

# GraduierungsArbeiten

zur "Integrativen Therapie"  
und ihren Methoden

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

07 / 2004

## Die Bedeutung von Struktur in der Behandlung von suchtab- hängigen Menschen<sup>1</sup>

Gabriele Lorenz, Dipl. Sozialpäd. (FH), Heilpraktikerin  
nach HPG (Psychotherapie)

Graduierungsarbeit am Fritz Perls Institut FPI  
in den Ausbildungszweigen Integrative Suchttherapie  
und Integrative Soziotherapie

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der Europäischen Akademie für psychosoziale  
Gesundheit: Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold, Dr. Waldemar Schuch, MA, Prof. Dr. Johanna Sieper

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

Redaktion: Prof.Dr.phil. Johanna Sieper, Achenbachstrasse 42, Düsseldorf

e-mail: [Forschung.EAG@t-online.de](mailto:Forschung.EAG@t-online.de)

**Copyrightinweis:** Mit der Veröffentlichung gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Uebersetzung, an die FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der Auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

---

<sup>1</sup> Die Arbeit wurde als Graduierungsarbeit am Fachbereich Sozialtherapie, Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe bei der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit eingereicht.

*„Die Gestalt will vollständig werden. Wenn die Gestalt unvollständig ist, bleiben wir mit unabgeschlossenen Situationen zurück, und diese unabgeschlossenen Situationen drängen und drängen und drängen und wollen vollständig werden.“* Fritz Perls<sup>2</sup>

## **Vorwort**

Diese Graduierungsarbeit setzt einen äußeren Schlusspunkt in meiner therapeutischen Weiterbildung am Fritz Perls Institut. Mit Perls gesprochen schließt sich eine Gestalt, eine unerledigte Situation wird abgeschlossen. Ich möchte diese Gestalt jedoch nicht schließen ohne ein Wort des Dankes über die Begleitung und Unterstützung in der Zeit noch unfertiger Gestalt.

Ganz herzlich möchte ich mich bei meiner Tochter bedanken, die mich vor allem in den letzten Wochen meiner Ausarbeitung zwar in meiner körperlichen Präsenz erlebte, aber im Kontakt mit mir merkte, dass ich in völliger geistiger Involvierung den alltäglichen Dingen mehr oder weniger entrückt war. Sie sorgte bei allem Geist so manches Mal für mein leibliches Wohl, in dem sie ganz praktisch schmackhafte Essensgerichte in der Küche kreierte und Verständnis dafür hatte, dass sie weniger Aufmerksamkeit von mir bekam.

Mein besonderer Dank gilt meinem Lehrtherapeuten Kurt Funk. Durch sein nach außen getragenes Selbstverständnis von heilsamer Therapie wurden mir die „heilenden und fördernden Wege“ der Integrativen Therapie im Rahmen meiner soziotherapeutischen Ausbildung leiblich-sinnenhaft erlebbar, so dass sie mir heute als „innerer Gefährte“ im beruflichen und alltäglichen Kontext zur Seite stehen und mich begleiten. Seit ich mich speziell der Suchttherapie zugewandt habe, ist er mir in den letzten vier Jahren mit seinem fundierten theoretischen Wissen und seiner praktischen Erfahrung auf dem Gebiet der Suchtbehandlung ein kompetenter Lehrer und Berater gewesen.

Bedanken möchte ich mich auch bei meinem Supervisor Wolfgang Scheiblich. Er hat mir in der Reflektion meiner beruflichen Arbeit an schwierigen Punkten zur Exzentrizität und zu Einsichten verholfen und mir für meine praktische Tätigkeit in der ambulanten Gruppentherapie suchtkrankender Menschen wertvolle Ideen und Anregungen gegeben, die sich in dieser Arbeit wieder spiegeln. Im Rahmen meiner suchtttherapeutischen Ausbildung blicke ich gern auf seine Seminare zurück, da in ihnen die Konzepte der Integrativen Therapie praxisbezogen und theoretisch fundiert mit der Suchtarbeit verknüpft wurden.

Danken möchte ich auch den Menschen meiner beiden Weiterbildungsgruppen. In meiner Theoriegruppe (Jutta, Christel, Thea und Oliver) haben wir uns gerade in den ersten Jahren unserer soziotherapeutischen Weiterbildung gemeinsam mit der Sprache und den Konzepten der Integrativen Therapie „herumgeschlagen“, haben uns gegenseitig darin unterstützt, dass auch wir mit der Zeit in einem hermeneutischen Erkenntnisprozess verstehen und zu wachsender Sinnerfassungskapazität gelangen werden und haben dies schließlich im Gradierungskolloquium bewiesen. Gerne denke ich an die persönlichen Erfahrungen, Kontakte und Begegnungen in meiner soziotherapeutischen Weiterbildungsgruppe zurück. Sie ist mir zu einem „inneren Schatz“ geworden. In meiner suchtttherapeutischen Weiterbildungsgruppe konnte ich mit der Präsenz so vielfältiger persönlicher, kreativer und suchtttherapeutischer Kompetenz gemeinsam mit den anderen Kollegen lernen, mich austauschen und „nach getaner Arbeit“ mit ihnen viel Spaß und Freude erleben.

---

<sup>2</sup> Fritz Perls 7. Auflage 1989, S. 142

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	<b>4</b>	
<b>1. Theoretische Erklärungsmodelle von Abhängigkeit</b>	<b>6</b>	
<b>1.1. Neurobiologische Konzepte</b>		
<b>1.2. Lerntheoretische Konzepte</b>		
1.2.1. Klassisches Konditionieren	1.2.2. Instrumentelles Lernen	1.2.3. Stimulus-Reaktions-Theorie
<b>1.3. Individualpsychologische Konzepte</b>		
<b>1.4. Kognitive Konzepte</b>		
<b>1.5. Psychodynamische Konzepte</b>		
1.5.1. Triebpsychologisches Modell der Sucht nach Radò		
1.5.2. Ich-psychologisches Modell der Sucht		
<b>2. Suchtverständnis der Integrativen Therapie</b>	<b>9</b>	
<b>2.1. Persönlichkeitsmodell der Integrativen Therapie</b>		
2.1.1. Selbst	2.1.2. Ich	2.1.3. Identität
<b>2.2. Suchttheoretischer Bezug zur Persönlichkeitstheorie</b>		
<b>2.3. Suchttheoretischer Bezug zum Identitätskonzept</b>		
<b>2.4. Gesundheits- und Krankheitslehre</b>		
<b>3. Sucht und Kontrolle</b>	<b>15</b>	
<b>3.1. Mensch und Kontrollbedürfnis</b>		
<b>3.2. Kontrolle und Gesundheit</b>		
<b>3.3. Kontrolle und Stress</b>		
<b>3.4. Vier-Stufen-Modell der Kontrollstrategien nach Flammer</b>		
<b>3.5. Kontrolle und Kontrollverlust des Suchtabhängigen</b>		
<b>4. Sucht und Realität</b>	<b>20</b>	
<b>4.1. Realitätsverzerrung im Therapieraum als co-abhängiges Phänomen</b>		
<b>4.2. Realität als Bezugsgröße für Strukturen und Grenzen im Therapieraum</b>		
4.2.1. Leistungsträger/Kostenträger		
4.2.1.1. Behandlungsziele	4.2.1.2. Behandlungskonzept	4.2.1.3. Behandlungsrahmen
4.2.2. Person des/der Therapeuten		
4.2.3. Person des/der PatientIn		
<b>5. Die Bedeutung von Struktur in der Suchtbehandlung</b>	<b>27</b>	
<b>5.1. Bedeutung von Struktur für die Persönlichkeit des Suchtkranken</b>		
5.1.1. Struktur im Sinne des menschlichen Kontrollbedürfnisses		
5.1.2. Struktur im Sinne Nachreifung der Persönlichkeit		
5.1.2.1. 2. Weg der Heilung und Förderung: „Nach- und Neusozialisation“ als strukturelles Merkmal der therapeutischen Beziehung		
5.1.2.2. „Stützstruktur: Hilfs-Ich		
5.1.2.3. Intervention als Struktur: „Partielles Engagement und Selektive Offenheit“		
<b>5.2. Bedeutung von äußerer Strukturierung in der ambulanten Behandlung am Beispiel der ARS Olpe</b>		
5.2.1. Struktur zur Entwicklung einer Therapiekultur		
5.2.1.1. Hausordnung/Regularien		
5.2.1.2. Behandlungskontrakt		
5.2.1.3. Therapievertrag		
5.2.2. Struktur zur Herstellung von Realitätsbezug		
5.2.3. Struktur zur Entwicklung von Awareness und Ko-responzenzfähigkeit		
5.2.4. Struktur zur Förderung von Bewusstseinsarbeit		
<b>5.3. Ausdruck heilsamer Wirkung von Struktur im Transfer auf die Alltagsrealität des Suchtkranken</b>		
5.3.1. Persönliches Souveränitätserleben		
5.3.2. Realitätsgewinn/Exzentrizität		
5.3.3. Selbstregulation		
5.3.4. Stabilisierung der 5 Säulen der Identität (nach Petzold)		
<b>Schlussbemerkungen</b>	<b>43</b>	
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>44</b>	

