs in die Neurobiologie“ in dieser Arbeit).

Durch das Zusammenwirken dieser Strukturen werden Selbstwirksamkeitserwartungen (bei internalen Negativkonzepten wohl eher „Selbstunwirksamkeitserwartungen“: z.B. „Ich werde das nie schaffen“), Motivation, Handeln und Volition wesentlich beeinflusst. Banduras Modell der Selbstwirksamkeitserwartungen ist in Kapitel 3 näher beschrieben.

Es ist davon auszugehen, dass bei internalen Negativkonzepten negative appraisals und/oder negative valuations beim Abgleich von Selbst- und Fremdzuschreibungen dominieren („Wenn mein Partner sagt, ich bin Alkoholikerin, dann bin ich es wohl auch, denn er hat ja immer Recht. Dann kann mir alles egal sein“ oder „Ich kann die Situation jetzt einfach nicht aushalten, ich bin so allein, ich brauche jetzt mein Bier.“)

4.5. Die Bedeutung Internaler Negativkonzepte im Gesundheits- und Krankheitsverständnis in der IT

Petzold beschreibt die Position der Integrativen Therapie im Hinblick auf Gesundheits- und Krankheitslehre als kontextbezogen und multifaktoriell (Petzold 2003, S. 552ff). Gesundheit und Krankheit werden in einem Entwicklungskontinuum betrachtet und sind in erheblichem Maße von soziokulturellen Kontexten abhängig. „Gesundheit und Krankheit sind zwei Dimensionen menschlicher Existenz.“ (Petzold 2003, S. 552).

Die anthropologische Perspektive der Krankheitslehre beschäftigt sich mit den „Ursachen hinter den Ursachen“. Mit ihr wird die vielfältige Art der Entfremdung des Menschen von sich selbst beschrieben. Der Mensch verliert durch Entfremdung (z.B. Isolation, Abneigung gegen den eigenen Leib) den Bezug zu seinen identitäts- und persönlichkeitsstiftenden Faktoren.

Die klinische Theorie beschäftigt sich mit unterschiedlichen Arten schädigender Stimulierung, die Krankheiten auslösen können. Dabei wird zwischen Defiziten, Traumata, Störungen und Konflikten unterschieden, die zwar häufig bereits in frühen Jahren ihren Anfang nehmen, jedoch über die gesamte Lebensspanne auftreten und Krankheiten verursachen können. Diese Schädigungen wirken besonders pathogen, wenn sie über einen längeren Zeitraum auf den Menschen einwirken und nicht genügend Kompensation oder Substitution vorhanden ist.

Im life-span-development-approach der IT wird Gesundheit an ein Konzept der Salutogenese gebunden, das die einseitige Zentrierung auf die Pathogenese ergänzt und korrigiert. „Unter einer entwicklungspsychologischen Perspektive longitudinaler Ausrichtung sind positive, negative und defizitäre Faktoren in ihrem Zusammenwirken in den Blick zu nehmen, sind protektive und Risikofaktoren als „Ketten positiver oder negativer Ereignisse“ zu betrachten.“ (Petzold 2003, S. 554). Gesundheit und Krankheit werden in der IT als ein verwobener Lebensprozess betrachtet.

Petzold stimmt mit Antonovskys salutogenetischem Modell der Gesundheit überein. In diesem Modell geht Antonovsky davon aus, dass der Gesundheits-bzw. Krankheitszustand eines Menschen wesentlich durch seine individuelle psychologische Grundhaltung der Welt und dem eigenen Leben gegenüber bestimmt wird. (Bengel et al. 2001). Antonovsky bezeichnet diese Grundhaltung als „Kohärenz“ und meint damit die Haltung, die Welt als sinnvoll und zusammenhängend zu erleben. Für Antonovsky ist das Kohärenzgefühl durch drei Komponenten charakterisiert: das Gefühl von Verstehbarkeit der Welt, das Gefühl von Bewältigbarkeit von Situationen und das Gefühl der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit. Mit letzterem meint er das Ausmaß, in dem man das Leben als sinnvoll empfindet.

Nach Antonovsky wirkt das Kohärenzgefühl „als flexibles Steuerungsprinzip, als Dirigent, der den Einsatz verschiedener Verarbeitungsmuster (Copingstile, Copingstrategien) in Abhängigkeit von den Anforderungen anregt. Die Person mit einem starken Kohärenzgefühl wählt die bestimmte Coping-Strategie aus, die am geeignetsten erscheint, mit dem Stressor umzugehen, dem sie sich gegenüber sieht.“ (Antonovsky in Bengel et al. 2001, S. 30).

Petzold vergleicht Antonovskys Kohärenzsinn mit den Kategorien Sinnhaftigkeit, Wohlbefinden und Integrität der IT, die eindeutig als protektive Faktoren im Sinne des Krankheitsverständnisses der IT zu betrachten sind (Petzold 2003, S. 555).

Salutogenese und Pathogenese werden im Integrativen Ansatz multifaktoriell und lebenslaufbezogen betrachtet.

In der folgenden Abbildung fasst Petzold die Faktoren zusammen, die in der IT als Protektiv- bzw. als Belastungsfaktoren betrachtet werden in der Genese von Gesundheit und Krankheit:

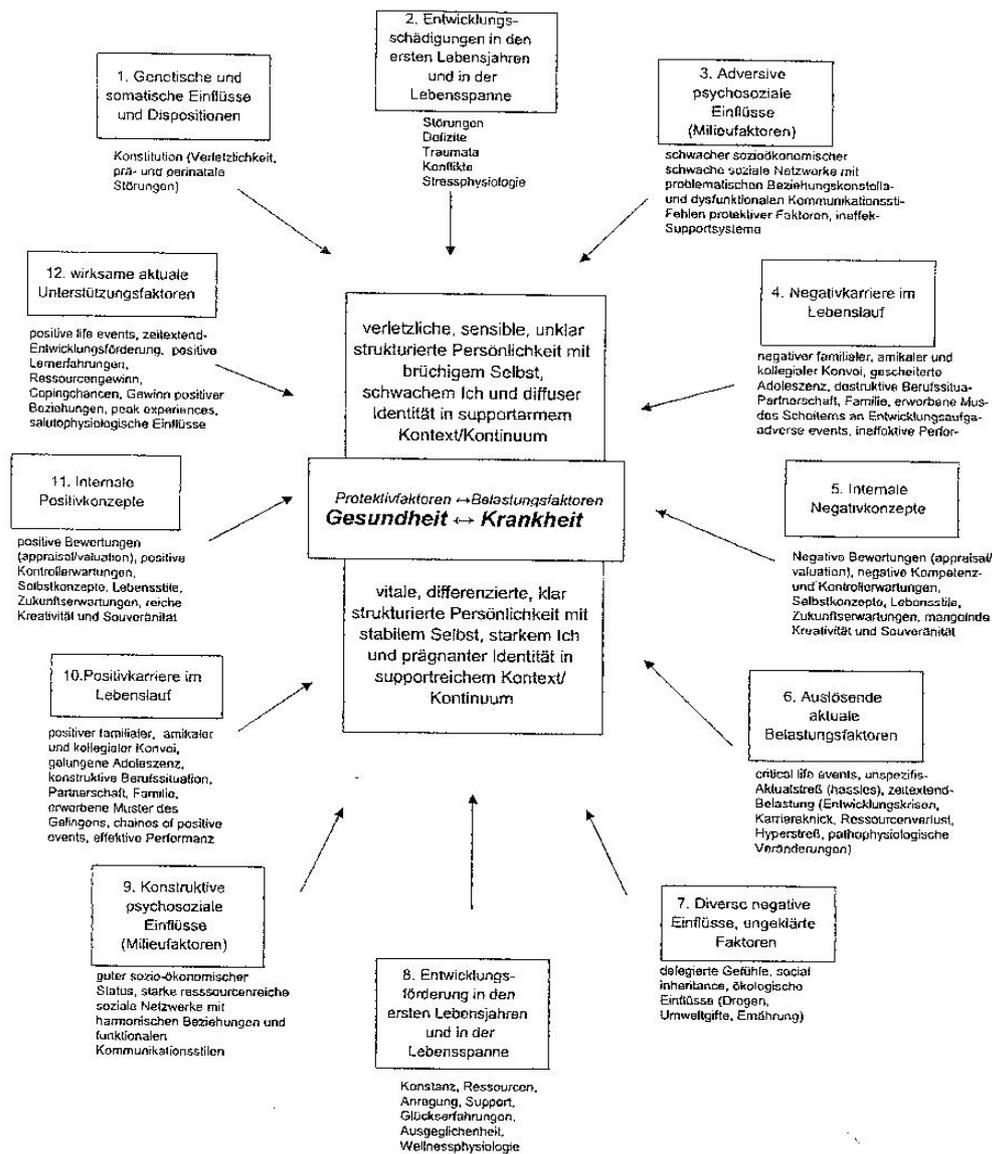


Abbildung: Titel: Multifaktorielle Genese von Gesundheit und Erkrankungen

Aus: „Zentrale Modelle und Kernkonzepte der Integrativen Therapie“ in Polyloge, Petzold 02/2002

Bei der Betrachtung der Abbildung wird deutlich, dass internale Negativkonzepte einen Belastungsfaktor in einer Reihe von Risikofaktoren bei der Entwicklung von Krankheit bzw. Gesundheit darstellen. Internale Negativkonzepte für sich genommen werden nicht als Krankheit angesehen. Es ist an dieser Stelle jedoch zu betonen, dass die internalen Negativkonzepte Auswirkungen auf die antizipierte Zukunft haben, die ja zumindest in Teilbereichen, wenn nicht ganz und gar, negativ vom Betroffenen eingestuft wird.

Internale Negativkonzepte wirken belastend auf Betroffene und sind als Risikofaktoren für die Entwicklung von ernsthaften (psychischen) Krankheiten anzusehen. Sie gehen mit einem schwachen „Kohärenzgefühl“ im Sinne Antonovskys bzw. einer reduzierten „Sinnhaftigkeit“ bzw. „Integrität“ im Sinne Petzolds einher.

Ob es zur Ausbildung einer (psychischen) Krankheit kommt, ist von der Summe der positiven, negativen und defizitären Faktoren abhängig. Anders ausgedrückt: Zu einer Erkrankung kommt es dann, wenn langfristig keine Kompensationsmöglichkeiten für die aufgetretenen Belastungsfaktoren vorhanden sind.

Über die Bedeutung des neuronalen Systems in diesem Zusammenhang wird im Exkurs am Ende des Kapitels über die integrative Therapie noch einmal genauer eingegangen.

Bei Suchtkranken kommen oftmals viele der in der Abbildung aufgezeigten Risikofaktoren zum Tragen, ohne dass protektive Faktoren schützend entgegenwirken können, so dass es zu Negativkarrieren kommt. Aus dem Blickwinkel des integrativen Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses betrachtet sind internale Negativkonzepte also als ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit zu betrachten.

4.6. Entwicklung von Internalen Negativkonzepten

Im letzten Absatz wurde deutlich, dass sich internale Negativkonzepte bereits in der frühen Kindheit über schädigende Stimulierung in Form von Defiziten, Traumata, Konflikten oder Schädigungen entwickeln können. Dies ist jedoch auch zu späteren Zeitpunkten im Lebenslauf möglich. Entscheidend dafür, ob jemand internale Negativschemata ausbildet oder nicht, ist ein komplexes Zusammenwirken verschiedener Faktoren. Es ist davon auszugehen, dass zu den Faktoren sowohl eine genetische Disposition, sowie komplexe neurobiologische Prozesse (s. Exkurs in die neurobiologischen Grundlagen von Suchtentwicklung und internalen Negativkonzepten) und psychologische, soziale und kulturellen Faktoren gehören.

4.7. Internale Negativkonzepte bei Alkoholikern

Suchtkranke lernen oft falsche Problemlösestrategien, negative emotionale Stile der Ohnmacht, der Versagensängste, *dysfunktionale Volitionen* der Entschlusslosigkeit, des Zauderns, der übereilten Entscheidung, des unzeitigen Aufgebens etc. (Sieper, Petzold 2002). Sie haben oft nicht gelernt, „sich selbst zum Projekt zu machen“ (Sieper, Petzold 2002 S. 9) und haben oftmals Erfahrungen gemacht, die zu „erlernter Hilflosigkeit“ im Sinne Seligmanns (s. Kapitel 3) führen.

In unserem Berufsalltag begegnen uns äußerst selten alkoholranke Menschen, die keine internalen Negativkonzepte verinnerlicht haben. Von den oben beschriebenen Säulen der Identität ausgehend, handelt es sich bei den Alkoholkranken um Menschen, bei denen oft mehrere Säulen ernsthaft geschädigt sind, wobei auch immer internale Negativkonzepte eine Bedeutung haben. Diese können sich sowohl in Form von Emotionen als auch von Kognitionen äußern:

Schädigung des Leibes:

Gewalt- bzw. Missbrauchserfahrungen und/oder Krankheiten, die durch den Alkohol ausgelöst werden können, beeinträchtigen das leibliche Wohlbefinden des Betroffenen. In internalen Negativkonzepten kann beispielsweise Hass auf den eigenen Leib deutlich werden.

Schädigung des sozialen Kontaktes:

Alkoholabhängigkeit führt oft letztlich zur sozialen Isolation und Vereinsamung. Schützende, protektive soziale Anbindungen gehen verloren, so dass das Gefühl entstehen kann, ganz allein und hilflos zu sein (internales Negativkonzept: „Ich habe keinen Menschen, der zu mir hält, ich bin ganz allein und keiner mag mich.“) und die Einsamkeit nur durch den Alkoholkonsum ertragen zu können. Der Alkohol erhält die Funktion eines Freundes und Trösters und wird damit zum Ersatz für zwischenmenschliche Beziehungen.

Schädigungen im Bereich Arbeit und Leistung:

Alkoholabhängigkeit ist zumindest dauerhaft schwer vereinbar mit dem bei uns vorherrschenden Verständnis von Arbeit und Leistung. Vielfach weisen unsere alkoholkranken Patienten Abbrüche bereits im Schulbereich, noch verstärkt im Arbeitsleben auf. Vielfach sind die Patienten arbeitslos. Auch bei vorhandener Leistungsbereitschaft- und fähigkeit glauben die Betroffenen nicht an berufliche Integrationsmöglichkeiten und beschreiben eine belastende berufliche Perspektivlosigkeit (internales Negativkonzept: „ich bin ein Taugenichts“).

Geschädigte materielle Sicherheit:

Arbeitslosigkeit, gescheiterte Ehen mit finanziellen Verpflichtungen, Verschuldung etc. führen oft auch in diesem Bereich zu einer Perspektivlosigkeit (internales Negativkonzept: „ich werde in meinem Leben nie auf einen grünen Zweig kommen“), weil die finanziellen Möglichkeiten selbst bei vorhandenem geregelter Arbeitsplatz voraussichtlich äußerst gering bleiben werden.

Schädigung in den Werten und Normen:

Für viele Alkoholabhängige ist der Alkohol Mittel gegen das Gefühl der Sinnlosigkeit in ihrem Leben (internales Negativkonzept: „es hat doch alles keinen Sinn mehr für mich, es ist mir alles egal, ich kann sowieso nichts verändern“). Die allgemein anerkannten Werte und Normen spielen nur noch eine untergeordnete Rolle. Beim Aufkommen von Schuldgefühlen erleben die Betroffenen große Ohnmachts- und Hilflosigkeitsgefühle.

Betrachtet man die Bedeutung internaler Negativkonzepte bei der Entwicklung von Alkoholabhängigkeit, so bietet sich auch die oben beschriebene persönlichkeits-theoretische Perspektive an. Dabei ist davon auszugehen, dass die Ablösung aus der Konfluenz mit der Mutter nicht vollständig und befriedigend vollzogen und das Selbst schwach und instabil geblieben ist (Rost 1987 in SKM Köln Infobroschüre 2001, *vergleiche auch Kapitel 1*). Daraus folgt einerseits ein schwaches positives Selbstbild (mit internalen Negativkonzepten *Anmerkung der Autorin*), des weiteren fehlt die Eigenverantwortlichkeit des Betroffenen in seinem Leben. Die Persönlichkeit des Betroffenen bleibt von bestimmten, beschützenden Objekten abhängig (Rost 1987 in SKM Köln 2001 Infobroschüre), die der Alkoholabhängige in Form des Alkohols findet. Der Suchtkranke geht davon aus, dass er den neuen „Beschützer“ unter Kontrolle hat, eine Konfluenz wird wieder hergestellt. Durch die Sehnsucht nach Konfluenz gelingt es dem Abhängigen langfristig kaum noch, zwischen sich selbst und der Außenwelt Grenzen zu erkennen. Die Ich-Stärke geht mehr und mehr verloren, Fähigkeiten wie die distanzierte Selbstbetrachtung schwinden. Der Betroffene schwimmt grenzenlos durch sein Leben. Auch aus dieser Position betrachtet, sind internale Negativkonzepte ein möglicher Risikofaktor für die Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit.

An dieser Stelle sei noch einmal betont, dass die IT immer von einem multifaktoriellen Geschehen bei der Entstehung von Störungen ausgeht. Die persönlichkeits-theoretische Perspektive bzw. der Bezug zum Identitätskonzept wird hier jedoch bewusst ausgewählt, da es sich hierbei um wesentliche Konzepte der IT handelt.

Es stellt sich jedoch trotzdem die Frage nach der Reihenfolge bei der Entstehung der beiden oft parallel vorkommenden Störungen Alkoholabhängigkeit und internale Negativkonzepte. Dass internale Negativkonzepte einen Belastungsfaktor bei der Entwicklung einer Alkoholabhängigkeit ausmachen, ist unbestreitbar. Aus unserer Sicht als Praktikerinnen begünstigt eine Alkoholabhängigkeit aber auch die Entwicklung internaler Negativkonzepte, so dass es zu einer wechselseitigen Verstärkung und einem Teufelskreis kommt, aus dem die Betroffenen nur schwerlich wieder herauskommen.

4.8 Exkurs in neurobiologische Grundlagen bei Alkoholikern und der Zusammenhang zu Internalen Negativkonzepten

Das Erlernen suchtspezifischer Verhaltensweisen und die Entwicklung Internaler Negativkonzepte vor neurobiologischem und -psychologischem Hintergrund ist als „cerebrale Gesamtleistung“, als „komplexer Lernvorgang“ zu sehen, bei dem eine „Verschränkung von *materieller* (biochemischer, biophysischer) Wirklichkeit und *transmaterieller* (kognitiver, mentaler, psychologischer) Wirklichkeit, die die *materielle* als unverzichtbare Basis hat“ (Petzold in POLYLOGE 10/2002 S. 23), stattfindet. Scheurich (2002) spricht diesbezüglich von einem multikausalen Prozess auf der Grundlage der Beteiligung nahezu aller Transmittersysteme.

Wir wollen uns in diesem Abschnitt auf einen kleinen Ausschnitt der Neurobiologie beschränken, der für die Entstehung von Sucht sowie Internalen Negativkonzepten verantwortlich ist. Auch dies kann sicherlich im Rahmen dieses Exkurses nur begrenzt geschehen.

4.8.1 Beschreibung suchtspezifischer Abläufe im Gehirn

Die suchtspezifischen Abläufe finden hauptsächlich im sogenannten Belohnungssystem des Gehirns statt. Dieses Belohnungssystem besteht in der Hauptsache aus zwei Kernen, dem VT (Ventrales tegmentum) und dem NA (Nucleus accumbens), einem Netzwerk von Nervenzellen zwischen denen Neurotransmitter als Botenstoffen fungieren.

Die für das Suchtgeschehen wichtigsten Transmitter sind das *Acetylcholin*, das für eine affektfreie Aktivierung und zur Einleitung von Träumen verantwortlich ist, das *Noradrenalin*, das für eine Aktivierung und für positive Affekte sorgt, das *Serotonin*, das aversive Reize hemmt, Unlustempfinden beendet und den Schlaf einleitet, und *Adenosin*, das zur Dämpfung des ZNS, d.h. zur Hemmung der Freisetzung von Dopamin und Glutamat zuständig ist, desweiteren das *Glutamat* als erregender Botenstoff des Gehirns sowie *GABA* (*Gamma-Aminobuttersäure*) als dämpfender Botenstoff, die *Endorphine* bzw. *Enkephaline*, die für die Regulation von Lust- und Unlustempfinden zuständig sind, jedoch auch für depressive Verstimmungen. Endorphine sind auch als „Glückshormone“ bekannt und sind insofern auch im Zusammenhang mit der Entwicklung internaler Negativkonzepte von Bedeutung. Im Belohnungssystem wirken sie über das Dopamin. Das *Dopamin* hemmt aversive Reize, aktiviert die Aufmerksamkeit in Bezug auf die Erwartung eines wichtigen Ereignisses, gilt als Lernstütze des Gehirns, erinnert auch an erlernte Zusammenhänge und ist verantwortlich für das Auffinden von Auslösereizen, die zur Wiederholung von gewohntem Verhalten führen (Quelle: Kopien aus dem Blockseminar „Ätiologie der Suchtkrankheiten“ am FPI von H. Peschke).

Alkohol aktiviert das GABA-erge Neurotransmittersystem, was eine Vermehrung von GABA zur Folge hat. Dadurch entsteht ein angstlösender, sedierender und stressreduzierender Effekt. Um diese Vermehrung auszugleichen, vermindern sich vor allem bei Alkoholikern die GABA-Rezeptoren. Gleichzeitig findet eine Dämpfung der Glutamat-Rezeptoren statt, was wiederum eine Zunahme der NMDA (N-Methyl-D-Aspartat)-Rezeptoren, einem Subtyp der Glutamatrezeptoren zur Folge hat mit dem Ziel, die ursprüngliche Homöostase wiederherzustellen. Mit anderen Worten ausgedrückt: Das Gehirn versucht hier, die ursprüngliche Balance zwischen erregenden und dämpfenden Signalen wiederherzustellen (BMBF 2004, S. 42). Dieser Vorgang ist verantwortlich für Toleranzsteigerung: Es werden immer größere Mengen Alkohol benötigt, um die gewünschte Wirkung zu erfahren.

Das Ungleichgewicht der körpereigenen chemischen Substanzen kann nach Scheurich (2002) bei fortgesetztem Alkoholmissbrauch zu einer Entkoppelung neuronaler Regelkreise im Gehirn führen, die dann mit Kontrollverlust einhergeht. Genauer gesagt ist damit eine Abkoppelung einzelner Systeme von der Kontrolle kortikaler Zentren gemeint, wobei die neurobiologischen Grundlagen dieser Entkoppelung noch unbekannt sind. (Rommelspacher, S. 34) Ist dieser Entkoppelungszustand chronisch geworden, entstehen damit auch Entzugsreaktionen und Rückfallneigung. Körperliche Entzugssymptome sind hier Zittern, Schwitzen, Herzklopfen, Durchfälle etc., zu den psychischen Entzugssymptomen zählen Gereiztheit, Schuldgefühle, Versagensangst, Depressivität etc. Gerade die zuletzt genannten psychischen Symptome werden uns im Zusammenhang mit Internalen Negativkonzepten weiter unten noch beschäftigen.

Rommelspacher (1999) macht insgesamt Wechselwirkungen von genetischer Disposition, Umwelteinflüssen und den o.g. Effekten eines Suchtmittels für die Entwicklung von einem kontrollierten Suchtmittelgebrauchs zu einer Suchtmittelabhängigkeit verantwortlich. Während dieses Prozesses, während dem sich auch eine Sensitivierung und Desensitivierung entwickelt, werden Konditionierungen in suchtrelevanten neurobiologischen Systemen des Gehirns in Gang gesetzt. Dies führt zu dem oben beschriebenen Ungleichgewicht der körpereigenen chemischen Substanzen.

Nach Petzold (Polyloge 10/2002 S. 31) spielt insbesondere der „Belohnungstransmitter“ Dopamin gerade bei Suchterkrankungen eine zentrale Rolle. Er wirkt sich auf das Arbeitsgedächtnis, die Aufmerksamkeit, Emotionen, Erregung und auf die Bewegungssteuerung aus, wobei er fast den gesamten cerebralen Cortex anregt. Gerade auch das als dysfunktional bewertete Lernen z.B. bei Suchtmittelabhängigkeiten ist im Zusammenhang mit dopaminergen Neuronen zu nennen. Dabei zeigt sich in entsprechenden Forschungen, dass es ausschließlich bei positiver Verstärkung zur erhöhten Dopaminausschüttung kommt, vor allem dann, wenn überraschend eine Belohnung erfolgt.

Auch nach Rommelspacher ist das Belohnungssystem zentral für die Entstehung von Abhängigkeitserkrankungen, insbesondere das dopaminerge System. Alkohol führt zur Ausschüttung von körpereigenen Opioiden im Gehirn (Endorphinen). Während Alkohol ein Defizit an körpereigenen Opioiden damit kompensieren kann (so wurde z.B. festgestellt, dass Menschen mit Alkoholismus in der Familie niedrigere Endorphinkonzentrationen besitzen als Menschen ohne diese Verknüpfungen), ist durch die Ergebnisse entsprechender Experimente davon auszugehen, dass diese Ausschüttung der Endorphine den Wunsch nach weiterem Alkohol verstärkt bis hin zum exzessiven

Konsum großer Mengen. Chronischer Alkoholmissbrauch kann dann den Endorphinspiegel aber um bis zu 50% senken (Schneider 2001).

Auch Stress führt zu einer verstärkten Freisetzung von Endorphinen, solange der Stress anhält. Im Anschluss an eine Stresserfahrung jedoch folgt ein Endorphindefizit, das den Wunsch nach Alkoholkonsum bei entsprechend Dispositionierten verstärkt. Rommelspacher erwähnt auch den „Priming-Effekt“ von Opiaten in geringen Dosen, der ein Alkoholverlangen erzeugt.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass bereits geringe Mengen von Alkohol eine Vielzahl von neuronalen Veränderungen bewirken kann, wobei die Neurotransmitter entweder anregende oder dämpfende Wirkung haben. So kommt es zu einem neuronalen Ungleichgewicht, was dann Ausgangspunkt für körperliche und psychisch pathologische Zustände sein kann. Insbesondere sind hier die Wirkungen auf die GABA-Rezeptoren, die NMDA-Rezeptoren, das dopaminerge System im limbischen Vorderhirn sowie darüber hinaus auch die spannungsabhängigen Calciumkanäle und nikotinische Acetylcholinrezeptoren zu nennen, auf die im weiteren jedoch nicht mehr eingegangen werden soll, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

4.8.2 Das „Suchtgedächtnis“

Petzold unterscheidet drei verschiedene Gedächtnissysteme: Die *neuronalen Speichersysteme* mit dem sensorischen Gedächtnis, dem Kurzzeitgedächtnis und dem Langzeitgedächtnis, die *immunologischen Speichersysteme* mit beispielsweise den langlebigen Lymphozyten und das *genetische Gedächtnis*. Alle Gedächtnissysteme zusammen ergeben das *Leibgedächtnis*.

Das Leibsujet wird als transformativ informierter Leib verstanden. Auch die Entwicklung Internaler Negativkonzepte in Verbindung mit einem „Suchtgedächtnis“ und neurobiologischen Veränderungen ist damit als komplexe Syntheseleistung zu verstehen, die soziale, ökologische und emotionale Faktoren beinhaltet sowie subjektive Wahrnehmungs- und Bewertungskriterien. Da Teile des limbischen Systems eng mit dem Gedächtnissystem verbunden sind, bleiben nach Klivington (1992) emotional besetzte Erlebnisse besonders gut in Erinnerung.

Verhaltenspsychologische Lern- und Konditionierungsprozesse sind auch nach J. Böning (Lindemeyer et al. 2002) grundlegend für das individuell entwickelte *Suchtgedächtnis*. Hier werden nach der Erfahrung eines Suchtmittelkonsums oder eines vergleichbaren Verhaltens „alle im assoziativen Gedächtnis mit dem Konsum und der subjektiv erlebten Wirkung einer Substanz oder eines süchtigen Tätigkeitsmusters verknüpften früheren Informationen“ gespeichert, und sind somit „potentielle Schrittmacher“ für einen späteren Rückfall (Böning S. 276). Diese Speicherung findet in stammesgeschichtlich sehr alten und sehr tiefen Hirnstrukturen des basalen Vorderhirns, dem Belohnungssystem statt, wodurch das Erreichen dieser Strukturen und damit auch therapeutische Interventionen süchtigen Verhaltens erschwert werden. Die alkoholbezogenen Stimuli werden vom Konsumenten kontextbezogen und lediglich vorbewusst wiedererkannt und führen häufig zum Rückfall, ohne dass der Konsument sich dies erklären kann.

Böning spricht von grundsätzlich vier unterschiedlichen Gedächtnissystemen: dem *semantischen Wissensgedächtnis*, dem *prozeduralen Gedächtnis für motorische Fähigkeiten und automatisierte Handlungen*, dem *Priming* und dem *episodischen Gedächtnis*. Lediglich die letzten zwei sind in diesem Zusammenhang von zentraler Bedeutung. Das episodische Gedächtnis umgreift autobiographische, größtenteils singuläre Ereignisse sowie nach Ort und Zeit bestimmbare sowie früher erlebte Fakten (Böning in Fachverband Sucht 2002, S. 277). Ebenfalls von zentraler Bedeutung ist hier auch die Mitwirkung des limbischen Systems, das emotionale Inhalte verarbeitet. Das Priming verhilft zur Wiedererkennung früher wahrgenommener Reizmuster bzw. zur Wiedererkennung früherer Erlebnisse, und ist häufig für Rückfallgefahr verantwortlich.

4.8.3 Hermeneutische Zusammenhänge zwischen Suchtgedächtnis und Internalen Negativkonzepten

Die emotionale Komponente beim episodischen Gedächtnis entscheidet mit darüber, welche Informationen überhaupt aufgenommen werden und welche nicht. Hier könnte bereits eine Grundlage zur selektiven Wahrnehmung von Negativem liegen, was bedeuten könnte, dass auf dem bereits erworbenen Negativraaster nur noch die bekannten negativen Reize wahrgenommen werden, die positiven dagegen eher ausgeblendet bleiben. Somit wäre die Entstehung eines grundlegenden Negativkonzeptes erklärbar.

Böning führt außerdem die Auswirkungen des Belohnungssystems, das schließlich zur Regulierung von Verhalten, Stimmung und Antrieb ausschlaggebend ist, auf die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, das Sexualverhalten, die Sinneswahrnehmung, Emotionen und intellektuelle Bewertungen sowie für Gedächtnis- und Lernprozesse an. Im Zusammenspiel beider Bereiche wird deutlich, dass sich hier negative Erfahrungen, Gefühle und Bewertungen gegenseitig potenzieren können.