## Einleitung

Die Frage nach der Bedeutung von Strukturgebung in der pädagogisch-therapeutischen Begleitung, Betreuung und Behandlung von in irgendeiner Weise beeinträchtigten und gestörten Menschen begleitete mich wie ein roter Faden durch mein bisheriges berufliches Leben. In meinen praktischen Anfängen als Dipl.-Sozialpädagogin bewegte mich der Sinn von Strukturen und Grenzen vor allem in der unmittelbaren Beziehung zu den zum Teil schwer geistig und psychisch behinderten Menschen. In meiner Tätigkeit als Leiterin erhielt Struktur ihre Notwendigkeit und ihren Sinn in der konzeptionellen Differenzierungsarbeit. In meinem jetzigen Arbeitsfeld als Suchttherapeutin bekam ich die herausfordernde Gelegenheit, mit dem Team an der Weiterentwicklung des bestehenden Konzeptes für die Ambulante Medizinische Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankten in der Suchtberatungsstelle Olpe mitzuwirken. Unabhängig von meinem beruflichen Kontext begegneten mir im Zusammenhang mit der Bedeutung von Struktur auf institutioneller Ebene, auf der Seite der professionellen Helfer sowie bei der Klientel immer wieder ähnliche Fragen: Wie viel Maß an Struktur ist sinnvoll und notwendig in der professionellen Arbeit mit dem Menschen? Wird der Mensch durch Vorgabe an Strukturen und Regeln nicht seiner Verantwortung und Eigenständigkeit entmündigt? Es kristallisierten sich positive Annahmen aber auch Befürchtungen heraus, die u. a. wie folgt zum Ausdruck kamen:

- Strukturen und Regeln vernachlässigen die Individualität des Menschen.
- Strukturen und Regeln stören und beeinträchtigen unliebsam die Beziehungsarbeit.
- Strukturen und Regeln erschweren den Arbeitsalltag, da es Konsequenzen erfordert, wenn vom Rahmen abgewichen wird.
- Strukturen engen ein und verhindern Freiräume für die Institution, für den professionellen Helfer, für den Hilfesuchenden.
- Strukturen sorgen innerhalb eines Systems (Person, Gemeinschaft, Institution, Gesellschaft) für Ordnung. Ordnung wiederum macht die Welt für den Menschen verstehbar, da sie sich an Gesetzmäßigkeiten orientiert.
- Strukturen als Grundlage von Ordnung ermöglichen Vorhersehbarkeit und Berechenbarkeit im Alltag und im Kontakt, verhindern damit Willkür im Handeln.
- Strukturen als ordnender Rahmen schaffen Sicherheit und Bewegungsfreiheit.

Der Diskurs um die Bedeutung von vor allem äußeren Strukturen erzeugte ein Spannungsfeld, das, wie mir schien, insbesondere durch die Ausschließbarkeit des gleichzeitigen Vorhandenseins von Polaritäten genährt wurde. Die Annahme, dass Struktur Freiräume im Handeln ermöglicht, dem Menschen Verantwortung überträgt und ihn in seiner Individuation unterstützt, schien manchmal nur schwer denkbar. Die Vorstellung, durch Struktur im Arbeitsalltag zusätzlich belastet zu sein statt durch sie hilfreiche Handlungskompetenz zu erhalten, sorgte manches Mal für verzögerte Veränderungsbereitschaft. Die Widerstände und Ängste schienen auch die Ambivalenz des Menschen an sich wieder zu spiegeln, einerseits das Bedürfnis und den Wunsch nach Halt und Orientierung gebender Struktur zu haben, andererseits den Verlust von Autonomie und Individualität zu befürchten.

Der gemeinsame Diskurs in der Ko-respondenzgemeinschaft am jeweiligen Arbeitsplatz erwies sich jedes Mal als fruchtbarer Boden und Voraussetzung für die Entstehung von Struktur, die letztlich das Funktionieren eines Systems stützt, aber auch im Falle ihrer Verletzung ein System in seiner Funktion schwächt. Häufig verknüpft der Mensch mit dem Begriff „Struktur“ jedoch etwas Statisches, „Fertiges“, was wiederum Widerstand gegen das Vorhandensein von Struktur in ihm erzeugt. Der Begriff „Struktur“ wird in der vorliegenden Arbeit mit Bezug auf die Evolutionstheorie hauptsächlich in seiner dynamischen Qualität aufgefasst. Struktur wird verstanden als „statische Momentaufnahme eines spiralig verlaufenden synergetischen Prozesses“ (Rahm et al. 1999). Struktur ist für bestimmte Dauer tragende Ordnung eines Systems, bleibt in seiner Ganzheit eher längerfristig erhalten. In ihren Feinbereichen vollzieht sich aber in fortwährenden Austauschprozessen ständige Veränderung und Umbau. „In diesem Sinne kann man Struktur verstehen als eine Art Chronik, die sich selbst unter Mitwirkung aller Beteiligten weiterschreibt und dabei immer umfangreicher wird. In jedem Stadium, in dem sich ein System befindet, enthält seine Struktur daher seine gesamte Entwicklungsgeschichte, gewissermaßen als das Sediment, die Ablagerung aller vergangenen Austauschereignisse. Oder anders ausgedrückt: In jedem einzelnen Augenblick ist die Struktur eines Systems die Bilanz aus allem, „was es je erlebt hat“, und sie gestaltet auf dieser Basis die weitere Zukunft. „Strukturen wachsen so gleichsam aus der Vergangenheit über die Gegenwart in die Zukunft hinein“ (Rahm et al. 1999, S. 63).

In diesem Sinne verstehe ich die vorliegende Arbeit auch als das momentane Ergebnis und die Synergie eines eigenen Prozesses, vor dessen Hintergrund die Auseinandersetzung mit der Frage nach der Bedeutung von Struktur im Laufe der Jahre meiner Berufstätigkeit zu immer mehr Komplexität, zu „wachsender Sinnerfassungskapazität“ und Differenzierung an Erfahrungen und Erkenntnissen zu diesem Thema geführt hat.

Die vorliegende Arbeit untersucht speziell die Bedeutung von Struktur in der Behandlung von Suchtkranken. Sie richtet dabei ihren Fokus schwerpunktmäßig auf die Person des zu Behandelnden und stellt sich von dort ausgehend die Frage, in welcher Weise äußere Struktur Einfluss auf den inneren Prozess des Patienten und seine Gesundung nimmt.

Anmerkung: In dieser Arbeit wird durchgehend die männliche Anrede verwandt, um harmonisches Lesen zu ermöglichen. Frauen sind damit in gleicher Weise angesprochen.

# 1. Theoretische Erklärungsmodelle von Sucht

Zur Annäherung an das Ausgangsthema macht es an dieser Stelle Sinn, sich zunächst die Frage zu stellen, wie Wissenschaft die Entstehung von Sucht erklärt. Mit meinen nachfolgenden Ausführungen möchte ich die Vorstellung auf Konzepte konzentrieren, welche die Person, das Individuum in den Blick nehmen, wohl wissend, dass Abhängigkeit ein multifaktorielles Geschehen darstellt und dieser Überblick ohne Berücksichtigung des Blickes auf Gesellschaft und Substanz als weitere zentrale Faktoren für Sucht ein unvollständiger bleibt. Bei meinen Überlegungen zu der Frage nach der Wirksamkeit von Struktur in der Suchtbehandlung wird jedoch der „Ausgangsfaktor Person“ vorrangig eine zentrale Rolle spielen.

## 1.1. Neurobiologische Konzepte

Das dopaminerge Belohnungssystem ist nach neurobiologischer Forschung an der Entwicklung von Suchtverhalten beteiligt. Psychotrop wirksame Substanzen führen wie Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme oder sexuelle Aktivität zu einer Freisetzung des Neurotransmitters Dopamin. Neurotransmitter sind Botenstoffe des Nervensystems, die die Nervenzellen erregen oder hemmen. Dopamin sorgt u.a. für die Hemmung aversiver Affekte. Wissenschaftlich ist nachgewiesen, dass Kokain und Amphetamine direkt auf dieses Belohnungssystem wirken. Alkohol wirkt auf Umwegen auf dieses System ein.

Die Aktivierung des Dopamin-Systems („Belohnungssystem“) durch Konsum einer Droge führt zu einer *positiven Verstärkerwirkung* (reward), d.h. es kommt zu Sensibilisierungs- und Konditionierungsvorgängen, die das unwiderstehliche Verlangen nach der Droge (craving, psychische Abhängigkeit) auslösen. Der Neurotransmitter Dopamin produziert dabei nicht direkt Glücksgefühle oder Euphorie sondern steigert die Aufmerksamkeit für neue Reize und ist daran beteiligt, dass bestimmte Reize verstärkt wahrgenommen werden. Steigt die Konzentration von Dopamin, wird eine Reizsituation besonders betont und bei vorher neutralen Stimuli, die zeitlich und räumlich mit diesem Verstärker verknüpft werden, erhöht sich ihr situativer Anreizcharakter. Diese Lernvorgänge im „assoziativen Erinnerungssystem“ („Suchtgedächtnis“) erzeugen im Betroffenen den Wunsch nach wiederholtem Konsum der Substanz, nachdem ihre Wirkung als angenehm bewertet wurde. Diese Sensibilisierungsvorgänge sind auch dafür verantwortlich, dass nach Entzug und jahrelanger Abstinenz eventuell ein Rückfall ausgelöst wird, wenn der Suchtabhängige in Situationen gerät, in denen er früher bevorzugt Drogen konsumiert hat. Im Tierbereich hat man teilweise lebenslange Verhaltenssensibilisierungen nach wiederholter Amphetamin-, Kokain oder Opiatgabe festgestellt. Bei einem Rückfall erlebt der Suchtkranke die Reaktion auf einen Schlüsselreiz (z.B. den Geruch eines alkoholischen Getränks in der ehemaligen Stammkneipe) erfahrungsgemäß als ein stereotyp ablaufendes Verhalten mit Kontrollverlust. Der Reiz-Reaktionsbogen wird vom Suchtkranken dabei nur zum Teil oder gar nicht kognitiv erfasst. Nicht selten wird der Rückfall vor diesem Hintergrund als „plötzlich aufgetretenes Geschehen ohne erkennbaren Anlass“ von Betroffenen berichtet.

## 1.2. Lerntheoretische Konzepte

Lernpsychologische Konzepte verstehen Sucht nach den Lernprinzipien des Klassischen Konditionierens und des instrumentellen Lernens als eine Form von hochfrequentem Verhalten unter der Kontrolle starker Anreizbedingungen. Ausgehend von lerntheoretischen Konzepten wird hier die Frage nach messbarem und sichtbarem Verhalten gestellt sowie nach der Funktion, die der Alkohol- und Drogenkonsum für den Betroffenen erfüllen soll. Allen lerntheoretischen Modellen liegt eine gemeinsame Annahme zugrunde. Demnach ist z.B. exzessiver Alkoholkonsum ein gelerntes Verhalten, das durch neuerliches Lernen wieder beseitigt oder verändert werden kann.

### 1.2.1. Klassische Konditionierung

Frühe Theorien verstanden Abhängigkeit als Ergebnis einer Konditionierung im Sinne eines „bedingten Reflexes“ (Pawlow). Befriedigende Erfahrungen nach Einnahme psychotroper Substanzen bahnen die Bereitschaft und das Verlangen nach Wiederaufnahme des Konsums. Begleitumstände verknüpft mit den befriedigenden Erfahrungen können zu Auslösern werden, z.B. gleiche Örtlichkeit, musikalische Eindrücke, Gerüche, bestimmte Stresssituationen.

### 1.2.2. Instrumentelles Lernen

#### a) Positive Verstärkung

Durch Konsum einer psychotropen Substanz erreicht das Individuum einen Rauschzustand oder eine euphorisierende und enthemmende Wirkung (Belohnungs- bzw. positive Verstärkereffekte). Die Etablierung einer Verstärkerwirkung setzt in vielen Fällen eine Adaption an die Rauschmittel voraus, d.h. aversive Wirkungen müssen überwunden werden.

#### b) Negative Verstärkung

Psychotrope Substanzen können das Sucht- und Einnahmeverhalten des Individuums auch als negative Verstärker bekräftigen. Durch den Drogenkonsum wird ein aversiver Zustand verringert oder aufgeschoben, z.B. unangenehme affektive Zustände dysphorischer, depressiver oder ängstlicher Art, Schmerzen, Entzugssymptome.

#### c) Indirekte Verstärkereffekte

Die Verstärkerwirkung einer Droge kann durch indirekte Effekte etwa die Steigerung der Wirkung in Bezug auf soziale, affektive und sexuelle Reize (z.B. bei Cannabis) zustande kommen. Für die Verstärkerwirkung können auch andere funktionale Effekte, z.B. die Beeinflussung von Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsprozessen (Amphetamine, Kokain) oder auch die Provokation neuer Wahrnehmungsphänomene (LSD) von Bedeutung sein.

### 1.2.3. Stimulus-Organismus-Reaktions-Theorie

Hierbei ist der Stimulus irgendein Reiz, der auf einen Organismus trifft und der auch beobachtet werden kann. Das daran anschließende Geschehen im Organismus ist nicht beobachtbar. Vom Organismus geht aber wieder eine beobachtbare Reaktion (response) aus. Zum Beispiel: Beobachtbarer Stimulus = Zusammensein mit anderen Menschen auf einer Feier; nicht beobachtbare Reaktion = Anspannung, soziale Ängste; beobachtbare Reaktion = z.B. sich zurückziehen, erröten etc. Im Sinne dieser lernpsychologischen Theorie werden vom Menschen diejenigen Verhaltensweisen erlernt, die zur Verminderung von Spannungszuständen führen. Die Herabsetzung der Spannung, die in dem Beispiel durch soziale Kontakte erzeugt wird, kann das Individuum durch den Konsum von Alkohol erreichen. Die Spannungsminderung selbst wirkt belohnend, weil die Reaktion auf den Ursprungsreiz als erfolgreich erlebt wird.

### 1.3. Individualpsychologische Konzepte

Hier geht es um das Verständnis, unter welchen Umständen gesunde Individuen zum Gebrauch, Missbrauch oder zur Abhängigkeit von psychotropen Substanzen gelangen. Der Konsum von psychotropen Substanzen wird als ein erlerntes Verhalten beschrieben in Analogie zu anderen Lernprozessen, welche der Bewältigung innerer und äußerer Herausforderungen dienen. Zentraler Begriff ist „Stressbewältigung“. Der auslösende Stress kann *extern* (z.B. durch Unter- oder Überforderung), aber auch *intern* (z.B. Schuld-, Schamgefühle, Versagensängste) bedingt sein.

Eine andere Theorie sieht eine erhöhte Gefahr für den Konsum von Drogen bei „erhöhtem Erlebnishunger“ (sensation seeking). Unter dem Eindruck eines Defizits an emotionaler Selbstkontrolle, eines Defizits an Selbstwertgefühl, eines Defizits an sozialer Akzeptanz werden Drogen vor diesem Hintergrund mit dem Ziel der Verbesserung der Befindlichkeit vom Individuum eingesetzt.

### 1.4. Kognitive Konzepte

Die kognitive Therapie geht von der Annahme aus, dass emotionale Belastungen sich in einem Teufelskreis aus irrationalen und verzerrten Annahmen über die eigene Person oder die Umgebung ergeben und verstärken. Wichtige Kennzeichen solcher pathogener Überzeugungen sind:

- Übertreibung
- Starrheit
- Mangelnde Kontrolle durch Erfahrung
- Übergeneralisierung

Irrationale Ueberzeugungen (z.B. bei Depressionen) können emotionale Missbefindlichkeiten provozieren und auf diese Weise Suchtmittelkonsum bedingen. Eine erfolgreiche Behandlung der depressiven Störung hätte hiernach indirekten Einfluss auf den Suchtmittelkonsum. Ebenso können irrationale Ueberzeugungen sich direkt auf die Haltung des Abhängigen zum Suchtmitteln beziehen, z.B. „Ich bin meinen Gefühlen hilflos ausgeliefert!“, „Ich benötige die Droge, um normal zu fühlen!“ und einen Ausstieg aus der Sucht und ein abstinenteres Leben erschweren.

## **1.5. Psychodynamische Konzepte**

Zum Verständnis der *individuellen Psychodynamik* der Abhängigkeitsentwicklung werden tiefenpsychologische Konzepte hinzugezogen. Unter psychodynamischen Aspekten wird hierbei Abhängigkeit als Symptom und Ausdruck tiefer liegender Konflikte oder als Selbstheilungsversuch einer vorgeschädigten Persönlichkeit begriffen.