Hinzu kommt beim Alkoholabhängigen die „Zwanghaftigkeit“, d. h. der Verlust der Steuerbarkeit des eigenen Verhaltens. Der Verlust des Gefühls der Selbstwirksamkeit führt häufig zu Krisen und Depressionen, manchmal sogar zu suizidalen Krisensituationen und zum Suizid selbst. B. Ciupka und I. Stein beschäftigten sich überdies mit der Komorbidität von Sucht- und Zwangserkrankungen sowie der gleichzeitigen Diagnose der Depression und fanden heraus, dass in ihrer Kontrollgruppe mindestens 10 % aller Zwangskranken eine behandlungsbedürftige Alkoholsucht entwickelten. Daneben fanden sie in ihrer Kontrollgruppe eine gleichzeitige Erkrankung an Depressionen zu 8% heraus. Dass der negativistische Faktor bei entsprechenden Testauswertungen sehr hoch ausfiel, mag nicht verwundern (in: Fachverband Sucht 2002, S. 137).

Ciupka und Stein sehen hier deutliche Parallelen zu Suchtkranken u.a. in der Neigung zum selbstbestimmten Negativismus bzw. Neigung zur negativen Grundstimmung und Selbstunsicherheit. Berücksichtigt man hier die neuronalen chronischen Veränderungen, den Faktor der Zwanghaftigkeit und der Depressivität, so wird deutlich, warum gerade diese Personengruppen, die unter entsprechender Komorbidität leiden, so schwer zu behandeln sind.

Nach E. Pöppel (1999) liegen Depressionen eine zu geringe Herstellung der Katecholamine oder ein zu hoher Verbrauch dieser Stoffe zugrunde. Diese Transmitter sind zuständig für die Übertragung von Informationen zwischen Nervenzellen besonders in den bereits oben beschriebenen Bereichen des Gehirns, die für die Steuerung von Gefühlen, Antrieb und Stimmung verantwortlich sind. Ist zu wenig dieser Stoffe vorhanden, kann es zum Ausbruch von Depressionen kommen. Als Ursachen diesen Mangels führt Pöppel genetische Veranlagung an oder bestimmte Erlebnisse, die zum Mangel von Katecholaminen führen.

Dies bedeutet nach Pöppel, dass die Fähigkeit, Lust und Schmerz zu empfinden, zunehmend verloren geht bis hin zu einem Gefühl des „Ich-Verlustes“. Der Depressive verliert quasi seine Grunddimensionen des Erlebens und damit auch den Kontakt zu sich selbst und zu seiner Umwelt. Pöppel begründet die folgende Traurigkeit mit der „Trauer der Seele“ aufgrund des Verlustes dieser Lebensfähigkeit.

Wir möchten hinzufügen, dass der Depressive spürt, dass ihm etwas abhanden kommt, und er diesen Verlust selbst als Unvermögen und Versagen bewertet. Durch die fehlende Energie ist er kaum in der Lage, dieser Entwicklung Einhalt zu gebieten und auch das interpretiert der Depressive als Versagen. Damit ist der Einstieg in die Negativspirale gegeben.

Letztendlich werden negative Denkmuster und Erlebensweisen u.a. dadurch aufrecht erhalten, dass der Abhängige seine Pflichten, Vergnügen und eigenen Interessen zugunsten des Suchtmittelkonsums vernachlässigt, was zur Folge hat, dass sich hier ein Teufelskreis ergibt: Ausbleibende Bestätigung im beruflichen Bereich, Probleme in der Familie sowie im Freundeskreis und die kaum befriedigende Gestaltung der eigenen Freizeit führen häufig zu Stress und mangelndem Selbstwirksamkeitsgefühl, wodurch die Rückfallgefahr steigt. Ein Rückfall geht meist mit starken Schuld- und Schamgefühlen sowie Versagensgefühlen einher, die negative Selbsteinschätzung und reduziertes Sinnempfinden in Bezug zum eigenen Leben nach sich ziehen.

Wie Scheurich beschreibt, sind diese einschneidenden, oft schuld- und schambesetzten emotionalen Erfahrungen und biologischen Veränderungen durch den Alkoholkonsum zusätzlich zu dieser negativen Spirale dauerhaft im Gedächtnis, d.h. im Gehirn verankert. U. Kniep (2002) betont besonders den Mechanismus der Scham, der mit negativer Zuschreibung und Verallgemeinerung einzelner negativer Aspekte des Selbst auf die eigene Gesamtpersönlichkeit einhergeht. Diese Voraussetzung erklärt u.a. die Rückfallgefahr Alkoholabhängiger, die bereits lange Zeit abstinent leben und die unmittelbaren kognitiven und emotionalen Beeinträchtigungen bereits überwunden haben. Scheurich betont jedoch auch, dass ein Großteil der Untersuchungen zur Persönlichkeit Alkoholabhängiger in Querschnittserhebungen durchgeführt wurde und so nach Beginn der Suchtentwicklung kaum mehr zwischen Ausgangspersönlichkeit und krankheitsimmanenter Persönlichkeitsveränderung unterschieden werden kann. An dieser Stelle ergibt sich wie bereits im Zusammenhang mit der

Verhaltenstherapie erwähnt (Abschnitt 3.7: Internale Negativkonzepte bei Alkoholikern) die Frage nach der Reihenfolge bei der Entstehung der beiden oft parallel vorkommenden Störungen. Hier wird die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit des mehrperspektivischen Denkens der IT mit der Berücksichtigung ökologischer, sozialer und emotionaler Aspekte sowie der Beachtung der individuellen Biographie in der Lebensspanne deutlich, um keine einseitigen Schlüsse zu ziehen.

Im Zusammenhang mit dem Erlernen internaler Negativkonzepte sei zuletzt noch die Existenz der *Spiegelneurone* zu erwähnen, die Petzold als wesentlichen Bestandteil des Lernvorgangs beschreibt. Spiegelneurone befinden sich in der *Broca-Zone*, die wesentlich für die Sprache bzw. Sprechhandlungen ist, und Grundlage für Imitationsleistungen. Petzold äußert die Vermutung, dass diese Neurone somit für *Synchronisierungsleistungen* eine Basis bilden. Damit wären sie mit verantwortlich für komplexe soziale Phänomene wie Arbeitsvorgänge, Prozesse in Gesprächsgruppen oder auch die Passung in therapeutischen Beziehungen. Es stellt sich hier die Frage, ob die Spiegelneurone in der oben beschriebenen Weise nicht auch für die Entwicklung Internaler Negativkonzepte grundlegend sind z.B. in dem Fall, dass negative Selbstkonzepte der Eltern erlernt und übernommen werden.

5. Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten

5.1 Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten in der Psychoanalyse

Auch hier gibt es eine Reihe von Ansätzen, wovon ich mich jedoch in einem kurzen Überblick nur auf einige wenige konzentrieren möchte.

Wie bei den Ausführungen von Rost auffällt, sind es gerade die Internalen Negativkonzepte, die eine Therapie mit Alkoholikern erschweren. Das Internale Negativkonzept und damit auch das negative Selbstbild des Alkoholikers löst in der Therapie häufig eine negative Gegenübertragung beim Therapeuten aus. Rost verweist hier auf die Notwendigkeit, dass der Therapeut dieses negative Rollenangebot nicht annimmt, um damit das negative Selbstbild des Pat. nicht aufrechtzuerhalten: Unter Berücksichtigung der Objektbeziehungspsychologie W.R.D. Fairbairns erwähnt B.F. Hensel (Heising 2002), dass der Patient meist darum bemüht ist, das *innere geschlossene System*, das hier synonym für das Internale Negativkonzept gesehen werden kann, gegenüber Veränderungsbestrebungen von außen zu verteidigen. Da genau dieses System der inneren Ich-Strukturen mit dem internalisierten Objekt jedoch ausschlaggebend für die Beziehungsschwierigkeiten und die Suchtmittelabhängigkeit ist, sollte dieses System nach Fairbairn (Heising 2002, S. 230ff.) vom Therapeuten aufgebrochen werden, um „diese Welt dem Einfluß der äußeren Realität zu öffnen. Als Voraussetzung nennt Fairbairn eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Patient.

In der Therapie sollten nach Fairbairn (1943, in Heising 2002):

1. Situationen nicht in Bezug auf Triebbefriedigungen, sondern in Bezug auf Objektbeziehungen gedeutet werden;
2. libidinöse Strebungen dem Patienten als Ergebnis der Liebe zum Objekt dargestellt werden;
3. das libidinöse „Schlechtsein“ auf die libidinöse Besetzung schlechter Objekte bezogen werden;
4. Schulsituationen durch Deutungen mit Situationen verbunden werden, die von einem schlechten Objekt beherrscht werden;
5. Aggressionen mit Vorsicht gedeutet werden, da der Patient sonst schnell glaubt, dass der Therapeut ihn für schlecht hält

Das Auftauchen von schlechten Objektbeziehungen in der Übertragung sieht Fairbairn als Voraussetzung für eine gute Therapie an, während in der Selbstpsychologie das Auftauchen von Aggressionen in der Übertragung diese Bedeutung hat.

Nach Ansicht Hensels wird in den meisten Therapien mit der Analyse der ödipalen Schuldgefühle sowie der narzisstischen Aggressivität, die auf das geliebte Objekt gerichtet ist und damit auch große Verlustängste hervorruft, gearbeitet. Die Schuldgefühle sollen gelindert und das strenge Über-Ich damit relativiert werden. Die gute therapeutische Beziehung sollte dem Patienten hier die Sicherheit geben, so dass auch der Patient sich selbst als gutes Objekt erleben kann. Damit ist der Patient in der Lage, sich mit dem internalisierten bösen Objekt zu konfrontieren, die Verdrängung zu lockern, um dann mit Hilfe des Therapeuten zu einem realistischen Selbstbild und einem gesunden Beziehungsverhalten zu gelangen.

Indem der Patient z.B. Ängste und Unsicherheiten dem Therapeuten gegenüber erkennt, können gemeinsam mit dem Therapeuten die Ursprungssituationen, beispielsweise die Beziehung zu den Eltern, analysiert und der Bezug zum Beziehungsverhalten dem Therapeuten gegenüber hergestellt werden. Der Patient kann sich nun in seiner Bedürftigkeit und seiner Sehnsucht nach Zuwendung und Liebe selbst anerkennen (s. Heising S. 232). Der größte Widerstand nach Guntrip (in Heising S. 233) besteht darin, sich aus Angst vor einer Retraumatisierung seine Schwäche und Bedürftigkeit einzugestehen und sich den damit verbundenen Schamgefühlen zu stellen. In der Übertragung zum Therapeuten kann der Patient so seine Defizite in der frühen Beziehung zu den Eltern korrigieren und grundlegende kindliche Gefühle nachholen, die zu einer gesunden Entwicklung notwendig sind.

Auch Küfner (1978, in Rost 2001) nennt als Ziele der analytischen Gruppentherapie mit suchtmittelabhängigen Patienten neben einer erhöhten Sensibilität für eigene und fremde Gefühle und einer besseren Affekt- und Frustrationstoleranz das Erreichen eines besseren Selbstwertgefühls sowie das Erlangen realistischerer Objektrepräsentanzen mit integrierten guten und bösen Objekten.

Was Fairbairns das innere geschlossene System nennt, ist bei Mentzos (2000) die *pathologische „Versteifung“ des Konfliktes in einem starren Entweder-Oder* (Mentzos S. 276). Die Aufhebung dieses Konfliktes ist nach Mentzos neben der Aufhebung der Verdrängung, der Klarlegung des Konfliktes, der Konfrontation mit den eigentlichen Problemen, der Wiederherstellung des verlorenen Sinnzusammenhangs und der Korrektur pathologischer Internalisierungen und Externalisierungen nur in Verbindung mit einem schmerzlichen Trennungsprozess und implizierter Trauerarbeit möglich. Aus seiner Sicht reagiert der Patient auf Versuche, das „geschlossene System aufzubrechen“, mit Abwehr, weil er genau diesen Schmerz und die Trauer vermeiden will. Er betont deshalb die Kombination der „haltenden, tragenden, stützenden und sich dem Patienten zur Verfügung stellenden“ (S. 276) Position des Therapeuten, die jedoch gleichzeitig mit der „erforderlichen Distanz und Abstinenzhaltung kombiniert werden sollte. Während auch aus seiner Sicht eine zu rigide Haltung zur Retraumatisierung führen kann, bedeutet eine zu distanzlose, von Mitleid und Verschmelzung getragene Haltung ein Hängenbleiben des Patienten an den infantilen o.g. Wünschen nach Liebe und Anerkennung.

Die Behandlung einer Depression kann nach Yalom (1996) nur erfolgen, wenn die Depression ins „Interpersonale“ übersetzt wird, wobei auch Yalom die Beziehung in den Mittelpunkt stellt, damit jedoch nicht nur die Beziehung zum Therapeuten, sondern gleichfalls die Beziehung zu den einzelnen Gruppenmitgliedern der Therapiegruppe meint. Die Aufgabe des Therapeuten ist hier, die für eine Depression typischen Verhaltensweisen in Beziehungen zu thematisieren und anhand der von ihm beobachteten Beziehungsverhalten gemeinsam mit der Gruppe und dem Patienten zu bearbeiten. Auf „passive Unterwürfigkeit, die Unfähigkeit, Wut auszudrücken, Überempfindlichkeit gegenüber Trennung“ beispielsweise wird dabei vom Therapeuten eingegangen.

Eine der Möglichkeiten, das innere geschlossene System aufzubrechen ist die Äußerung von Wut oder anderen negativen Gefühlen. Der Patient, der das erste Mal in der Therapiegruppe Wut äußert, erfährt, dass die von ihm wie auch immer geartete Katastrophe nicht eintritt. Er kann nun reflektieren, ob sein Ausdruck in irgendeiner Weise unangemessen war und kann über die Gründe des früheren Vermeidungsverhaltens Erkenntnisse gewinnen. Damit ist er freier geworden in seinem Beziehungsverhalten und hat dadurch auch die Chance, neue positive Erfahrungen zu machen, statt die bekannten negativen Muster zu wiederholen (s. dazu auch Yalom S. 45).

Arieti (1998) betont gerade auch in der Behandlung Depressiver den hohen Stellenwert einer tragenden therapeutischen Beziehung, wobei er dem Therapeuten eine aktive Rolle zuschreibt. Desweiteren unterstreicht er die Veränderung der Position des Therapeuten, dem er zu Beginn einer Behandlung eine dominante Position als *dominanten Dritten* empfiehlt, die dann jedoch in die Position des *signifikanten Dritten* übergehen soll. Dies ist so zu verstehen, dass hier dem strengen Über-Ich (hervorgehend aus der signifikanten Bezugsperson, meist eines der Elternteile) ein dominanter Dritter zur Seite gestellt wird, der dann jedoch zunehmend zur fürsorglichen begleitenden Person wird. „Der Patient muß lernen, auf sich selbst zu hören und die übermächtige Rolle des „Du“ zu reduzieren.“(S. 308) Letztendlich geht es auch hier um Hilfe zur Selbsthilfe, so dass der Patient zunehmend zu eigenen Bewertungen findet und dazu stehen kann. Weiter heißt es: „Die einzige Forderung des Therapeuten lautet, dass der Patient sich dem `Suchtrupp` anschließt, jener Gruppe aus zwei Menschen, denen daran gelegen ist, die Ursachen der Depression aufzudecken, sie zu verändern oder unwirksam zu machen (S. 294). Hier wird deutlich, wie das der Depression zugrunde liegende Internale Negativkonzept mit Hilfe der therapeutischen Beziehung langsam aufgeweicht und aufgelöst wird.

Sowohl in der Behandlung Depressiver als auch Suchtmittelabhängiger entfernt sich die Psychoanalyse deutlich von ihrer grundlegenden abstinenter Haltung und bevorzugt eine aktive einfühlsame Begleitung, die dazu führt, dass internale Negativkonzepte vorsichtig aufgeweicht werden können.

Ist die Erstarrung im Negativismus derart ungebrochen und empfindet der Patient sich als derart hilflos, dass er suizidal erscheint, ist nach H. Will (in: Will et al 2000) die wichtigste Reaktion, „ das suizidale Erleben des Patienten wahrzunehmen, aufzunehmen, zu halten und in der Gegenübertragung zu verarbeiten, und ihm damit einen Raum der intersubjektiven Bezogenheit zu erhalten, die ihm ein Durcharbeiten der suizidalen Ängste ermöglicht (S. 180). Dabei geht Will davon aus, dass die Suizidwünsche des Patienten dann schwinden, wenn er erlebt, dass er mit seinen Botschaften beim Therapeuten „ankommt“.

5.2 Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten in der Kognitiven Verhaltenstherapie

5.2.1 Grundsätzliche Aspekte bei der Gestaltung der VT

Grundvoraussetzung für ein therapeutisches Arbeiten sieht die Verhaltenstherapie in einer guten, vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Ein sensibles und flexibel auf den Patienten eingehendes „Beziehungsangebot“ ist in der VT von großer Bedeutung. Neben den Basisvariablen von Rogers: Empathie, Wertschätzung und Echtheit, werden u.a. folgende weitere wünschenswerte Eigenschaften eines kognitiven Therapeuten genannt: Intelligenz, verbale Versiertheit, Sinn für Humor, Vertrauen in die Entscheidungsfähigkeit und die Veränderungsmöglichkeiten des Patienten, Mut zur Konfrontation des Patienten.

„Kognitive Therapie ist eine Form der Psychotherapie, deren Ziel es ist, exzessive emotionale Reaktionen und selbstschädigendes Verhalten durch Modifikation der zugrundeliegenden unangemessenen Denkmuster zu reduzieren“ (Beck, 1976, S. 173). Sie will die Selbstanalyse- und Selbsthilfefähigkeiten von Patienten fördern.

In den kognitiven Theorien wird der Begriff „internale Negativkonzepte“ nicht explizit verwendet. Die Theorien beschäftigen sich jedoch aus unserer Sicht mit äquivalenten Konstrukten (vgl. Kapitel 4), weshalb wir im Folgenden weiterhin den Begriff „internale Negativkonzepte“ verwenden werden.

5.2.2. Kognitive Umstrukturierung

Die internalen Negativkonzepte werden mit einem für den spezifischen Patienten entwickelten Behandlungsplan angegangen. Dieser Plan wird aufgrund einer differenzierten Diagnostik (Problem-analyse) erstellt, die sich am aktuellen Problem orientiert.

Wesentlicher Baustein des Behandlungsplans in der kognitiven VT ist die kognitive Umstrukturierung. Sollten neben den kognitiven Prozessen noch weitere aufrechterhaltende Faktoren für die internalen Negativkonzepte bzw. die damit zusammenhängenden Gefühle und Verhaltensweisen identifiziert werden (z.B. klassische Konditionierungen, dysfunktionale familiäre Interaktionsstile), so sind Methoden der kognitiven Umstrukturierung mit darauf Bezug nehmenden Verfahren zu kombinieren: z.B. Reizkonfrontationsverfahren, übende Verfahren wie Rollenspiele etc..

Auf diese verhaltenstherapeutischen Verfahren soll an dieser Stelle ebenso wenig eingegangen werden wie auf andere vom Verhaltenstherapeuten angewandte Therapiemethoden wie z.B. Imaginationenübungen, Entspannungsverfahren und „Sporttherapie“.

„Die therapeutische Vorgehensweise bei der kognitiven Umstrukturierung lässt sich vor allem als strukturiert, problemzentriert und transparent charakterisieren.“ (Wilken 1998, S. 41). Charakteristisch für die jeweiligen Therapiesitzungen ist die Erstellung eines Planes, der die zu behandelnden Probleme enthält. Um die therapeutische Arbeit auch außerhalb der Sitzungen fortzuführen, erhält der Patient regelmäßig Hausaufgaben, die dann zu Beginn der nächsten Sitzung besprochen werden.

Ein Beispiel für eine Hausaufgabe kann folgendermaßen aussehen: Ein Patient beschäftigt sich in Form eines Vierfelderschemas mit der Frage: „Wie wird mein Leben kurz- oder langfristig aussehen, wenn ich nicht mit dem Trinken aufhöre?“ Ziel dieser Aufgabe ist die differenzierte, systematische Auseinandersetzung mit der Fragestellung, wobei die kurz- und langfristigen und die positiven und negativen Konsequenzen des Trinkens gegenübergestellt werden.

Der Schwerpunkt bei der kognitiven Umstrukturierung liegt auf der Analyse und Bearbeitung konkreter Problemsituation, in denen der Patient belastende Emotionen, Gedanken oder Verhaltensweisen erlebt. Idealerweise wird der Patient im Laufe der Therapie zu seinem eigenen Therapeuten, der die gelernten kognitiven Strategien auch auf die Bewältigung anderer Problemsituationen übertragen kann.

Wilken teilt den Prozess der kognitiven Umstrukturierung in 5 Schritte bzw. Phasen ein (Wilken 1998 S.43ff):

1. Vermittlung des kognitiven Modells an den Klienten
Hierbei kann beispielsweise das unter 3.2. beschriebene ABC-Modell verwendet werden.
2. Aufdecken der dysfunktionalen Kognitionen in konkreten Problemsituationen
In einem gemeinsamen Suchprozess von Patient und Therapeut wird der Patient in seiner Selbstexploration gefördert. „Die Entdeckung der inneren Erlebniswelt des Klienten, seiner indi-

viduellen Wahrnehmungen, Interpretationen, Bewertungen, Grundannahmen bzw. Lebensphilosophien, kurz: seiner Art, die Realität zu konstruieren, kann eine spannende Entdeckungsreise für Therapeut und Klient sein.“

3. Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen

Für das eigentliche Kernstück der kognitiven Therapie kann eine Vielzahl unterschiedlicher Techniken und Interventionen zur Anwendung kommen. Nach Wilken gilt etwas überspitzt formuliert: „Alles, was dem Klienten hilft, zu einer kognitiven Umstrukturierung zu gelangen, ist erlaubt.“(S. 83). Im Rahmen dieser Arbeit werden wir ausschließlich auf den „Sokratischen Dialog“ eingehen.

Der Begriff „Sokratischer Dialog“ bezeichnet eine therapeutische Haltung, die durch Respekt, Achtung und Empathie geprägt ist. Gleichzeitig soll der Patient über sein eigenes Denken reflektieren lernen, Widersprüche erkennen und daraus Schlüsse ziehen. Er soll möglichst selbstständig neue Einsichten und Erkenntnisse erarbeiten. Wesentliches Mittel des Sokratischen Dialogs sind gezielte, offene, jedoch konkrete, kurze und einfach formulierte Fragen des Therapeuten.

Es wird unterschieden zwischen „Hedonistischer Disputation“ und „Empirischer Disputation“. Bei der hedonistischen Disputation werden Widersprüche zwischen dem Denken des Patienten und seinen Zielen aufgedeckt werden („Hilft dieser Gedanke Ihnen, sich so zu fühlen, wie Sie möchten?“) aufgedeckt. Bei der empirischen Disputation werden Widersprüche zwischen dem Denken und der Realität bzw. innerhalb der Gedanken aufgedeckt („Wie können Sie so sicher sein, dass es in Zukunft immer so sein wird? Haben Sie hellseherische Fähigkeiten?“).

Weitere Beispiele für das Infragestellen der dysfunktionalen Kognitionen sind: Entkastrophisieren, Bearbeiten der Frustrationstoleranz, Bearbeiten globaler negativer Selbstbewertungen.

4. Erarbeitung angemessenerer funktionaler Kognitionen

Nach der Identifizierung der dysfunktionalen Kognitionen, die sowohl auf der primären als auch auf der sekundären Ebene stattfinden sollte (s. Kapitel 3.3.) und der „Entkräftung“ derselben, gilt es in diesem Schritt, die zielführenden Kognitionen konkret zu formulieren. Es werden Bewältigungsaussagen formuliert (s. auch Kapitel 3.4. „internal locus of control“). („Nimm diesen Fehler nicht so wichtig. Mach dich nicht wegen des Fehlers verrückt. Beim nächsten Mal schaffst du es. Du weißt jetzt, worauf es ankommt.“)

5. Einüben der funktionalen, zielführenden Kognitionen

Eine rein intellektuelle Einsicht des Patienten in der Therapiesitzung ist nicht gleichbedeutend mit einem Umsetzen des Erarbeiteten im Alltag. Neben einer Vorbereitung durch den Therapeuten bedarf es des aktiven Trainings des Patienten bzw. des Einübens des Erlernten. Die erarbeiteten hilfreichen, zielführenden Kognitionen werden täglich eingeübt. Dies findet auf einer kognitiven Ebene statt (vorsagen, aufschreiben, auswendig lernen der Kognitionen).

Das Einüben der hilfreichen Kognitionen wird weiterhin sowohl in der Vorstellung problematischer Situationen als auch in der Realität durch bewusstes Herstellen der problematischen Situationen praktiziert. Hierdurch sollen die neuen hilfreichen Kognitionen gefestigt und gestärkt werden.

Bevor die eigentliche kognitive Therapie stattfinden kann, sind häufig verhaltenstherapeutische Maßnahmen notwendig, um die Inaktivität zu durchbrechen und um das erforderliche Aktivitätsniveau zu erreichen (z.B. Planung von erfreulichen Aktivitäten, Erfolg-Vergnügen-Technik) (Wilken 1998 S. 29)

5.3. Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten aus der Sicht der IT

Übergeordnetes Ziel der IT ist es, dem Menschen zum besseren Verständnis seiner selbst im Lebensganzen zu verhelfen, seine Beziehungsfähigkeit zu verbessern und seine schöpferischen Kräfte zu fördern (Rahm et al. 1993). Die IT geht in ihrem Anspruch über die bloße reparative Behandlung hinaus. Sie will nicht nur Gesundheit wiederherstellen und Schädigungen lindern, sondern darüber hinaus neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung erschließen. Sie verbindet Heilung und Bildung, Therapie und Agogik als Anthroplastik (Petzold 2003). Integrative Therapie will dem Men-

schen in seiner Ganzheit begegnen und befasst sich sowohl mit den kranken als auch den gesunden Anteilen.

5.3.1. Grundsätzliche Aspekte bei der Gestaltung der Integrativen Therapie

Die Gestaltung des Therapieprozesses kann je nach Indikation schwerpunktmäßig auf verschiedenen Modalitäten liegen.

Petzold unterscheidet zwischen 6 verschiedenen Modalitäten:

- Konfliktzentriert-aufdeckende Modalität
Hierbei handelt es sich um einen psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Ansatz, der sich auf das Auffinden, Bewusstmachen, Einsichtigmachen, und Durcharbeiten von verdrängtem Material richtet. Es wird vom offen beobachteten Verhalten (körperlicher Ausdruck, Interaktionsverhalten) ausgegangen unter der Annahme, dass sich in den Verhaltensdimensionen jeweils ein Stück Sozialisation und Lebensgeschichte zeigt.
- Konservativ-stützende, palliative Modalität
Der Patient erfährt Beistand, Begleitung, Entlastung, Sicherung, Linderung von Schmerzen, z.B. in Krisensituationen.
- Erlebniszentriert-stimulierende Modalität
Mit kreativen Medien und Methoden (Malen, Rollenspiel, Dichten u.a.) sowie aktiver Imagination wird an einer Flexibilisierung der Persönlichkeit gearbeitet. Hierbei soll eine Förderung der Kreativität, Sensibilität, Expressivität, Kommunikationsfähigkeit etc. erreicht werden. Noch nicht erschlossene Potentiale des Patienten sollen gefördert werden, sowie alternative Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten entwickelt werden.
- Übungszentriert-funktionale Modalität
Dieser Ansatz richtet sich auf die Behebung bzw. Minderung oder Kompensierung vorhandener Defizite durch strukturierte Übungen. Es handelt sich um ein komplexes Verhaltenstraining, welches sich die Erkenntnisse der Lerntheorien und der VT nutzt. Durch übungszentriertes Vorgehen werden neue Verhaltensweisen systematisch erschlossen. Durch übungszentriertes Vorgehen kann oftmals erst die Grundlage für konfliktzentriertes Arbeiten geschaffen werden.
- Netzwerkaktivierende Modalität
Ressourcen sozialer Netzwerke sollen aktiviert, defiziente oder toxische Netzwerke saniert und gute Netzwerke gepflegt werden.
- Medikamentöse Modalität
Medikamentöse Behandlung bei Angststörungen und Depressionen in Kombination mit psychotherapeutischer Behandlung; Intervention bei akuten Krisen.

Die IT geht davon aus, dass der Mensch vier Grundfähigkeiten besitzt : Fähigkeit zu Korrespondenz, Exzentrizität, Regression und spontanes kreatives Potential. Auf diese vier Grundfähigkeiten bezieht sich das Modell der „Vier Wege der Heilung“ (Petzold 2003). Auf dieses Modell sowie auf die daraus resultierenden 14 Wirkfaktoren in der Psychotherapie kann im Rahmen der Graduierungsarbeit nur am Rande eingegangen werden.

Die vier Wege der Heilung lauten:

- Bewusstseinsarbeit – Sinnfindung – emotionales Verstehen
- Nachsozialisation – Grundvertrauen – Nachbeelterung.
- Erlebnisaktivierung - Persönlichkeitsentfaltung
- Solidaritätserfahrung – Enlargement und Empowerment

Mit den 14 *Wirkfaktoren* in der Psychotherapie beschreibt Petzold Faktoren, die den therapeutischen Prozess heilend und fördernd beeinflussen.

Zu den Wirkfaktoren gehören:

einführendes Verstehen, emotionale Stütze, Hilfen bei der praktischen Problem- und Lebensbewältigung, Förderung des emotionalen Ausdrucks, Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrung, Förderung von kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit, Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung, Förderung von Lernmöglichkei-

ten, Lernprozessen und Interessen, Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungsprozesse, Erarbeiten von positiven Zukunftsperspektiven, Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs, Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens, Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke, Ermöglichung von Solidaritätserfahrungen.

5.3.2. Therapeutisches Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten

Bei der Therapie von internalen Negativkonzepten spielen, wie in Kapitel 4 beschrieben, „Narrative“ eine wesentliche Rolle. Petzold hält die „narrative Therapie“ bzw. Biografiearbeit als Arbeit an der Identität des Menschen nicht nur in diesem Zusammenhang für sehr bedeutsam, weil sie „Menschen in komplexen Lebenswelten Möglichkeiten bieten, „zueinander zu finden“ und dabei „miteinander zu sich selbst“ zu finden (Petzold 2003, Lebensgeschichten erzählen, S.5). Petzold betont die Wichtigkeit der Erzählgemeinschaft, in der ein gutes „narratives Klima“, ein Gemeinschaftsgefühl, aufgebaut, Vertrauen bestärkt und Identitätserleben gefördert wird. Er spricht von Konvivialität und meint damit das gute Miteinander. Eine solche Erzählgemeinschaft kann auch im Rahmen einer Therapie als „professionelle Sozialbeziehung“ entstehen.