### **1.5.1. Triebpsychologisches Modell nach Radò – Sucht als Ausdruck eines Konflikts**

Die Grundlagen des psychodynamischen Suchtverständnisses wurden von dem Ungarn Sandor Radò (1926) entwickelt. Radò betrachtete Sucht als eine Art künstlichem Reizschutz nach innen (Triebwünsche) und nach außen (Anforderungen der Realität), wonach das Ich mit der Droge vor Schmerz und Depression geschützt wird. Er erkannte, dass Rauschgifte nicht in erster Linie Lust erzeugen sondern vor allem wegen ihrer beruhigenden, schmerzstillenden und bewusstseinsverändernden Wirkung Gefühle von Unlust beseitigen. „Auslöser für die Suchtentstehung ist eine Initialverstimmung, die `eine hohe Unlustspannung und gleichzeitig eine hochgradige Intoleranz gegen Unlust´ zeigt. Die Hauptwirkung des `pharmakogenen Lusterfolges´ besteht dann in der Erlösung von der Unlustspannung. Es kommt zum Rausch als einem sprunghaften Anstieg des Selbstgefühls, [...] Reaktion des Ichs auf den Lusterfolg [...]. Zugleich ist der Rausch auch die Regression des Ichs auf seine narzisstische Urgestalt.“ (Rost 6. Auflage 2001, S. 42) Das schwache Ich ist nicht in der Lage, ein stabiles Selbstgefühl herzustellen. Dies geht mit Versagens- und Ohnmachtgefühlen einher. „[...] `das Ich vergleicht im Geheimen seine aktuelle Ohnmacht mit seiner narzisstischen Urgestalt, die in ihm als Ideal fortlebt, [...] sehnt sich nach Wiedererlangen seines alten Formats´.“ (Rost 6. Auflage 2001, S. 42) Der pharmakogene Lusterfolg stellt die frühkindliche Omnipotenz wieder her. Nach dem Rausch folgt jedoch wieder die Ernüchterung und die Initialverstimmung kehrt verstärkt zurück. Ängste, Schuld- und Versagensgefühle lösen erneut den Wunsch aus, die berauschende Wirkung verbunden mit den narzisstischen Omnipotenzgefühlen wieder herzustellen. Rausch und Wiederkehr der pharmakogenen Verstimmung wechseln einander ab. Das Ich erhält sein Selbstgefühl nur noch künstlich durch die Droge. Realität rückt in seiner Lebensführung immer mehr in den Hintergrund.

### **1.5.2. Ich-psychologisches Modell der Sucht: Droge als Selbstheilungsmittel**

*Ich-psychologische Modelle* (Krystal & Raskin 1983, Heigl-Evers 1980) gehen beim Abhängigkeitserkrankten von einer vorgeschädigten Persönlichkeitsstruktur aus und betonen die so genannten Ich-Funktions-Defizite bei Abhängigen. Durch mangelnde Förderung und Empathie in der Kindheit konnte kein stabiles Ich entwickelt werden. Die Ich-Funktionen entwickeln sich bis zum vierten Lebensjahr. Wichtigste Entwicklungsaufgabe, die das Kind in dieser Zeit leisten muss, ist die Fähigkeit, sich als eigenständige Person mit einem eigenen Ich-Bewusstsein zu erleben. Diese erfolgreiche Trennung von der primären Bezugsperson hat aus psychodynamischer Sichtweise beim Abhängigen nicht stattgefunden. Der Erwerb von Fähigkeiten zur Regulierung und Differenzierung von Affekten, zur Differenzierung von Bedürfnissen, zur Impulskontrolle sowie die Entwicklung zur Frustrationstoleranz fanden nur unzureichend statt. Starke, undifferenzierte Spannung, körperliches Missempfinden, diffuse Unlustgefühle, die vom Betroffenen nicht nach Herkunft und Entstehungszusammenhängen differenziert werden können, sind häufig genannte Erlebnisqualitäten des Suchtkranken und bedeuten Reizüberflutung, da sie entweder eine Gefährdung der Regulierung der inneren Sicherheit, z.B. des Selbstwertgefühls oder der äußeren Sicherheit, z.B. der Beziehung zu anderen beinhalten. Geringe Frustrationen reichen oft aus, um einen Regressionsprozess mit starken affektiven Reaktionen auszulösen, der für den Abhängigen eine große Bedrohung darstellt. Suchtmittelkonsum wird vor diesem Hintergrund zum Selbstheilungsversuch, da keine adäquaten differenzierten Fähigkeiten zur Bewältigung und zur Verarbeitung der starken Affekte zur Verfügung stehen. Der Selbstheilungsversuch dient also der Betäubung und Regulierung unerträglicher Affekte sowie einer Verstärkung des Reizschutzes gegen innere und äußere Einflüsse.

Die Ich-Funktions-Defizite bei suchtkranken und in diesem Sinne frühgestörten<sup>3</sup> Menschen, lassen sich nach HEIGL-EVERS wie folgt zusammenfassen (vgl. Heigl-Evers, 2002):

- Mangelnde Frustrationstoleranz in Bezug auf Bedürfnisbefriedigung. Dies geht gleichzeitig mit einer mangelnden Impulskontrolle einher.
- Herabgesetzte Affekttoleranz. Unangenehme und widersprüchliche Gefühle und Erfahrungen werden kaum ausgehalten.
- Mangelhafte Reizschutzschranke. Überstimulierungen und Überflutung mit Affekten wie z.B. Angst, Leere, Hoffnungslosigkeit. Das Suchtmittel dient der Impuls- und Affektsteuerung.
- Undifferenzierte Objekt- und Selbstrepräsentanzen. Das Individuum hat keine klar getrennten Vorstellungen von sich selbst und den frühen Bezugspersonen entwickeln können. Objekt- und Selbstrepräsentanzen mit ihren positiven und negativen Anteilen konnten nicht zu einem einheitlichen Bild von sich selbst integriert werden.
- Mangelnde Introspektionsfähigkeit als Folge undifferenzierter Selbst- und Objektrepräsentanzen. Affekte werden daraus resultierend als bedrohlich und diffus erlebt.
- Hemmung und Unterdrückung von Affekten bzw. von Affektanteilen, das gleichzeitig mit einer ungenügenden Fähigkeit zur sprachlichen Identifizierung von Affekten bzw. einer ungenügenden „Affekt-Enkodierung“ verbunden ist.
- Mangelhafte „Fähigkeit zur Regression im Dienste des Ich“, z.B. die Fähigkeit zu Freude und Genuss, Lockerung der Kontrolle
- Mangelhafte Realitätsprüfung und Urteilsbildung. Eine verlässliche Unterscheidung zwischen Innen und Außen infolge der schwach ausgebildeten Ich-Grenzen und unzureichend gebildeten und voneinander abgegrenzten Selbst- und Objektrepräsentanzen fehlt weitgehend. Dies bedeutet gleichzeitig, dass die Möglichkeit zur Antizipation der Wirkung des eigenen Verhaltens auf das Erleben anderer Menschen eingeschränkt ist.

## 2. Suchtverständnis der Integrativen Therapie

„Drogenabhängigkeit ist eine komplexe somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Drogenabhängigen, sein soziales Netzwerk und seinen mikroökologischen Rahmen betrifft, beschädigt und - wenn sie lange genug wirkt – zerstört. Drogenabhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation, Ressourcenlage (...), ist nicht nur eine Erkrankung der Person insgesamt, sondern der Person in und mit ihrem Netzwerk. Das Netzwerk ist gleichfalls krank, und das Netzwerk gehört zur Person.“ (Petzold 1988, S. 150 - 151)

Diese Definition hat ihren Hintergrund im anthropologischen Menschenbild und der Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie.

### 2.1. Persönlichkeitsmodell der Integrativen Therapie

Die zentrale Aussage der Integrativen Therapie sagt über das Wesen des Menschen: „Der Mensch ist Körper-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und ökologischen Umfeld. Aus der Interaktion mit diesem gewinnt er seine *Hominität und Identität*.“ (Petzold 1991a, S. 21) Der Mensch ist in seinem Wesen ein *Koexistierender*, d.h. in wechselseitiger Bezogenheit mit den Mitmenschen, ein soziales Wesen. Die Persönlichkeit des Menschen entwickelt sich über die gesamte Lebensspanne, „*life span developmental approach*“ (vgl. Petzold 1992a) und im Lebensraum (Kontext/Kontinuum) durch Interaktionsprozesse, durch Ko-respondenz. Persönlichkeit ist nichts Statisches, sondern muss prozessual verstanden werden. Persönlichkeit unterliegt einem fortwährenden Wandel im Kontext und Kontinuum. Das Persönlichkeitsmodell in der Integrativen Therapie umfasst die Dimensionen „Selbst“, „Ich“ und „Identität“.

---

<sup>3</sup> Petzold spricht in diesem Zusammenhang von frühen Schädigungen, da „Störung“ nach den Konzepten der Integrativen Therapie eine spezifisch pathogene Stimulierung ist

### 2.1.1. SELBST (archaisches und reifes Selbst)

Das Leib-Selbst ist der ursprünglichste Teil der Persönlichkeit. Nach Petzold wird der Mensch als „archaisches Leib-Selbst“ (vgl. Petzold 1988, S. 156) geboren. Dieses archaische Selbst bildet sich bereits im mütterlichen Uterus auf der Grundlage des biologischen Körpers. Der Organismus des Neugeborenen ist ausgestattet mit der Fähigkeit wahrzunehmen (*perzeptiver Leib*) und sich zu erinnern (*memorativer Leib*) sowie mit der Fähigkeit, auf das Wahrgenommene mit Ausdruck zu antworten (*expressiver Leib*). Diese Grundfähigkeiten des Leibes können im Verlauf der Entwicklung und Sozialisation gefördert und/oder beeinträchtigt werden. Das archaische Leib-Selbst des Säuglings 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.