Bei den Erzählungen sollte der Blick nicht nur auf Belastendem (Trauma, Defizite, Konflikte, Störungen) liegen, sondern wie in Kapitel 4 beschrieben auch auf der Salutogenese. Hierbei wird gemeinsam betrachtet, was für den Menschen heilsam und nährend war, denn auch diese Erfahrungen werden als heilsame Narrationen in den Leib eingeschrieben und hinterlassen benigne Spuren (Petzold 2003, Lebensgeschichten erzählen, S. 178). Welche protektiven Faktoren gab es neben den Risikofaktoren? Es ist wichtig, die schlimmen Erlebnisse in die eigene Erlebenswelt zu integrieren und gleichzeitig den Blick auf positive Faktoren wie z.B. den Zusammenhalt unter den Geschwistern zu lenken, was vielleicht sogar erst im Nachhinein vom Betroffenen als wichtiger protektiver Faktor erkannt wird. Durch die narrative Therapie sollen soziale Netzwerke gefördert werden.

Es geht bei der narrativen Therapie sowohl darum, Solidarität zu generieren, als auch, den Menschen nach erlebten Traumatisierungen beim Heraustreten aus der Opferrolle zu unterstützen, so dass die Perseveration von Geschichten der Ohnmacht aufhört und sich Möglichkeiten aktiver Gestaltung eröffnen können. An dieser Stelle wird Bezug genommen auf die Konzepte der „Erlernen Hilfflosigkeit“ (Seligmann) des „Locus of Control“ (Rotter, erweitert Flammer), die in Kapitel 3 beschrieben sind und die auch in die IT mit aufgenommen wurden. Die Menschen „müssen das Skript ihres Lebens aktiv und somit souverän und selbstbestimmend schreiben“ (Petzold 2003 Lebensgeschichten erzählen, S. 179). Die IT ergänzt die Kontroll- Selbstwirksamkeits- und Kompetenztheorien noch um eine „ökologische Perspektive“, die besagt, dass Kontrollfähigkeiten bzw. –möglichkeiten auch im Environment (Umwelt: z.B. soziale Umwelt, ökologische Umwelt, Lebenslagen etc.) gegeben sein müssen (Sieper, Petzold 10/2002).

In der Biografiearbeit geht es oft um den Umgang mit fragilen Selbst- und Identitätsprozessen, die eine behutsame Herangehensweise erfordern, wie es auch neurobiologische Forschungsergebnisse zeigen (vgl. Kapitel 4, Exkurs). Petzold spricht vom „Paradigma des gemeinsamen Betrachtens und Bearbeitens, in dem die Möglichkeiten der „Synchronisation“, der „Abstimmung“ zum Tragen kommen können, die in der Sphäre des Zwischenleiblichen gründen: die Fähigkeit der sensomotorischen Synchronisierung zwischen Menschen, ihren Gehirnen – etwa durch die Arbeit von Spiegelneuronen (Stamenov, Gallese 2002), Koaffektionen in wechselseitiger emotionaler Berührtheit.“ (Petzold 2003 Lebensgeschichten erzählen, S.181).

Menschen (Hominiden) als Gruppentiere verfügen grundsätzlich über die Möglichkeit der Synchronisierung. Neurobiologische Grundlage dafür sind die Spiegelneurone (Rizzolatti und Gallese et al. in Petzold 2003 Lebensgeschichten erzählen S. 188) (s. Kapitel 3, Exkurs). Ursprünglich an Affen untersucht, wurden Spiegelneurone auch beim Menschen nachgewiesen: Es feuerte jeweils das gleiche Neuron im Affenhirn, wenn ein Affe eine Rosine aß oder aber, wenn er beobachtete, dass sein Pfleger eine Rosine aß.

Diese Neurone sind die Grundlage für Synchronisierungsleistungen, die Voraussetzung für viele komplexe soziale Phänomene sind wie z.B. Imitationslernen, Sprachentwicklung, Empathie.

Die Integrative Therapie versucht diesen Phänomenen Rechnung zu tragen, indem sie sie beispielsweise bei Kriseninterventionen nutzt. Der integrative Therapeut wird in dieser Situation versuchen, einen übererregten, aufgeregten Menschen zu beruhigen, ihn mit seiner eigenen Ruhe und

Gelassenheit zu affizieren, ihm die Möglichkeit bieten, sich mit dem eigenen „state“ psychophysiologischer Regulation zu synchronisieren. Der Patient hat dabei die Chance, in ihm selbst vorhandene Muster der Beruhigung zu aktivieren, so dass es im Idealfall zu einer Synergie der beiden Beruhigungs- bzw. Ruheregulationsmechanismen kommt.

Narrative Therapie will dem Patienten ermöglichen, das eigene „Skript“ wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und zu erklären und damit selbst gestaltend auf sein Leben einwirken zu können. Die Narrative sollen flexibel gehalten werden, bzw. Flexibilität soll wieder hergestellt werden, so dass die Narrative Stütze und Sicherheit bieten.

Biografiearbeit muss also zugleich Leibarbeit und Netzwerkarbeit sein.

„Sie muss das vorhandene Potential der Spiegelneurone und cerebralen Vernetzungsprozesse, die Möglichkeiten der „Synchronisierung“ zwischen den Gehirnen der erzählenden Subjekte nutzen. Erlebtes, *Eindruck* wird im Leibgedächtnis gespeichert, aus dem Leibgedächtnis im Erzählen durch Mimik, Gestik, Intonation wieder in den Ausdruck gebracht – leibhaftig leibhaftige Resonanzen auslösend – und zugleich auch wieder gespeichert mit den „szenischen Repliken“, den Kommentaren, Zwischenreden, Einwüfen der Menschen aus der Gesprächssituation, dem Gesprächskreis der Erzählgemeinschaft als Aufzeichnung der erzählten Geschichte, die „Ereignis“ (Foucault 1998) wird“ (Petzold 2003, Lebensgeschichten erzählen, S. 190).

Alte Geschichten, die belastend weiterwirken und vielleicht die Ursache für internale Negativkonzepte bilden, werden wieder aufgerufen, in einen neuen Kontext gestellt, der aktuell und gegenwärtig ist und sich von dem alten Kontext unterscheidet. Durch das Erleben dieser Diskrepanz und die hinzukommende Perspektive des Therapeuten (bzw. der Gruppenmitglieder im therapeutischen Gruppensetting) können neue Aspekte miteinbezogen werden und positive Zukunftsentwürfe entstehen.

Petzold vertritt folgende Haltung: „Neben den Prozessen der Einsicht, der kognitiven Kompetenz, darf overt behavior – die Performanz – in der Psychotherapie niemals vernachlässigt werden.“ (Petzold § Sieper 10/2002, S. 6). Mit „Kompetenz“ ist die Gesamtheit aller Fähigkeiten und Wissensbestände gemeint, die letztlich zum Erreichen von Zielen erforderlich werden. Unter „Performanz“ wird in der IT die Gesamtheit aller Fertigkeiten verstanden, die zur Umsetzung/Realisierung der Ziele notwendig ist.

Für die Therapie von alkoholkranken Menschen mit belastenden internalen Negativkonzepten bedeutet dies, dass bei der Zielsetzung der Abstinenz und gleichzeitigem Aufbau eines positiven Selbstkonzeptes möglicherweise folgende Kompetenzen gefördert werden können:

Wissen über die Möglichkeit der positiven Selbstwahrnehmung, Wissen über angemessene Konfliktbewältigungsstrategien, „Packen eines Notfallkoffers“ für Suchtdrucksituationen, Wissen über Kenntnisse, die zur erfolgreichen Bewältigung des Alltags notwendig sind. Hierbei kann insbesondere der 1. Weg der Heilung „Bewusstseinsarbeit – Sinnfindung - emotionales Verstehen“ gegangen werden.

Die Performanzorientierung könnte sich in der Leib- Bewegungs- Lauftherapie oder Dramatherapie wiederfinden. Hierbei könnte der therapeutische Schwerpunkt auf dem 4. Weg der Heilung „Erlebnisaktivierung – Persönlichkeitsentfaltung“ liegen. Selbstverständlich werden je nach Therapiephase unterschiedliche Schwerpunkte bei der Wahl der Wege der Heilung gelegt.

Petzold beschreibt „Lernen durch Erleben und Handeln und Lernen durch Erfüllung und Verstehen muss in Interaktion mit Menschen und im Umgang mit Dingen – beides wird durch konkrete Kontexte bestimmt - zu einem komplexen Erfahrungslernen verbunden werden.“ (Sieper & Petzold 10/2002 S. 8). Er meint damit einen ganzheitlichen Lernbegriff (eigene Anmerkung: „Lernen“ entspricht in unserem Zusammenhang dem ganzheitlichen Lernen in der Therapie) mit einer multimodalen Praxis (s.: sechs Modalitäten).

5.4 Therapeutisches Vorgehen bei Internaler Negativkonzepte aus der Sicht der Neuropsychologie

Aus neurowissenschaftlicher Sicht stehen die pharmakologischen Möglichkeiten im Zentrum. Jedoch werden ebenfalls immer wieder vor allem verhaltenstherapeutische, aber auch tiefenpsychologische Aspekte erwähnt im Zusammenhang mit Auswirkungen auf neurobiologische Veränderungen und Prägungen.

W. Singer (in Klivington 1992) sieht in der *Prägung* eine spezielle Form des Lernens, die sich auf eine kritische Periode der frühen Entwicklung beschränkt. Aus diesem Grund, so Singer, sei sie gegenüber einer späteren Veränderung überaus widerstandsfähig. Auch Pöppel vermutet, dass eine solche Prägung weder rückgängig gemacht noch zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden kann.

J. Böning erwähnt in seinem Artikel über das Suchtgedächtnis aktuelle Pilotprojekte, die sich mit einer *pharmakotherapeutischen Rückprägungstherapie* befassen. Hier geht es um die Erforschung einer *Löschung des Suchtgedächtnisses*, wobei Böning auch lediglich die Rückprägung des biologischen Kontrollverlustes für möglich hält. Diese sei, so Böning, dann jedoch die Grundlage für ein besseres „Greifen“ bislang bewährter Behandlungsstrategien. Er betont, dass eine derartige Rückprägung keinesfalls die Neuorientierung der individuellen Wertewelt überflüssig mache, sondern dass diese nach wie vor unbedingt erforderlich sei. Da er die individuellen sozialen und psychologischen Rahmenbedingungen für eher unberechenbar hält sieht Böning hier Therapieerfolge z.Z. noch eher skeptisch. Bis heute gibt es lediglich eine nachgewiesene erfolgreiche Rückprägung einer Opiatsucht im verhaltenspharmakologischen Tiermodell.

Medikamentöse Behandlung Suchtkranker spielte bisher nur eine sehr untergeordnete Rolle. Erste Versuche gab es seit den 70er Jahren mit dem Präparat „Antabus“ mit dem Inhaltsstoff „Disulfiram“. Es beeinträchtigt den Abbau des ersten Stoffwechselproduktes von Alkohol, dem Acetaldehyd, und verursacht Übelkeit bei Alkoholkonsum. Als alleiniges Heilmittel ist Antabus auf gar keinen Fall anzusehen. Der Alkoholkonsum in den 24 Stunden nach der Einnahme dieses Mittels kann überdies lebensgefährliche Wirkung haben. Außerdem schädigt das Präparat bei längerem Gebrauch die Leber und ist bei vielen Krankheiten kontraindiziert. Das Präparat wird heute in Deutschland kaum noch verwendet.

„Distranerin“ wird zur Behandlung von Entzugserscheinungen relativ häufig eingesetzt, auch wenn es seinerseits zur Abhängigkeit führen kann. Es wirkt stark beruhigend und wird hauptsächlich in der Entgiftungsphase und zur Behandlung eines Delirs tremens eingesetzt.

„Acamprosat“, in Deutschland unter dem Namen „Campral“ bekannt, wird in der Behandlung des süchtigen Verlangens, des „Craving“, eingesetzt. Es handelt sich hierbei um eine geringfügig veränderte ursprünglich körpereigene Substanz, einer Aminosäure. Sie soll das bereits in Kapitel 3 beschriebene Ungleichgewicht der Botenstoffe des glutamatergen und GABAergen Systems ausgleichen, indem sie beim Alkoholiker vermehrt vorkommende Glutamat-Rezeptoren blockiert. Erregungsübertragungen werden auf diese Weise eingeschränkt. Allerdings hat auch dieses Präparat höchstens Sinn in der Anfangsphase einer ambulanten Therapie und kann auch keine psychosoziale Therapie ersetzen. Zu bedenken ist darüber hinaus der erneute „Lerneffekt“ für den Betroffenen, unangenehme Gefühle mit der Zufuhr von Substanzen zu lindern, was der Entwöhnung von Suchtmitteln grundsätzlich entgegensteht.

Das gleiche gilt natürlich für die medikamentöse Behandlung von Depressionen, wobei der Einsatz von Medikamenten sinnvoll sein kann, solange er nicht als einziger Lösungsweg angesehen wird. Gerade bei Suchtmittelabhängigen ist zu betonen, dass die Verarbeitung der Depression zugrunde liegender Erlebnisse zentralen Stellenwert besitzt, insbesondere bei reaktiven Depressionen. Auch wenn es mittlerweile Antidepressiva gibt, die nicht körperlich abhängig machen, kann eine psychische Abhängigkeit entstehen, die ein Erlernen der Lebensbewältigung eher blockiert. Schneider (2001) warnt darüber hinaus vor Kombinationspräparaten, die auch suchtmittelabhängigen Frauen im Klimakterium angeboten werden, in denen neben Hormonen auch beruhigende Stoffe enthalten sind.

Wichtig für jede Art der Behandlungsstrategie bei Suchterkrankungen sind jedoch sicherlich die Erkenntnisse über neurobiologische Vorgänge nach Entzug und längerer Abstinenz. Hier zeigte sich nach Scheurich, dass in der Phase nach der Entgiftung besondere kognitive und emotionale Beeinträchtigungen zu beobachten sind, einhergehend mit deutlich erhöhter Depressivität und Ängstlichkeit. Der Erholungsprozess zeigte sich während des ersten Jahres am deutlichsten. Nach 10 Jahren hatte sich der emotionale Zustand jedoch dem der Normalbevölkerung weitgehend angeglichen.

Anderen Studien zufolge kann eine Angleichung bereits nach 5 Jahren erfolgen, wobei über 40-jährige Alkoholiker deutlich stärker an anhaltenden Beeinträchtigungen leiden.

Aus der Perspektive lerntheoretischer Analysen wird Verhalten durch Verstärkung erworben und aufrechterhalten. Hierbei unterscheidet Rommelspacher die Einnahme von Drogen als *positive Verstärkung* sowie als *negative Verstärkung*. Unter positiver Verstärkung wird hier die Absicht genannt, ein *angenehmes, evtl. auch euphorisches Gefühl* z.B. durch Alkoholkonsum zu erlangen. Negative Verstärkung hat eher die *Vermeidung negativer Gefühle* im Fokus.