### 2.1.2. ICH (archaisches und reifes Ich)

Mit wachsender Funktionsreife der sensorisch-perzeptuellen, mnestischen und motorisch-expressiven Möglichkeiten des Leib-Selbst insbesondere mit den sich differenzierenden Hirnleistungen und den damit einhergehenden komplexen Lernprozessen entwickelt sich das archaische Leib-Selbst nach und nach von einem archaischen Ich zu einem reifen eigenständigen Ich. Die Ich-Funktionen des bewussten Wahrnehmens, Fühlens, Memorierens, Handelns und Denkens differenzieren die archaische Konfluenz durch Kontakt und schließen sich im Entwicklungsprozess zum reflexiven Ich zusammen. Durch allmähliche Lösung aus der konfluenten Bindung nimmt das reflexive Ich intersubjektive Beziehungen auf. Es ist jetzt gerichtet, besitzt die Fähigkeit zur Exzentrizität. „Das Ich nimmt das Selbst in den Blick. Es reflektiert in der Selbstreflexion das Selbst im Lebenskontext und im biographischen Kontinuum. Das Ich ist relational auf das Selbst und auf das Andere bezogen. Seine Identifikationen sind zugleich Differenzierungen, Kontakt, Angrenzung und Abgrenzung in einem. Das Ich ist ein Jetzt-Prozess, der sich im jeweiligen Wahrnehmen, Verarbeiten und Handeln konstituiert und der seine Stabilität durch das Leibs selbst und durch eine gewisse Permanenz des sozialen und ökologischen Umfeldes erhält. Das Ich ist in die Dynamik des Entwicklungsgeschehens im Lebenslauf eingelassen.“ (Schuch 2000, S. 174)

### 2.1.3. IDENTITÄT

Identität konstituiert sich im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum, also in dialektischen Prozessen, d.h. „... durch die Zuweisung aus dem Umfeld, welche ich erkenne, werte und verinnerliche, durch die Spiegelerfahrungen im Spiegel eines Gesichtes, das mir Freundlichkeit, Liebe und Zärtlichkeit zurückspiegelt und im Spiegel aus Glas, in dem ich mich und meine Stimmungen erkenne ...“ (Petzold 1988, S. 157) Das Ich des Kleinkindes gewinnt einerseits Bilder über das Selbst aus dem Selbsterleben und attribuiert diese dem Selbst. Andererseits erfährt das Ich im Sozialisationsprozess aus dem Außen Fremdattributionen und vergleicht diese mit vorhandenen Selbstbildern. Die Selbst- und Fremdattributionen werden mit dem biographischen Selbst- und Kontextwissen kognitiv eingeschätzt (*appraisal*) und emotional bewertet (*valuation*) und schließlich internalisiert.

Identität als Teil des reifen Selbst bedeutet hiernach:

1. mich selbst in meinem Wahrnehmen und Handeln erkennen („*Ego identity*“) und einschätzen, wertschätzen („*self appraisal*“)
2. Zuschreibung aus dem sozialen Umfeld, die ich wiederum bewerte („*appraisal*“) und verinnerliche („*social identity*“)

Die Identität des Menschen ruht auf 5 Säulen („Fünf Säulen des Supports“)

1. „Leiblichkeit“: Gesundheit bzw. Krankheit, Leistungsfähigkeit, Aussehen sowie erlebte oder angenommene Attraktivität etc.
2. „Soziales Netzwerk“: sozialer Kontext (Familie, Freunde, Kollegen usw.), Dichte und Stabilität des sozialen Netzes, der Beziehungsfähigkeit und Qualität der Kontakte
3. „Arbeit und Leistung“: Wahrnehmung der eigenen Leistungsfähigkeit und Leistungsbestätigung
4. „Materielle Sicherheit“: Grundbedürfnis des Menschen, Absicherung einer erträglichen Wohnsituation, einer überschaubaren Zukunftsperspektive etc.
5. „Bereich der Werte“: weltanschauliche und religiöse Überzeugungen, persönlicher Sinn, innere und ökologische Handlungsorientierung

## **2.2. Suchttheoretischer Bezug zur Persönlichkeitstheorie**

Bezogen auf die Persönlichkeitstheorie neigt der Suchtabhängige nach PETZOLD zu *pathologischer Konfluenz*. Suchtabhängige Menschen sind Menschen, „... die immer wieder von archaischen Gefühlen überflutet werden, die sich nicht abgrenzen können, es sei denn durch totale Isolation. Entweder sind sie ganz überfließend, überflutend, konfluent, oder sie sind ganz in der Isolation von Pseudowelten gefangen.“ (Petzold 1988, S. 156)

Die pathologische Konfluenz hat ihren Ursprung in sehr frühen Störungen der Mutter-Kind-Dyade, in der sich das Ich des Kindes aufbaut. Je nach dem, wann die Ich-Entwicklung des Kindes geschädigt wurde, können wir beim Suchtabhängigen später entweder eine gestörte Beziehung zur oder eine Fragmentierung der Eigenliebe, d.h. des Leib-Selbstes oder ein schwaches Ich oder/und eine gestörte Identität vorfinden. Der schmerzvolle und angstbesetzte Ablösungsprozess von der Mutter wurde nicht oder nur unbefriedigend vollzogen. Der Suchtabhängige ist auf das mütterliche Konfluenzerlebnis fixiert und bleibt von bestimmten, beschützenden Objekten abhängig. Er muss sich ein neues Bezugsobjekt suchen, er benötigt einen Ersatz, den er in der Droge findet. In der Annahme, dass er diesen neuen „Beschützer“ unter Kontrolle hat, kann der Abhängige seine Angst vor erneuten Verlust des Schutzobjektes aufgeben. Die ersehnte Konfluenz wird wieder hergestellt.

Die Droge versagt und enttäuscht jedoch immer wieder wie einst die Bezugsperson aus der Sicht des Kindes. „Die Sehnsucht nach Konfluenz macht es dem Abhängigen langfristig nahezu unmöglich, zwischen sich selbst und seiner Innenwelt einerseits und den Einflüssen und Anforderungen der Außenwelt andererseits Grenzen zu erkennen. Die Grundfähigkeit der Exzentrizität, der distanziierten Selbstbetrachtung, geht verloren, die Abgrenzung des Selbst zum Gegenüber, des Ich zum Du wird unmöglich.“ (SKM e.V. Köln 2002, S. 13)

## **2.3. Suchttheoretischer Bezug zum Identitätskonzept**

Suchtabhängige leiden unter einer nur sehr unvollkommen gelungenen oder gar misslungenen Identitätsbildung und -entwicklung. Die 5 Säulen der Identität sind meist brüchig, kaum tragfähig.

### **„Leib“:**

Leib ist oftmals durch Krankheit, körperliche und sexuelle Gewalt im Verlauf der Lebensgeschichte des Abhängigen beschädigt worden. Aber auch durch die Sucht erfährt der Leib Schädigungen (Hepatitis, Aids, Folgeerkrankungen bei chronischem Alkoholkonsum etc.). Sein Abbau beeinträchtigt das leibliche Wohlbefinden extrem und bedroht die Identität. Zusätzliche Schädigungen geschehen durch die mit der Sucht einhergehende Verelendung, Kriminalisierung und das Leben in der Prostitution.

### **„Soziales Netzwerk“**

Vor allem Drogenabhängige sind oft frühzeitig aus ihrem sozialen Kontext heraus gefallen, haben ihre Familien frühzeitig verlassen oder verlassen müssen als Folge einer gestörten Familiendynamik. Suchtabhängigkeit führt zur sozialen Isolation und Einsamkeit. Durch das „Abdriften“ in ein stigmatisierendes Milieu („Szene“, „Pennermilieu“) verliert der Abhängige seine schützenden, protektiven sozialen Anbindungen, die einen Aufstieg ermöglichen könnten.

### **„Arbeit und Leistung“**

Suchtabhängigkeit ist mit Arbeit und Leistung nach allgemeingültigem Verständnis schwer vereinbar. In den Karrieren von Abhängigen zeigen sich gehäuft Schulabbrüche, nicht abgeschlossene Ausbildungen, nicht genutzte Chancen beruflicher Qualifizierung. Eine positive Einstellung zu Arbeit und Leistung wird bei einem frühen Einstieg in die Abhängigkeitskarriere oft erst gar nicht entwickelt. Leistungsbereitschaft und -fähigkeit sind vielfach gering oder gar nicht ausgeprägt. Häufige Arbeitsplatzverluste sind die Folge vor allem bei Alkoholabhängigkeit.