Nach Scheurich sind vermutlich die Personengruppen, die eine positive Verstärkung mit dem Suchtmittelkonsum anstreben, in besonderem Maße für Alkoholabhängigkeit prädestiniert im Vergleich zu denen, die sich eher ängstlich vermeidend verhalten.

Pöppel erwähnt Experimente mit Katzen, die belegen, dass in speziellen Versuchen Seh-Eindrücke nur dann eine Wirkung erzeugen, wenn die Katzen sich in dem entsprechendem Umfeld aktiv bewegen. Passive, an einer Bewegung gehinderte Katzen, blieben für die gleiche Sehwelt blind. Entsprechende modifizierte Versuche mit Menschen kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass die Lernfähigkeit durch aktive Aneignung deutlich gestärkt wird. Diese Aneignung der Welt taucht im Verständnis Petzolds vom „Erfahrungslernen“ wieder auf: „Lernen durch Erleben und Handeln und Lernen durch Erfühlen und Verstehen muss in Interaktionen mit Menschen und im Umgang mit Dingen – beides wird durch konkrete Kontexte bestimmt – zu einem komplexen Erfahrungslernen verbunden werden (Petzold 1968a, 12, in POLYLOGE 10/2002 S. 8). Desweiteren erwähnt Petzold, dass bereits Bao (et al 2001) nachweisen konnte, dass die verhaltensbezogene Aktivierung des dopaminergen Systems zur Veränderung von „kortikalen Landkarten“ führe. Gerade die nicht erwartete Belohnung, die neue, ungewöhnliche Antwort sei wichtig für neues Lernen. Petzold möchte damit zu ungewöhnlichen Ideen, Metaphern und Handlungsvorschlägen der TherapeutInnen motivieren, betont gleichzeitig jedoch auch die Berücksichtigung der Grenzen der PatientInnen, so dass es nicht zu erneuten Verletzungen kommt.

Im Laufe der Zeit sind die verschiedensten Therapieformen entwickelt worden, die eine Einwirkung auf neuronale Prägungen zum Ziel haben. Basierend auf der Annahme, dass die Stärke der aktuellen Emotion größer sein müsse als die Emotion der ursprünglich auslösenden Situation entstand beispielsweise das therapeutische Arbeiten im „Wiedererleben“. Dieser Arbeit liegt die Vermutung zugrunde, dass sich hirnorganische Veränderungen und synaptische Neustrukturierungen ergeben, wenn die aktuell wiedererlebte emotionale Situation nur stark genug ist und parallel die in der Ursprungssituation fehlende Lösungsstrategie bzw. eine Situation der Sicherheit und der Geborgenheit, die der Ursprungssituation gefehlt hat, nun bereitgestellt wird. Dieses Arbeiten ist nicht nur für alle Beteiligten überaus anstrengend, sondern birgt auch die Gefahr einer Retraumatisierung.

Die Praxis des NLP basiert auf der Annahme, mit gezielten sprachlichen Interventionen positiv auf das neurolinguistische System einzuwirken. Gerade der Gründer, Leiter und Trainer der Deutschen Gesellschaft für Neurolinguistisches Programmieren (DG NLP), Thies Stahl, hat dazu beigetragen, die amerikanischen Grundmuster der Intervention so zu verändern, dass sie in dieser Form u.a, auch in der Therapie von Alkoholkranken durchaus erfolgreich praktiziert wird. Hier hat sich gezeigt, dass beispielsweise negative Glaubenssätze, d.h. negative Bewertungsmuster dauerhaft verändert und aufgehoben werden können, was gerade in Anbetracht der Widerständigkeit dieser negativen Systeme besondere Beachtung verdient. Das Menschenbild und die Ethik, die T. Stahl hier vertritt, haben durchaus Ähnlichkeiten mit der der IT. Die Therapie selbst erfolgt auf eine für alle Beteiligten überaus angenehme Art und Weise und kann nicht zu o.g. Schädigungen führen.

Petzold zitiert Ratey (in Polyloge 10/2002 S. 33) mit der Absicht, die neuen Erkenntnisse und die Veränderungen der Therapiemethoden zu berücksichtigen und offen zu bleiben für den mehrperspektivischen Blick: „Die herkömmlichen Vorstellungen, man müsse ein verborgenes Trauma aufdecken, das an den Wurzeln des Leidens liege, hat sich weitgehend überlebt. Wir suchen heute eher nach Gleichgewichtsverschiebungen des Neurotransmitterhaushaltes, nach genetischen Abweichungen und Anomalien der Hirnfunktion. Wo wir einst von Über-Ich, Ich und Es sprachen, beschäftigen wir uns nun mit Serotonin, Gensequenzen oder mit neuronalen Netzwerken in verschiedenen Hirnregionen. Dennoch versuchen viele Psychotherapeuten nach wie vor Affekte zu behandeln, als seien diese das eigentliche Problem, anstatt zu ergründen, inwiefern sie Folge von tieferliegenden Störungen sind. Außerdem halten sie an einem Pasteurschen Krankheitsmodell fest: ein Krankheitserreger, ein Gegenmittel, eine Kur“.

In Bezug auf die bereits weiter oben genannten Ausführungen Petzolds möchten wir dieses Kapitel mit einem Zitat beschließen: „Die Kunst, dem Patienten eine Beziehung und Umgebung zur Verfügung zu stellen, in der er „Erfahrungen von vitaler Evidenz“, Erfahrungen von „persönlicher Innovation“ machen, ja, in denen „er sich selbst überraschen“ kann, wird auch auf der Ebene des Gehirns Wirksamkeit zeigen“ (Petzold in: POLYLOGE 10/2002 S. 32).

6. Vergleich der verschiedenen therapeutischen Ansätze beim Umgang mit Internalen Negativkonzepten

Sowohl Psychoanalyse (PA), als auch Verhaltenstherapie (VT) und Integrative Therapie (IT) haben eine lange Tradition. Wenn man sie vergleichend nebeneinander stellt, so gibt es sowohl verbindende Gemeinsamkeiten als auch erhebliche Unterschiede. Wir werden im folgenden die therapeutischen Ansätze zunächst auf einer allgemeinen Basis und nachfolgend bezogen auf internale Negativkonzepte versuchen zu betrachten.

Ein unmittelbarer Vergleich gestaltet sich jedoch als schwierig, da die drei Ansätze unterschiedliche Hintergründe haben bzw. unterschiedliche Ziele verfolgen und in ihnen mit verschiedenen „Fachsprachen“ gesprochen wird. Dieser Versuch eines Vergleichs kann im Rahmen unserer Graduiierungsarbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben.

6.1 Vergleich der theoretischen Grundsätze der drei Therapierichtungen

6.1.1 Übergreifende Theorien

Die kritische Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse Freuds führte zu einer durchgreifenden Differenzierungsphase und zur Entwicklung der unterschiedlichen heute bestehenden psychoanalytischen Psychotherapierichtungen. Psychoanalytische bzw. tiefenpsychologisch fundierte Verfahren weisen dementsprechend ein großes Maß an theoretischer Heterogenität auf. Die in Kapitel 2 beschriebenen Ansätze, die Triebpsychologie, die Ich-Psychologie inklusive der Selbstpsychologie und die Objektpsychologie sind Ausdruck dieser Heterogenität.

In der Verhaltenstherapie sind behaviorale und kognitive Ansätze zusammengewachsen. Vom ursprünglich linearen Ansatz hat sich die Verhaltenstherapie zu einem eklektischen Verfahren entwickelt, dem eine übergreifende und in sich konsistente Theorie weitestgehend fehlt. Der Einfachheit halber werden wir in diesem Kapitel nur von VT sprechen und meinen damit sowohl die klassischen Ansätze als auch die kognitiven.

Die VT beschreibt sich selbst als ein Verfahren mit einer psychotherapeutischen Grundorientierung. Sieper beschreibt die VT als: „Umbrella-Bezeichnung` für empirisch fundierte, klinisch-psychologisch und neurowissenschaftlich orientierte Psychotherapie“ (Petzold & Sieper 10/2002).

Die Integrative Therapie hat versucht, theoretisches und praxeologisches Wissen zu integrieren. Sie ist unter den Richtungen und Schulen des Integrierens die älteste und eine der elaboriertesten in ihren Integrationsbemühungen. Sie ist kein eklektisches Verfahren, sondern ein dezidiert integratives Verfahren, „da sie Erkenntnisse aus der Forschung kontinuierlich in eine übergreifende und in sich konsistente Theorie einbaut, die differenziert, jedoch aufgrund prinzipieller erkenntnistheoretischer Überlegungen nie als abgeschlossen betrachtet werden kann“ (Petzold et al. in Ambuehl et al. 1998, S. 18).

Die Wurzeln der Integrativen Therapie sind durch verschiedene Therapierichtungen mitbestimmt. Dazu zählen die „aktive“ und „elastische Psychoanalyse“ der ungarischen Schule der Psychoanalyse (Ferenczi), die Gestalttherapie (Perls), das Psychodrama (Moreno), das „Therapeutische Theater“ (Iljine), Ansätze der Leib- und Bewegungstherapie“ (Petzold) und die Verhaltenstherapie bzw. Verhaltensmodifikation (Kanfer). Die IT entstand aus diesen therapeutischen Richtungen als ein tiefenhermeneutisch fundiertes Verfahren.

Es wird also ersichtlich, dass die IT sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychoanalytische Wurzeln hat, jedoch darüber hinausgewachsen ist.

Unter den verschiedenen Philosophien, auf die sich die IT bezieht, bildet das Werk von Merleau-Ponty mit seiner Auseinandersetzung mit dem „Leib“ die zentrale Referenztheorie. Die IT ist ein leiborientiertes Verfahren, was sich für uns als Praktikerinnen in der Arbeit mit Patienten an unterschiedlichsten Techniken zeigt. Hier sind beispielsweise Awareness- als auch Bewegungsübungen zu nennen, die vielfältig eingesetzt werden. Die Leiborientierung der IT ist inzwischen von anderen Therapierichtungen, auch von der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie, mit berücksichtigt worden.

6.1.2 Entwicklungstheorien

Die Psychoanalyse legt den Schwerpunkt in ihrer Entwicklungstheorie vor allem auf die ersten Lebensjahre und konzentriert sich dementsprechend auf Schädigungen in dieser frühen Phase. Sie neigt dazu, zu pathologisieren: Vor allem die Pathologisierung des Säuglings (Klein, Mahler, Spitz)

ist hier zu erwähnen. Salutogene Faktoren gewinnen in der heutigen Praxis jedoch zunehmend an Bedeutung.

Die VT geht grundsätzlich davon aus, dass jedes Verhalten gelernt ist und Lernen lebenslang möglich ist. Der VT wird oft der Vorwurf gemacht, sie vernachlässige die Biografie der Klienten. Diesem Vorwurf begegnet sie, indem sie symptomzentrierte Programme mit mehr hintergrundorientierten, am Verstehen orientierten Vorgehensweisen verbindet (Wilken 1998). Beispielsweise wird bei der Analyse der durch die Biografie geprägten und situationsübergreifend wirksamen *depressogenen Grundannahmen* eine Verbindung zwischen biografisch orientierter und symptombezogener therapeutischer Arbeit hergestellt.

Vielfach geht es in der VT jedoch auch nur um die Bedingungen, die das Problem aufrechterhalten (vgl. prädisponierende, auslösende, aufrechterhaltende Bedingungen von psychischen Störungen: Kapitel 3.6.) Die VT bezieht auch bestehende Ressourcen mit in die Therapieplanung ein.

Bei der IT handelt es sich um ein Verfahren, das sich in seiner Entwicklungspsychologie auf die gesamte Lebensspanne bezieht: „life span development approach“. Dies bedeutet, dass sich die Persönlichkeit über die gesamte Lebensspanne hin entwickelt und Störungen entsprechend im gesamten Lebensverlauf verursacht werden können. Neben Pathogenesefaktoren finden Salutogenesefaktoren gleichwertig Berücksichtigung.

6.1.3 Menschenbild

Die Psychoanalyse, so wie sie Freud verstand, geht davon aus, dass biologische Triebe und angeborene Instinkte das menschliche Verhalten im Sinne der Selbsterhaltung bestimmen. Der Mensch wird danach von sexuellen und aggressiven Impulsen beherrscht. Dem Ausagieren dieser Impulse, denen der Mensch eher hilflos ausgeliefert ist, stehen jedoch die Erziehung der Eltern bzw. die Wünsche der Gesellschaft gegenüber. Das Überleben ist davon abhängig, wie erfolgreich diese Impulse unter rationale Kontrolle gebracht werden können. Scheinbar sinnloses und unlogisches menschliches Verhalten wird als Ausdruck unbewusster Motive betrachtet.

Die Natur des Menschen wird durch Vererbung und frühe Lebenserfahrung bestimmt. Dabei ist der Mensch von Natur aus „böse“, weshalb er die gesellschaftliche Kontrolle und die Psychotherapie benötigt, die das Unbewusste aufdeckt (s. dazu Zimbardo 1983, S. 37).

Die VT sieht den Menschen als lernfähigen, selbstregulierenden Organismus (Kanfer 1989).

Die IT sieht den Menschen als ein „Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Zeitkontinuum. Er ist „Leibsubjekt in der Lebenswelt“, das von „bewussten und unbewussten Strebungen bestimmt“ ist und in „fundamentaler Ko-respondenz mit der Welt und den Mitmenschen“ (Petzold 2003) steht (vgl. Kapitel 4.2.)

Die IT betrachtet den Menschen also ganzheitlich und immer in Bezogenheit zu seinen Mitmenschen und seiner Mitwelt, während die Menschenbilder der VT und der PA weniger umfassend sind.

6.1.4 Persönlichkeitstheorien

Aus Sicht der Psychoanalyse, wie sie Freud verstand, besteht die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen aus *drei Instanzen*: dem *Es*, dem *Ich* und dem *Über-Ich*. Es handelt sich dabei um Kräfte, die gegenläufig sind. Das *Ich* übernimmt eine regulierende Funktion: es vermittelt zwischen den Ansprüchen des *Es* und den „moralischen Vorstellungen“ des *Über-Ichs*. (vgl. Kapitel 2).

Das *Es* wird dabei als das primitive und unbewusste „Reservoir“ der fundamentalen Triebe verstanden (Zimbardo S. 408). Das *Über-Ich* hat neben den eigenen Wertbegriffen auch diejenigen gespeichert, die ihm als Kind von den Eltern und später von der Gesellschaft übermittelt wurden. Das *Es* gerät nun in Konflikt mit dem *Über-Ich*: „Das *Es* will lediglich das, was angenehm ist, während das *Über-Ich* darauf besteht, das zu tun, was `richtig` ist.“ (Zimbardo S. 408)

Das *Ich* hat dabei die Rolle eines Schiedsrichters. Es vermittelt zwischen beiden Instanzen, z. T. durch Kompensation, durch teilweise Befriedigung der Wünsche des *Es* unter Beachtung der der Realität, und auch unter Bereitstellung der Abwehrmechanismen, wobei der zentralste der Abwehrmechanismen der der Verdrängung ist.