### **„Materielle Sicherheit“**

Drogenabhängigkeit führt meist zur hohen Verschuldung und zum völligen Verlust ehemals vorhandener materieller Grundlagen. Damit fehlt die ökonomische Absicherung für Grundbedürfnisse wie Wohnung, Nahrung, Kleidung. Alkoholabhängige geraten bei chronischem langjährigem Alkoholkonsum in die finanzielle Verelendung, leben von der Sozialhilfe und sind oft obdachlos.

## „Werte und Normen“

Durch die Abhängigkeit gehen allgemein anerkannte Werte und Normen (Solidarität, gegenseitige Hilfe, Achtung vor dem Anderen, Mitgefühl, Wert des menschlichen Lebens, Selbstachtung und Selbstwert etc.) verloren. Die Droge ersetzt oftmals Gefühle von Sinnlosigkeit im Leben. Sie erhält damit einen zentralen Wert. Das Leben in der Drogenszene bedeutet die Internalisierung der Werte und Normen der Subkultur.

## 2.4. Gesundheit und Krankheit in der Integrativen Therapie

Die Integrative Therapie nimmt Gesundheit und Krankheit als miteinander korrespondierend in den Blick. Gesundheit und Krankheit bilden zwei untrennbare Größen in der Entwicklung und Lebensspanne des Menschen.

Mit Bezug auf das Identitätskonzept wird unter Gesundheit verstanden, wenn sich das Individuum innerhalb der 5 Säulen der Identität positiv und gesund entfalten kann. Gesundheit meint auch die Fähigkeit, „... dass der Mensch sich selbst, ganzheitlich und differentiell, in leiblich konkreter Verbundenheit mit dem Lebenszusammenhang (Kontext und Kontinuum) wahrnimmt und im Wechselspiel von protektiven und Risikofaktoren entsprechend seiner Vitalität/Vulnerabilität, Bewältigungspotentiale, Kompetenzen und Ressourcenlage imstande ist, kritische Lebensereignisse bzw. Probleme zu handhaben, sich zu regulieren und zu erhalten ...“ (Petzold 1993, S. 179).

In der Krankheitslehre der Integrativen Therapie wird differenziert zwischen der philosophisch-anthropologischen und der klinischen Perspektive. Die anthropologische Sicht von Krankheit geht bezogen auf die fünf Dimensionen der menschlichen Existenz, den Körper, die Seele, den Geist sowie die soziale und ökologische Umwelt von einer multiplen Entfremdung des Menschen zu sich selbst aus. Das Individuum verliert den Bezug zu seinen identitäts- und persönlichkeitsstiftenden Faktoren. „Entfremdung bedeutet Bedrohung oder Verlust des sinnlich-leiblichen Bezugs zu sich selbst, den Mitmenschen, der Lebenswelt, eine Versachlichung des Leib-Subjekts, die durch Haben und Machen bestimmt ist“ (Rahm et al. 1999, S. 87).

Aus klinischer Sicht wird Krankheit begriffen als „eine mögliche Qualität der Lebensprozesse des Leibsubjekts und seiner Lebenswelt. Sie kann im Verlauf des Lebens durch exogene Ketten schädigender Ereignisse, die das Bewältigungspotential und die Ressourcenlage des Individuums überlasten, verursacht werden oder/und durch endogene Dysregulationen und natürliche Abbauerscheinungen“ (Petzold 1992a, S. 558).

Entwicklungen, die zu einer psychischen Erkrankung oder Abhängigkeitserkrankung führen, sind nicht eindimensional-ursächlich zu verstehen. Es handelt sich dabei um ein komplexes Geschehen, an dem im Allgemeinen somatische, psychische und soziale Faktoren beteiligt sind. Petzold beschreibt eine *multifaktorielle Genese von Erkrankung*, wobei folgende Faktoren in Interaktion eine Erkrankung auslösen können (vgl. Petzold 1992a, S. 566, Abb. 4):

1. Genetische und somatische Einflüsse und Dispositionen: (mangelnde Vitalität, Konstitution, prä- und perinatale Schäden);
2. Entwicklungsschädigungen: in den ersten Lebensjahren und in der Lebensspanne (pathogene Stimulierungen): Defizite, Traumata, Störungen und Konflikte, welche die altersspezifischen Coping-Fähigkeiten massiv überschreiten; Stressphysiologie;
3. psychosoziale Einflüsse (Milieufaktor): schwacher sozioökonomischer Status, schwache soziale Netzwerke, problematische Konstellationen und Kommunikationsstile in der Herkunftsfamilie, Fehlen protektiver Faktoren und substitutiver Entlastung durch Supportsysteme;
4. Internale Negativkonzepte: negative Bewertungen (appraisal), negative Kompetenz- und Kontrollerwartungen, Selbstkonzepte, Lebensstile, Zukunftserwartungen, mangelnde Kreativität und Souveränität;
5. Negativkarriere im Lebensverlauf: negativer familiärer, freundschaftlicher und kollegialer Konvoi; gescheiterte Adoleszenz, destruktive Berufssituation, Partnerschaft, Familie, erworbene Muster des Scheiterns an Entwicklungsaufgaben, negative Ereignis-Ketten (chains of adverse events), ineffektive Performanz
6. Auslösende Akturfaktoren: unspezifischer Aktualstress, zeittextendierte Belastung (Entwicklungskrisen, Knick in der Lebenslinie, critical life events, Ressourcenverlust); pathophysiologische Veränderungen;
7. Diverse pathogene Einflüsse und ungeklärte Faktoren: delegierte Gefühle, Drogen;

### 2.4.1. Pathogenesemodelle der Integrativen Therapie

#### a) Modell der Entwicklungsnoxen aufgrund pathogener Stimulierung

Dieses Modell beschreibt Schädigungen aufgrund *pathogener Stimulierungskonstellationen* (vgl. Petzold, 1992a) im Entwicklungsverlauf, wodurch die sich entwickelnde Persönlichkeit mit ihren Dimensionen Leib-Selbst, Ich und Identität geschädigt wird, wenn sie über einen längeren Zeitraum auf den Menschen einwirken und nicht genügend Kompensation oder Substitution vorhanden ist. Zu diesen pathogenen Stimulierungskonstellationen gehören:

- Defizite (Unterstimulierung)
- Traumata (Überstimulierung)
- Störungen (zwiespältige, unklare, inkonsistente Stimulierung z.B. Double Bind)
- Konflikte, extern oder internalisiert (widerstreitende Stimulierung)

#### b) Modell der zeitextendierten, multifaktoriellen Be- und Überlastung (dis-stress)

Zur Annäherung an dieses Pathogenesemodell zunächst eine Definition der Integrativen Therapie von Überforderung: „Überforderung tritt ein, wenn Belastungssituationen und externalen Ansprüchen keine stützende Umwelt, zureichende äußere und innere Ressourcen und keine adäquaten Bewältigungsmöglichkeiten sowie keine ausreichende persönliche Stabilität gegenüberstehen, so dass die Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten des Individuums im Feld eingeschränkt oder blockiert und seine Fähigkeiten der Selbststeuerung beeinträchtigt oder gar außer Kraft gesetzt werden. Seine physiologische, psychologische, mentale und soziale Realität wird dysreguliert, wenn in der Überforderungssituation die bisherigen Muster nicht mehr greifen“ (Petzold 2000, S. 518).

Die Phänomene von Überstress bis hin zur Posttraumatischen Belastungsstörung können in diesem Zusammenhang als „eine Überforderung des Menschen mit seinem Kontext und seinen Bewältigungsmöglichkeiten in seinem Gesamtsystem“ gesehen werden (vgl. Petzold 2000). Die Traumaforschung betrachtet zeitextendierten Stress als einer der wesentlichen Krankheitsauslöser im Allgemeinen und der Sucht im speziellen. Während man als traumatischen Stress die Einwirkungen bezeichnet, die in einer Akutsituation die Copingkapazität überfordern, was zuweilen zu prolongiertem traumatischem Stress führt, kann ein nicht bewältigter traumatischer Stress zu einer PTBS führen, d.h. zu einer dauerhaften neurohormonalen Fehlsteuerung.

Bei vielen Suchtabhängigen findet sich eine „chronifizierte stress physiology“ (vgl. Petzold in: Uchtenhagen 2000). Aufgrund ihres durch die Abhängigkeit bedingten Kontextes/Kontinuums (z.B. brüchige kaum tragende Identitätssäulen) leben sie im Dauerstress oder Überstress. Beim zeitextendierten Stress und Über-Stress versagen die psychophysiologischen Regulationsmechanismen. Die Stressphysiologie lässt sich anhand von Muskeltonus, Atemfunktion, Puls und Blutdruck beobachten und geht mit hormonalen Auswirkungen einher z.B. einer chronisch überhöhten Cortisonausschüttung. Der Betroffene ist chronisch übererregt, hypersensibel. Ein Wechsel von Anspannung und Entspannung findet nicht mehr statt. Der situative Nutzen einer Stressreaktion, der in einer ursprünglichen Überlastungssituation im Sinne einer „emergency reaction“ gegeben und sinnvoll ist, geht verloren. Auf die Stressreaktion folgt kein Erholungsverhalten, in dem sich „wellness physiologie“ einstellt (vgl. Petzold et al. 2000).

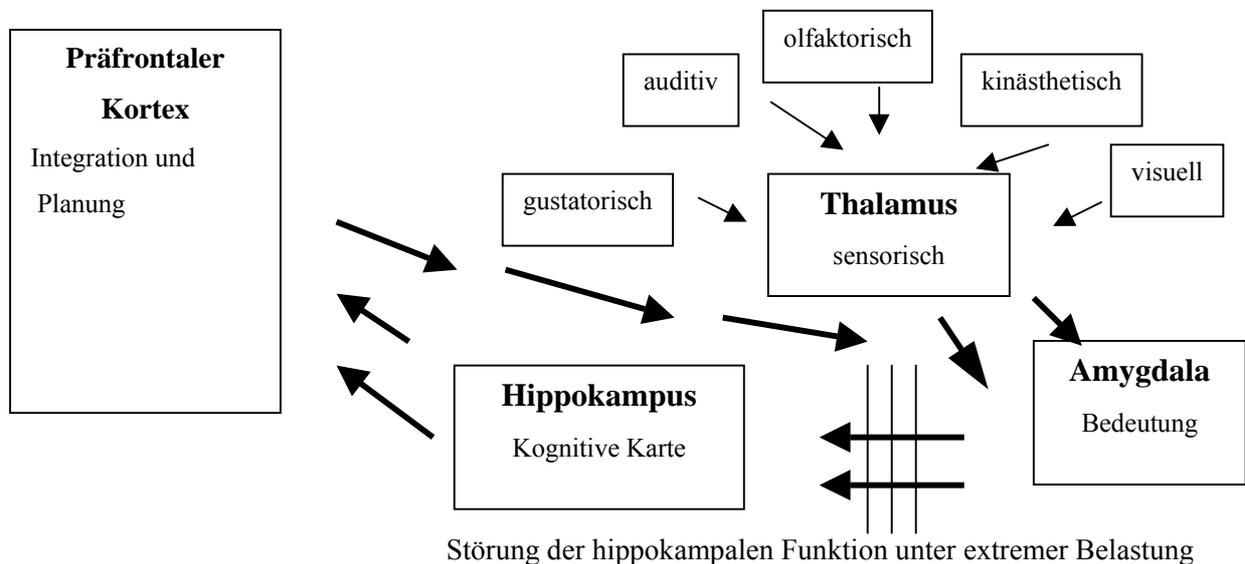
Der Konsum von Alkohol und Drogen übernimmt in dieser Überlastungssituation dann die Funktion der Stressreduzierung und des Selbstmedikationsversuches. An dieser Stelle wird der psychodynamische Prozess (siehe Punkt 1.5.2.) sinnvoll um die neurophysiologischen Faktoren erweitert. Es finden sich in Studien über Populationen mit Substanzmissbrauch auffallend gehäuft Berichte über Erlebnisse von sexueller und körperlicher Gewalt und Vernachlässigung in der Kindheit im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung (z.B. Hernandez & DiClemente 1992). Ebenso berichten traumatisierte Erwachsene von hohem Alkohol- und Drogenmissbrauch. Untersuchungen verschiedener Forscher (u. a. Jellinek & Williams 1987) sprechen von Alkohol als „der ältesten Medizin“ bei Schlafstörungen, Alpträumen und anderen intrusiven PTBS-Symptomen (vgl. van der Kolk 2000, S. 169 – 194).

### Exkurs: Physiologische Auswirkung und Verarbeitung von extremem Stress

Die physiologischen Auswirkungen von extremem Stress sind lange aus tierexperimentellen Studien bekannt. (Rasmusson, Charney 1997). Aus diesen Forschungsergebnissen hat man Rückschlüsse auf den Menschen gezogen und kam zu Erklärungen, wie vermutlich neurophysiologische Prozesse im Menschen bei extremer Belastung ablaufen.

Über die Sinne (Augen, Nase, Haut, Ohren) gelangen Informationen ins limbische System, in dem Thalamus, Amygdala, Hippokampus und präfrontaler Kortex gemeinsam an der schrittweisen Integration und Interpretation der eingehenden sensorischen Informationen beteiligt sind. Zwei spezielle Gebiete des limbischen Systems sind bei der Verarbeitung emotional geladener Erinnerungen beteiligt: Amygdala und Hippokampus. Die Amygdala ist am impliziten Gedächtnissystem (emotionales Gedächtnis) und damit an der Bewertung der emotionalen Bedeutung der eintreffenden Stimuli beteiligt. Nachdem die sensorische Information mit Bedeutung versehen wurde, reguliert die Amygdala das emotionale Verhalten durch Verbindung zum Hypothalamus und zum basalen Vorhirn. Hippokampus ist vor allem für das Kurzzeitgedächtnis wichtig, also für das kurzzeitige Festhalten eines Teils von Informationen im Gedächtnis, nachdem es dann im Langzeitgedächtnis verbleibt oder sofort vergessen wird. Das reibungslose Funktionieren des Hippokampus (Archiv, Vernetzung mit Sprachzentren, Thalamus und beiden Großhirnhemisphären) ist für das explizite bzw. deklarative Gedächtnis notwendig, welches sich auf die bewusste Wahrnehmung von Tatsachen oder Ereignissen bezieht, die der Betreffende erlebt hat („episodisch-biographisches Gedächtnis“). Explizites Gedächtnis beinhaltet andererseits vom Bewusstsein nutzbares kognitives Wissen („semantisches Gedächtnis“). Die Fähigkeit, aus Erfahrung zu lernen, hängt nach den bisherigen Erkenntnissen zumindest teilweise vom Funktionieren des Kurzzeitgedächtnisses ab. Hippokampus bestimmt auch, ob die neuen Stimuli Belohnung, Bestrafung, Neuheit oder keine Belohnung beinhalten.

Schematische Darstellung der Wirkungen emotionaler Erregung auf das deklarative Gedächtnis: (nach van der KOLK 2000, Ab. 10.1., S. 237).



Die über die Sinne eingehenden Informationen gehen, nachdem sie von der Amygdala emotional bewertet wurden, zum Hippokampus, wo sie mit Gedächtnisinhalten angereichert werden. Von dort aus werden sie zum präfrontalen Kortex weiter geleitet und wieder zurück. Im präfrontalen Kortex erfolgt kognitives *mapping* und *processing*. Die Integration eingehender sensorischer Informationen wird bei Übererregung gestört, indem präfrontaler Kortex und Hippokampus von der Amygdala „abgeschaltet“ werden, während die Amygdala selbst übererregt ist. Die Blockierung dient eigentlich zum Schutz von präfrontalem Kortex und Hippokampus, hat aber zur Folge, dass Informationen weder kognitiv noch mit Gedächtnisinhalten angereichert werden können. „Die Sinneseindrücke des traumatischen Ereignisses scheinen als „zersplitterte“ *Empfindungserinnerungen* und die Ereignisabläufe z. T. als inkohärente *scripts* in den entsprechenden Gedächtnisarealen gespeichert zu werden. Die bei normalem Ereigniserleben übliche Integration ist beeinträchtigt bzw. findet nicht statt. Diese „*traumatic stress physiology*“ macht viele Erscheinungen des Traumas verständlich: die Wortlosigkeit, die Auslösung von *flashbacks* durch bestimmte optische oder akustische Trigger, das plötzliche Auftreten von Schmerzzuständen und Missempfindungen.“ (Petzold et al. 2000, S. 507)

Eine Dauerblockade zwischen präfrontalem Kortex / Hippokampus und Amygdala kann zu einer irreversiblen Gewichtsabnahme des Hippokampus führen, wahrscheinlich aufgrund einer erhöhten Kortisolkonzentration, die toxische Wirkung auf den Hippokampus ausübt. Die Reduzierung der Hippokampusmasse bedingt nach Forschungsergebnissen eine Abnahme des Leistungsvermögens, der differenzierten Emotionalität, z.B. emotionale Abstumpfung und Resonanzlosigkeit (vgl. Petzold in: van der Kolk 2000) und der funktionellen kog-

nitiven Steuerung. Man hat bei Tieren aufgrund einer reduzierten Hippokampusfunktion eine „Verhaltensenthemmung“ (vgl. van der Kolk 2000) festgestellt, so dass diese auf eintreffende Stimuli im Sinne einer Notfallreaktion (Kampf oder Flucht) reagierten. Überträgt man diese Beobachtungen auf den Menschen, könnte eine veränderte Physiologie der Grund dafür sein, dass Menschen mit PTBS Schwierigkeiten haben, aufs Neue erregende Informationen aufzunehmen, sie zu verarbeiten und aus diesen Erfahrungen zu lernen. Van der Kolk spricht von „generalisierter Übererregung bei intensiven, aber an und für sich neutralen Reizen“ (vgl. van der Kolk 2000, S. 174) als eine abnorme Reaktion auf die Umwelt. Petzold benennt in diesem Zusammenhang die Notwendigkeit, dass der betroffene Mensch bzw. sein Körper umlernen muss, „er muss wahrnehmen, erfassen und verstehen, dass die „wilden Zeiten“ vorüber sind.“ (Petzold et al. 2000, S. 465)

### c) **Modell der Repression emotionaler, expressiver Impulse**

Dieses Modell erweitert das Stressmodell und geht von der Annahme aus, dass offener, angstfreier Ausdruck von Emotionen zu einer Reduzierung emotionaler Spannungen bzw. Überforderungsgefühlen führt. Umgekehrt bedeuten Repressionssituationen für den Menschen immer auch Stress. Das Modell greift die Verhinderung des emotionalen und motorischen Ausdrucks auf. Retroflexion, Selbstanästhesierung, Abspaltung (Dissoziation) gehen hiernach auf negative Ereignisse, Traumata und Resonanzmangel in sensiblen Phasen zurück.