Die VT hat verschiedene Modelle der Persönlichkeit. Eine Annäherung der verschiedenen Ansätze findet sich bei Reinecker: „Persönlichkeit wird heute durchaus im Sinne spezieller Fähigkeiten und Fertigkeiten gesehen, die unsere Orientierung in der Welt erleichtern; diese Fähigkeiten sind allerdings als Konstrukte zu sehen, das heißt als erschlossene Merkmale, denen nicht der Status direkt beobachtbarer Aspekte zukommt“ (Reinecker et al., 1999, S. 127).

In der IT bilden das *Selbst*, das *Ich* und die *Identität* die Persönlichkeit eines Menschen. Hierbei handelt es sich nicht wie in der Psychoanalyse um Instanzen, sondern um *miteinander-verschänkte* Anteile der Persönlichkeit, die in einem immer fortwährenden Prozess stehen (vgl. Kapitel 4.1.2.).

6.1.5 Ziele der Therapie

Durch die Aufdeckung der unbewussten Motive in der Analyse geht die Psychoanalyse davon aus, dass der Mensch seine Impulse mit Hilfe der Therapie kontrollieren kann. Freud betonte in diesem Zusammenhang auch die Sublimierung der Triebe auf kultureller Ebene.

Die VT hat im Rahmen der Problemlöseorientierung die gewünschte Verhaltensveränderung und letztendlich die *Hilfe zur Selbsthilfe* im Fokus. Die Kompetenzen zur eigenständigen, zufriedenstellenden Lebensführung sollen im Verlaufe der Therapie gestärkt werden. In der kognitiven VT werden explizit die Selbstanalysefähigkeiten des Patienten gefördert.

Die IT möchte die Beziehungsfähigkeit des Menschen und seine schöpferischen Kräfte fördern. Sie möchte nicht nur Gesundheit wiederherstellen und Schädigungen lindern. Sie möchte darüber hinaus neue Möglichkeiten der Lebensgestaltung erschließen.

6.1.6. Therapeutische Beziehung

Allen drei Therapieschulen ist die wertschätzende Haltung gegenüber dem Patienten wichtig. Die therapeutische Beziehung wird als zentraler Faktor für den Therapieerfolg angesehen.

In der VT und der IT wird der hilfesuchende Mensch als gleichberechtigter Partner angesehen. In der Psychoanalyse wird dies zunehmend auch in dieser Weise in der Praxis umgesetzt, wobei traditionell der Therapeut eine sehr dominante und autoritäre Position innehat.

Sowohl in der PA als auch in der IT sind die Phänomene „Übertragung“ bzw. „Gegenübertragung“ im Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung von großer Bedeutung. Die Begriffe werden in den beiden Therapierichtungen jedoch nicht synonym verwendet, die IT hat eine differenziertere Betrachtungsweise als die PA. An dieser Stelle soll nicht näher auf die unterschiedlichen Bedeutungen eingegangen werden.

6.2. Abschließender Vergleich Internaler Negativkonzepte

Die PA erklärt die Internalisierung des guten Objektes parallel zum bösen Objekt zum Ausgangspunkt der Entwicklung gesunder Selbstwirksamkeitsgefühle, die eine erfolgreiche Autonomieentwicklung unterstützt. Wird dieser Prozess gestört, kann es zur *narzisstischen Kränkung* kommen. Diese narzisstische Kränkung kann wiederum zum Ausgangspunkt für die Entwicklung internaler Negativkonzepte werden (s. Kapitel 2.2.3).

Die VT geht von der Grundannahme aus, dass Kognitionen eng mit Emotionen zusammenhängen. Die VT spricht, vereinfacht gesagt, von *dysfunktionalen Überzeugungen* und dafür verantwortlichen *depressogenen Grundannahmen*, bzw. *irrationalen Bewertungen* oder *problematischen Selbstausagen*, die in Zusammenhang mit internalen Negativkonzepten stehen und Verhalten und Erleben steuern (vgl. Kapitel 3). In der Therapie werden Selbstwirksamkeitsüberzeugungen beispielsweise in Form von Bewältigungssätzen („Ich gehe die Prüfung das nächste Mal mit der nötigen Ruhe an und schaffe sie auch“) gefördert und wirken internalen Negativkonzepten bzw. bei Alkoholabhängigkeit auch Rückfälligkeit entgegen. Beim konsequenten Einüben des Erarbeiteten werden auch neurobiologische Erkenntnisse berücksichtigt.

Internale Negativkonzepte sind im Integrativen Ansatz in den Bereich der Persönlichkeitstheorie einzuordnen. In der IT werden die eigene Bewertung (Selbstattribuierung) bzw. die Bewertung durch andere Menschen (Fremdattribution) als zentrale Elemente im Identitätsprozess angesehen. Anders als bei der VT wird hier zwischen einer kognitiven Bewertung (appraisal) und einer emotionalen Bewertung (valuation) unterschieden, was sich ja auch neurobiologisch in der Stimulation unterschiedlicher Hirnareale nachweisen lässt.

Im Zusammenhang mit erfahrenen Traumatisierungen (erlebte Hilflosigkeit) will die IT Selbstwirksamkeitsüberzeugungen fördern (z.B. narrative Therapie (vgl. Kapitel 5.3.)).

Das therapeutische Vorgehen in der IT ist multimodal, an den 4 Wegen der Heilung bzw. an den 14 Wirkfaktoren orientiert. Es gibt eine Vielzahl an therapeutischen Techniken und Medien, die vom integrativen Therapeuten eingesetzt werden.

Alle Therapieansätze betonen trotz ihrer Unterschiedlichkeit die Bedeutung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen bei der Entstehung bzw. Überwindung internaler Negativkonzepte.

Genauso sprechen alle Therapieansätze vom selben, im folgenden beschriebenen, Phänomen im Zusammenhang mit Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, auch wenn sie es unterschiedlich benennen:

Vereinfacht gesagt geht die Psychoanalyse vom *Wiederholungszwang* im Zusammenspiel mit den *Abwehrmechanismen* aus (vgl. Kapitel 2).

Die VT meint ganz Ähnliches, wenn sie davon spricht, dass negative Konzepte durch fehlerhafte Informationsverarbeitung immer wieder bestätigt werden, so dass es zu einer Verengung des Denkens und zu einer deutlich verzerrten Sicht der Realität im Sinne des negativen Schemas kommt.

Die IT spricht von *malignen Narrativen*, die die lebendige, situative Neuschaffung von Wirklichkeit einschränken und unsere Wahrnehmungen reduzieren, so dass immer wieder die gleichen negativen Erfahrungen gemacht werden.

7. Resümee und Ausblick

Während sowohl die übergreifenden theoretischen Grundlagen als auch die Erklärungsansätze für die Entstehung Internaler Negativkonzepte sehr unterschiedlich sein können, wie wir im letzten Kapitel aufgezeigt haben, gibt es vor allem im therapeutischen Vorgehen zunehmend Gemeinsamkeiten.

Beim aktuellen Vergleich der drei Ansätze ist uns aufgefallen, dass sowohl die Verhaltenstherapie als auch die Integrative Therapie über ein breites Spektrum an therapeutischen Techniken verfügen. Dies ist für uns als Praktikerinnen in der Suchttherapie von großer Bedeutung, insbesondere vor dem Hintergrund der oft zwanghaft anmutenden Wiederholung internaler Negativkonzepte, sei es in Form von täglich wiederholten negativen Selbstzuschreibungen in Gedanken, sei es in entsprechenden Handlungen oder sich wiederholenden Beziehungsmustern oder aber in Arbeitshaltungen, die im Laufe eines Lebens zu häufigen Arbeitsstellenwechseln und damit verbundenen Versagensgefühlen und Beziehungsabbrüchen führen können.

Was die IT aus unserer Sicht jedoch als einen herausragenden Ansatz erscheinen lässt, ist das dezidiert Integrative. Die IT wurzelt in den verschiedensten Therapierichtungen, hat einen leibphilosophischen Bezug. Sie zeichnet sich aus durch ihre multiperspektivische Betrachtungsweise, das multi-modale Vorgehen in der Therapie. Bei der IT handelt es sich um ein phänomenologisch und sozial-wissenschaftliches tiefenhermeneutisches Verfahren. Ein solcher Hintergrund fehlt sowohl der Psychoanalyse als auch der Verhaltenstherapie.

Bei der Betrachtung der drei Vorgehensweisen in der Praxis ist festzustellen, dass das Vorgehen der Psychoanalyse sich hauptsächlich durch sprachliche Techniken auszeichnet. Hierbei wird eine bestimmte intellektuelle Fähigkeit vorausgesetzt. Die Verhaltenstherapie zeigt in ihrem therapeutischen Vorgehen dagegen einen größeren Fundus an therapeutischen Techniken. Hier werden Standardprogramme mit spezifischen, auf den Patienten zugeschnittenen Zugängen verbunden.

Die IT verfügt, abgeleitet von ihrem „theoretischen Überbau“ über eine Vielzahl therapeutischer kreativer Möglichkeiten für Menschen mit den unterschiedlichsten Fähigkeiten: Patienten mit Schwierigkeiten im sprachlichen Bereich finden zum Beispiel eine Alternative in den bildnerischen Medien oder in der Bewegung, fühlen sich in der Musiktherapie angesprochen oder durch meditative Techniken.

Ein konkreter Vorteil der IT liegt unseres Erachtens darin, dass durch die mehrperspektivische therapeutische Arbeit mehr Ansatzpunkte zu finden sind, um einen geschlossenen Kreis in eine Spirale (Symbol der IT) zu verwandeln, die damit den Fluss der menschlichen gesunden Entwicklung wieder erlaubt.

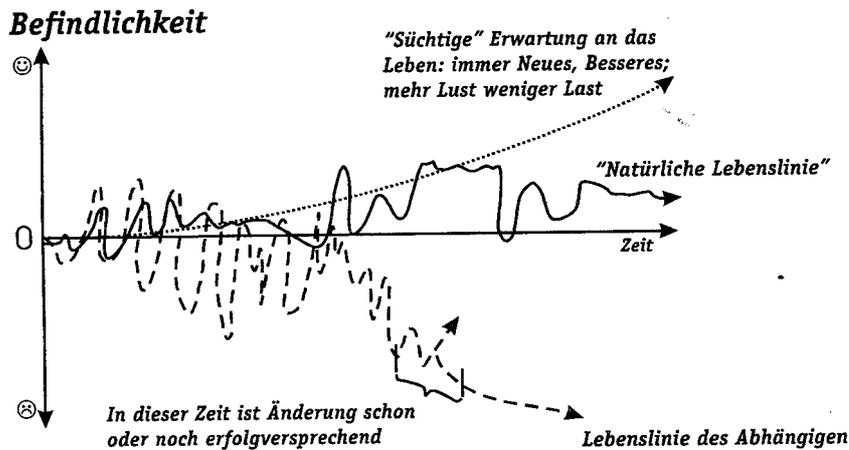
Der multimodale Ansatz der IT bietet die Möglichkeit, internalen Negativmustern konfliktzentriert-aufdeckend, stützend oder erlebnis- bzw. übungszentriert zu begegnen, gleichzeitig oder abwechselnd, und so internale Negativkonzepte auch über die sinnliche und emotionale Ebene aufzulösen, so dass benigne Narrative entwickelt werden können.

Es zeigt sich in der Praxis immer wieder, dass gerade durch den Gebrauch ungewöhnlicher, den Patienten vielleicht erst einmal irritierender Techniken Negativmuster nachhaltig ins Wanken gebracht werden und damit einer Veränderung und Auflösung zugänglich gemacht werden können.

Suchtmittelabhängigkeit und maligne Narrative haben gemeinsam, dass sie einerseits einen hohen Leidensdruck verursachen und äußerst selbstzerstörerisch bis hin zum Tod wirken können, gleichzeitig einen subjektiv vom Patienten empfundenen hohen „Krankheitsgewinn“ versprechen. Diese Ambivalenz, die oft für den Patienten selbst nur schwer zu erkennen ist, unterstützt die Verfestigung Internaler Negativkonzepte. Hinzu kommen häufig weitere Einschränkungen wie beispielsweise das hirnorganische Psychosyndrom bei chronischem Alkoholismus, das, wie in der Praxis immer wieder zu beobachten, zur Folge hat, dass der betroffene Patient besondere Schwierigkeiten hat, mit Veränderungen, insbesondere eigenen Verhaltensveränderungen umzugehen.

Gerade in diesem Zusammenhang wird deutlich, wie wichtig das Erlernen der fehlenden Lösungsstrategien in der Therapie von Alkoholikern ist. Hier ist nur als Beispiel die Relativierung der individuellen Erwartungshaltung zu nennen, wie sie Schneider sehr eindrücklich in seinem Diagramm der Befindlichkeit (S. 68) zeigt: Während Suchtmittelabhängige häufig erwarten, dass die Befindlichkeit im Leben immer besser, immer wieder neu, mit immer mehr Lust und weniger Last verläuft, entwickeln sich die tatsächliche „Lebenslinie“, d.h. die emotionale Grundstimmung, sowie soziale und psychische Rahmenbedingungen gleichzeitig konträr nach unten in den eher defizitären Bereich. Daneben stellt er die „natürliche Lebenslinie“ in Form ständiger Wechsel von Auf und Ab dar, so dass

sie letztendlich auf einer Geraden verläuft und damit das erfüllt, was man umgangssprachlich als die „gesunde Mitte“ bezeichnet. Mit diesem Diagramm wird auch den Betroffenen selbst in der Regel deutlich, was unter „süchtigen Verhaltensweisen“ zu verstehen ist und inwiefern sie eigene Verhaltensweisen, eigene Bewertungsmuster und Lebensinhalte ändern können.



Neben der Erwähnung der besonderen Schwierigkeiten im therapeutischen Vorgehen bei Internalen Negativkonzepten sollte jedoch eins nicht vergessen, sondern hier noch einmal ausdrücklich hervorgehoben werden: Internale Negativkonzepte sind nicht per se pathologisch. Gerade in einer Zeit des „manischen Positivdenkens“, wie Wilhelm Schmid in seiner „Einführung in die Lebenskunst“ (in: Schönes Leben?, 2000) die Gegenwart überschreibt, kann Negativdenken auch bedeuten, Dinge kritisch zu hinterfragen oder sich vor unangenehmen Überraschungen schützen zu wollen, indem man nicht unvorbereitet auf Negatives trifft. Schmid empfiehlt in diesem Zusammenhang eine Mischung aus Negativdenken, das sich Positivdenken erlaubt, und somit in einer heiteren gelassenen Stimmung in der Lage ist, sich das Leben schön zu machen, immer auch der Möglichkeit des Todes als Grenze bewusst, die jedoch ihrerseits das Geschenk des Lebens bewusster werden lässt.

Möglicherweise werden sich die verschiedenen therapeutischen Ansätze auch zukünftig weiter aneinander annähern. Insbesondere die zu erwartende Weiterentwicklung der Neurowissenschaften, die ja heute trotz weitreichender Fortschritte immer noch eine Vielzahl an Fragen offen lässt, wird hoffentlich weitere Verbindungen zwischen den Therapierichtungen schaffen.

Darüber aber, wie die zukünftige Therapiepraxis aussehen wird, lässt sich nur schwerlich eine Aussage machen. Pessimisten mögen vielleicht denken, dass aufgrund der wachsenden Erkenntnisse im Bereich der Neurobiologie die Psychotherapie ihr Ende findet und in eine ausschließliche Pharmakotherapie einhergehend mit neurobiologischen Rückprägungen, wie immer diese auch aussehen mögen, mündet. Der Mensch ist jedoch, gottlob, viel zu komplex, als dass er sich mit diesen „simplen“ Methoden so einfach therapieren ließe. Aus unserer Sicht wird es auch in Zukunft die Therapie, die sich mit den Tiefen des seelischen Befindens, der Bewältigung vergangener Lebensweisen, Erarbeitung von Zukunftsperspektiven verbunden mit Verhaltensänderungen geben und geben müssen, um Menschen dauerhaft in ihrer gesunden Entwicklung unterstützen zu können.

Dabei scheint uns die IT die wegweisende Therapieform zu sein, die eine Vielzahl von Methoden, Techniken und Perspektivebenen zur Verfügung stellt, und gleichzeitig so angelegt ist, dass sie auch weiterhin einerseits für neue Ansätze und Erkenntnisse offen bleibt, andererseits sich auch von überholten Ansätzen trennen kann, und die kontinuierliche kritische Hinterfragung der eigenen Ansätze bereits im Konzept verankert hat. Hier wird es in Zukunft noch darum gehen können, die einzelnen Standpunkte der verschiedenen spezifischen Zielbereiche, wie den Bereich der Suchtkrankenhilfe, noch klarer herauszuarbeiten, wozu diese Arbeit ein klein wenig beitragen soll.

Die IT ist aus unserer Sicht gerade im Bereich der Suchtkrankenhilfe, der insgesamt im Gesundheitswesen eine eher stiefmütterliche Position zugewiesen wird, überaus hilfreich. Sie hat auch hier die Flexibilität und Lernfähigkeit gezeigt, die einer humanistischen Psychotherapie zugrunde liegen sollte, bedenkt man den Werdegang seit Mitte der 60er Jahre und die Methoden, die zu dieser Zeit in der Suchtkrankenhilfe noch üblich waren. Von vielem hat sich die IT zu Recht distanziert und dies in der Schaffung einer umfassenden, den Menschen in seinem Sein überaus wertschätzenden Anthropologie, Ethik und Ontologie zementiert. Inwieweit sich die IT mit diesen Ansätzen im „Zeitalter der Sucht“ (Wilson-Schaefer 1989), das auf schnelle und einfache Bedürfnisbefriedigung drängt, weiterhin behaupten wird, bleibt abzuwarten. Wir wollen diesbezüglich optimistisch bleiben, nicht nur, um internalen Negativkonzepten *behind blue eyes* entgegenzuwirken.

8. Zusammenfassung:

Die Graduierungsarbeit setzt sich mit den verschiedenen Ansätzen der Psychoanalyse, kognitiven Verhaltenstherapie und der Integrativen Therapie zum Thema Internale Negativkonzepte auseinander. Es werden Grundlagen, Therapiemöglichkeiten sowie die Besonderheiten der genannten Therapierichtungen bei internalen Negativkonzepten in der Sucht- speziell der Alkoholismustherapie erarbeitet.

Im Exkurs werden suchtspezifische neurobiologische Grundlagen dargestellt und Zusammenhänge mit internalen Negativkonzepten hergestellt. Nach einem Vergleich zwischen den verschiedenen Therapierichtungen werden Zukunftsperspektiven bei internalen Negativkonzepten in der Alkoholismustherapie aufgezeigt.

Schlüsselwörter: internale Negativkonzepte, Psychoanalyse, kognitive Verhaltenstherapie, Integrative Therapie, Neurobiologie

Summary

The graduation thesis is dealing with the different positions of Psychoanalysis, Cognitive Behavior Therapy and Integrative Therapy concerning Internal Negative Concepts.

Fundamentals and possibilities of therapy as well as specific features of the named therapy positions concerning Internal Negative Concepts in the field of addiction- especially alcoholism therapy are worked out.

In the excursion addiction specific neurobiological fundamentals and connections with Internal Negative Concepts are explained. After a comparison with the different therapy positions, we are ending by showing future perspectives concerning Internal Negative Concepts in alcoholism therapy.

Key words: internal negative concepts, Psychoanalysis, Cognitive Behavior Therapy, Integrative Therapy, Neurobiology

9. Literatur

- Arieti, S., Bemporad J.: „Depression - Krankheitsbild, Entstehung, Dynamik und psychotherapeutische Behandlung“, Stuttgart, Klett-Cotta 1998
- Arnold W., Eysenck H.J., Meili R., „Lexikon der Psychologie“, Bd. I bis III, Augsburg, Bechtermünz Verlag 1996
- Bastine, R.H.E., „Klinische Psychologie“, Stuttgart; Berlin; Köln; Mainz; Kohlhammer-Standards 1984
- Beck, A.T., „Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose. Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen“, München, Pfeiffer 1976
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G., 1981, „Kognitive Therapie der Depression“, München, Psychologie Verlags Union, 3. Auflage 1992
- Beck, A.T., Wright F.D., Newman & C.F., Liese, B.S., „Kognitive Therapie der Sucht“, Weinheim, Psychologie Verlags Union 1997
- Bengel, J. „Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert“, BzGA, Köln 2001
- Bilitza, K.W. (Hrsg.) „Suchttherapie und Sozialtherapie“, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 1993
- Böning J., „Neurobiologische Perspektiven für die Suchtforschung und -behandlung am Beispiel des `Suchtgedächtnisses`“, in: Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Bd. 25, „Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen“, Geesthacht, Neuland 2002, S. 274-281
- Bundesministerium für Bildung und Forschung, „Suchtforschung auf neuen Wegen“, Bonn 2004
- Busch, W., „Großes Wilhelm Busch Buch“, Sonderausgabe für die Planet Medien AG, Zug 1997
- Ciupka B., Stein I., „Die Co-Morbidität von Sucht- und Zwangserkrankungen – Entwurf einer abgestimmten Behandlung“, in: Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Bd. 25, „Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen“, Geesthacht, Neuland 2002, S. 128-139
- Dorsch, „Psychologisches Wörterbuch“, Bern, Hans Huber 1991
- Fenichel Otto, „Psychoanalytische Neurosenlehre“, Bd. I bis III, Otten 1982
- Filipp, S.H. (1979), „Selbstkonzept-Forschung: Probleme, Befunde, Perspektiven“, Stuttgart. Klett-Cotta 1993 (3. Auflage)
- Fischer Tb-Verlag (Hrsg.): Freud, S., „Hemmung, Symptom und Angst“, Frankfurt 1991
- Fischer Tb-Verlag (Hrsg.): Freud, S. „Schriften zur Krankheitslehre der Psychoanalyse“, Frankfurt 1991
- Fischer Tb-Verlag (Hrsg.): Freud, S., „Das Ich und das Es“, Frankfurt 1990
- Flammer, A., „Erfahrungen der eigenen Wirksamkeit: Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung“, (Psychologie-Lehrbuch), Bern; Stuttgart; Toronto, Hans Huber 1990
- Gastpar M., Mann K., Rommelspacher H., „Lehrbuch der Suchterkrankungen“, Stuttgart, Thieme 1999
- Häsing. Stubenrauch. Ziehe (Hrsg.) „Narziß - ein neuer Sozialisierungstyp? Frankfurt 1981
- Heigl-Evers A., Helias I, Vollmer H.C. (Hrsg.). „Eingrenzung und Ausgrenzung“ Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 1993
- Heigl-Evers A., Helias I, Vollmer H.C. (Hrsg.), „Suchttherapie - psychoanalytisch-verhaltenstherapeutisch“, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 1991
- Heising G., Hensel B.F., Rost W.D., „Zur Attraktivität des `Bösen Objekts`“, Gießen, Psychosozial-Verlag 2002
- Hinsch, Pflingsten, „Gruppentraining sozialer Kompetenzen“, Weinheim, Beltz, Psychologie Verlags-Union, 3. überarbeitete Auflage, 1998
- Hornby, A S „Oxford Advanced Learner`s Dictionary of Current English“ Oxford University Press 2000
- Jung, M. „Seele-Sucht-Sehnsucht“, Lahnstein, Emu-Verlag 1999
- Kalkum, G., „Zettelkasten IT“, 2003
- Kanfer, F. H., „Basiskonzepte in der Verhaltenstherapie: Veränderungen der letzten 30 Jahre“, in: Hand, Wittchen 1989
- Klavington, Kenneth A. „Emotionen: Das Gefühl im Bauch“, in: Klivington, K.A.(Hrsg.), „Gehirn und Geist“, Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag 1992, S. 81-83
- Kniep, Ulrich W.H., „Anwendung zirkulärer Fragen zur Bearbeitung lähmender Schamgefühle“, in „Integrative Therapie“, Paderborn 2/2002, S. 171-174
- Koselleck, R., „Vergangene Zukunft“, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag 1989
- Kuntz, Helmut, „Der rote Faden in der Sucht. Neue Ansätze in Theorie und Praxis.“, Weinheim, Beltz TB 2000
- Laplanche J., Pontalis J.B., „Das Vokabular der Psychoanalyse“, Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag 1986
- Lindenmeyer J., Kolling R., Zimdars P., „Und ewig lockt das Suchtgedächtnis – Epositionsbehandlung bei Alkoholabhängigkeit“, in: Schriftenreihe des Fachverbandes Sucht e.V. Bd. 25, „Die Zukunft der Suchtbehandlung – Trends und Prognosen“, Geesthacht, Neuland 2002, S. 140-149
- Mahler, M. S., „Studien über die ersten drei Lebensjahre“, Frankfurt am Main, Fischer TB Verlag 1992
- Margraf, J. (Hrsg.) „Lehrbuch der Verhaltenstherapie“ Band 1-2, Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag 2000
- Mentzos, Stavros „Neurotische Konfliktverarbeitung“, Frankfurt am Main, Fischer TB Verlag 2000

- Michels, A., Müller, P., Perne, A., Rath, C. D., „Melancholie und Depression – Jahrbuch für klinische Psychoanalyse“, Tübingen, edition diskord 2003
- Osten, P., „Die Anamnese in der Psychotherapie“, 2. Auflage. München; Basel, E. Reinhardt 2000
- Petzold H.G., „Integrative Therapie Bd. 1 bis 3“, Paderborn, Jungfermann Verlag 2003
- Petzold H.G., Wille und Wollen, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 2001
- Petzold H.G., „Der Wille in der Psychotherapie“ Bd. 1 und 2, Göttingen 2003
- Petzold H.G., Sieper J. (Hrsg.), „Integration und Kreation“, Paderborn, Jungfermann Verlag 1996
- Petzold, H., Orth, I., Schuch, W., Steffen, A. (2000), „Integrative Therapie als „angewandte Anthropologie“ – Theorienbildung und Praxisstrategien in der Konnektivierung von Menschenbild, Heuristiken und Wirkfaktoren im Rahmen der therapeutischen Beziehung“, (Schweizer Chartacolloquium II) auch in: Mitgliederrundbrief DGIB/DGIK 2/2000 u. 1/20001
- Petzold, H., „Zentrale Modelle und Kernkonzepte der „Integrativen Therapie““, Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“, 2002b
- Petzold, H. (Hrsg.). „Lebensgeschichten erzählen“, Paderborn, Junfermann 2003
- Petzold, H., Leuenberger, R., Steffan, A., in: Ambuehl et al. (Hrsg.), „Ziele der Integrativen Therapie“ 1998
- Pöppel, E., „Lust und Schmerz - Über den Ursprung der Welt im Gehirn“, Berlin, Sammlung Siedler 1993
- Rahm D., Otte H., Bosse S., Ruhe-Hollenbach H., „Einführung in die Integrative Therapie“, Paderborn, Jungfermann 1993
- Reinecker, H., Borg-Laufs, M. Ehlert, U., Schulte, E., Sogatz, S., Vogel, H., „Lehrbuch der Verhaltenstherapie“, Tübingen 1999
- Revenstorff, „Psychotherapeutische Verfahren – Band II: Verhaltenstherapie“, 3. Auflage, Stuttgart, Berlin, Köln, Verlag W. Kohlhammer 1996
- Rost, W.D. „Psychoanalyse des Alkoholismus“, Stuttgart, Klett-Cotta 2001
- Roth, H.J., „Narzissmus“, Weinheim, Juventa 1990
- Rothe F., Sbandi P. in: „Integrative Therapie“, Paderborn 2/2002, S. 154 ff.
- Rotter, J.B. „Internal versus external control of reinforcement“, American Psychologist 1990, S. 45, 489-493
- Scheurich, A., „Die Auswirkungen der Leistungsmotivation und der Stressverarbeitung auf die kognitive Leistung alkoholabhängiger Patienten – Eine Experimentelle Untersuchung“, Dissertation, Universität Tübingen 2002
- Scheurich, A. et al., „Neuropsychological Status of Alcohol-Dependent Patients: Increased Performance through Goal-Setting Instructions“, in: „Alcohol and Alcoholism“, Vol. 39, No 2, pp. 119-125, 2004
- Schmid Wilhelm, „Schönes Leben? – Einführung in die Lebenskunst“, Frankfurt, Suhrkamp Verlag 2000
- Schmitz, B. Schuhler et al. „Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen“, Lengerich, Pabst Science Publishers 2001
- Schneider R., „Die Suchtfibel“, Baltmannsweiler, Schneider Verlag Hohengehren 1998
- Schuch, W. (2000), „Grundzüge eines Konzepts und Modells Integrativer Psychotherapie“, Integrative Therapie 2-3/2000
- Schuch, W. (2002), „Integrative Therapie, in: Gestalttherapie: Forum für Gestaltperspektiven“, 16. Jahrgang, Heft 1/2002 Konzeption
- Sieper, J., Petzold, H., „Komplexes Lernen` in der Integrativen Therapie – Seine neurowissenschaftlichen, psychologischen und behavioralen Dimensionen“, in Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“, 2002
- Sing W., „Das Gehirn: Ein biologisches Lernsystem, das sich selbst organisiert“, in: Klivington, Kenneth A.(Hrsg.), „Gehirn und Geist“, Heidelberg, Spektrum Akademischer Verlag 1992, S. 174-179
- SKM Köln Infobroschüre: „Gesamtkonzept für den Fachbereich Drogen- und Aids-Hilfe“, 2001
- Staemmler F.M., „Therapeutische Beziehung und Diagnose“, München, Pfeiffer 1993
- Stahl T., „Triffst Du `nen Frosch unterwegs...- NLP für die Praxis“, Paderborn, Jungfermann 1995
- Stamenov, M., Gallese, V., „Mirror Neurons and Evolution of Brain and Language“, New York, Amsterdam: John Benjamins, 2002
- Walen, S.R., Di Giuseppe, R. & Wessler, R.L., „RET-Training. Einführung in die Praxis der rational - emotiven Therapie“, München, Pfeiffer 1982
- The Who (Townsend, P.): „Behind Blue Eyes“, von der LP „Who`s Next“, 1971
- Wilken, B. „Methoden der kognitiven Umstrukturierung“, Stuttgart; Berlin; Köln; Kohlhammer 1998
- Will, H., Grabenstedt, Y., Völkl, G., Banck, G., „Depression - Psychodynamik und Therapie“, Stuttgart, Kohlhammer 2000
- Wilson Schaef Anne, „Im Zeitalter der Sucht – Wege aus der Abhängigkeit“, Hamburg, Hoffmann und Campe 1989
- Wolinski, Stephen, „Die alltägliche Trance“, Freiburg, Lüchow 1999
- Yalom, Irvin D., „Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie – Ein Lehrbuch“, Stuttgart, Pfeiffer 1996
- Zimbardo P.G., „Psychologie“, Berlin Heidelberg New York Tokio, Springer-Verlag 1983