Erläuterung des Repressionsmodells: (vgl. Petzold 1992a, S. 856)

Benigne/maligne Stimulierungen, belastende/entlastende Faktoren wirken als positive und negative „Impressionen“ auf das Leibsubjekt. In ihm werden physiologische Erregung, Affekte und mnestiche und valuierende Resonanzen ausgelöst (Erinnerungen an ähnliche bzw. kontrastierende Impressionen). Gleichzeitig werden die Eindrücke von der Person kognitiv bewertet und gefühlsmäßig negativ/positiv gewertet. Unter Einfluss dieser Komponenten entwickelt sich die Emotion, die nach außen in die Expression drängt und dort unterschiedlichen Resonanzen begegnen kann.

- a) Die ausgedrückte Emotion trifft auf positive Resonanz in der Außenwelt. Dies bewirkt eine zyklische Interaktion mit der Möglichkeit des Wachstums und benigne Progression:  
Impression → Erregung → Resonanzen → Emotion → Expression → die zur Impression beim Gegenüber wird → Außenresonanzen auslöst, die wiederum zur Expression/Impression im Leibsubjekt wird
- b) Die ausgedrückte Emotion geht ins Leere und bleibt ohne Resonanz und verhindert Entwicklung.
- c) Die ausgedrückte Emotion trifft in der Außenwelt auf repressive Qualität und der Kontakt-Zyklus nimmt einen krisenhaften Verlauf. Der expressive Impuls wird durch *externale Repression* (negative Sanktionierung, Bedrohung, Kritik) zurückgedrängt oder vom Individuum selbst zurückgenommen aufgrund *interner Repression bzw. retroflexiver Suppression* als Selbstrepression durch verinnerlichte Sanktionen und Normen:  
Impression → Erregung → Resonanzen → Emotion → Expression → ← Repression → Suppression → Depression

## 3. **Sucht und Kontrolle**

Wesentliche Kontrolle in seinem Leben zu entbehren, und das ist für den Suchtabhängigen der Fall, löst im Menschen in der Regel Gefühle von Hilflosigkeit aus und können langandauernd das Individuum sogar krank machen. Die somatische oder psychische Erkrankung eines Menschen ist immer auch Ausdruck einer Krise im Leben des Betroffenen. Die Krise selbst wird von den meisten Menschen als ein unkontrollierbares labilisierendes Geschehen erlebt. Der suchtabhängige Mensch, der schließlich in einer Krisensituation unsere professionelle Hilfe sucht, möchte die Kontrolle über sein Leben wieder zurück gewinnen, wieder handlungsfähig werden, damit verbunden seine Probleme lösen, dazu Ressourcen aktivieren. In diesem Zusammenhang erscheint es sinnvoll, zunächst die Bedeutung der Kontrolle für den Menschen näher zu untersuchen.

### 3.1. Der Mensch und das Kontrollbedürfnis

Der Berner Psychologieprofessor August FLAMMER hat die unterschiedlichen Aspekte und Bedeutungen von Kontrolle und ihren Bezug zum menschlichen Leben untersucht. Flammer nimmt ein angeborenes *Kontrollgrundbedürfnis* des Menschen an, welches sich in Form vielfältiger inhalts- und zielgerichteter Kontrollbedürfnisse manifestiert. Im Austausch und in der Interaktion mit seiner ökologischen und sozialen Lebenswelt ist der Mensch nicht nur förderlichen Reizen ausgesetzt. In der Interaktion mit der Welt erfährt der Mensch seine eigenen Grenzen und seine eigene Verletzbarkeit. „Die (physikalische) Welt hat den Menschen nicht erwartet, sie sucht ihn nicht, auch die soziale oft nicht; es bestände also die Gefahr der Abkoppelung<sup>4</sup>, wäre der Mensch nicht selbst und aktiv auf den Kontakt mit der Welt aus, mehr noch: würde er sich nicht anstrengen, sie sich auch 'gefügt' (d.h. essbar, umgänglich, bequem, interessant etc.) zu machen“ (Flammer 1990, S. 116).

Das Kontrollbedürfnis des Menschen begreift Flammer:

- als eine Strategie, trotz widriger Lebensumstände seine aktuellen aber auch mittel- bis langfristige Ziele im Blick zu behalten und zu verwirklichen, wobei der Mensch seine Ziele geplant verfolgt und aufgrund seiner Lerngeschichte gelernt hat, bei Widrigkeiten sein Handeln hinsichtlich seiner Ziele und seines Wohlbefindens immer wieder neu auszurichten. Für den Menschen ist es hiernach „[...] funktional, immer möglichst viel Kontrolle zu behalten, damit er seine Interessen jederzeit möglichst wirkungsvoll anstreben kann.“ (Flammer 1990, S. 117)
- als Strategie im Sinne eines Selbsterhaltungstriebes, d.h. ein positives Bild über sich selbst zu erhalten (positives Selbstwertgefühl). Die Kontrolle zu haben wird vom Individuum erlebt als Kompetenz, als Stärke, Gesundheit etc., also positiv erlebte Werte. Hiernach ist davon auszugehen, „[...]“, dass der Mensch nach einem Selbstbild strebt, in dem er sich selbst möglichst mit Kontrolle ausgestattet weiß.“ (Flammer 1990, S. 118)
- als Strategie der positiven Selbstdarstellung vor anderen, d.h. dem Menschen geht es nicht nur um ein positives Selbstbild, er möchte auch seinen Mitmenschen ein gutes Bild von sich vermitteln. Der Mensch wendet sich eher Mitmenschen zu, die sich nicht hilflos fühlen, deshalb scheint es einleuchtend zu sein „[...]“, dass Menschen sich als kontrollierende darstellen möchten.“ (Flammer 1990, S. 118)

Das Kontrollbedürfnis des Menschen wird befriedigt, wenn er möglichst vielgestaltige Erfahrungen „selbst herbeigeführter angezielter Wirkungen“ macht. Diese Erfahrungen sind für die Befriedigung des Kontrollbedürfnisses nach Flammer aber nur bedeutsam, wenn sie nicht als einmalige Erfahrung erlebt werden, „[...]“ sondern als wiederholbare, als Indikatoren dafür, dass man sich in einem Handlungsraum zieleffizient verhalten kann, dass man selbst Kontrollkompetenz besitzt und sich in einer entsprechend kontrollierbaren Situation befindet oder sich in eine solche begeben kann. Was darum wirklich zählt, ist die Meinung, Kontrolle zu haben.“ (Flammer 1990, S. 118)

### 3.2. Kontrolle und Gesundheit

Prof. August Flammer beschreibt in seinen Ausführungen über die Erfahrung der eigenen Wirksamkeit, dass eine geringe Kontrollmeinung, d.h. der Glaube einer Person, in einer Situation geringe Kontrolle zu haben, ein möglicher Faktor für die Entstehung von Krankheit z.B. Depression sein kann. Demnach trägt ein ausreichendes Maß an Kontrolle zum Wohlbefinden und zur Gesundheit eines Menschen bei bzw. *internale* Personen (Menschen mit hoher Kontrollmeinung) verhalten sich im Krankheitsfall weniger passiv und tragen besser Sorge für ihre Gesundheit. Diese Aussage wird durch Untersuchungen verschiedener Forscher belegt (Straits & Sechrest 1963, James, Woodruff & Werner 1965) Ergebnisse verschiedener Untersuchungen auf die sich Flammer bezieht, sprechen dafür, dass internale Kontrolle bzw. die Meinung relativ hoher eigener Kontrolle zielgerichtetes Verhalten ermöglicht oder einleitet, z.B. dass sich eine Person im Krankheitsfall durch Fragen und Lesen mehr Informationen über ihre Situation einholt und auf diese Weise aktiv Gesundheitsprozess mitwirkt.

---

<sup>4</sup> siehe auch: Anthropologische Krankheitslehre und der Begriff der „multiplen Entfremdung und Verdinglichung“ (Petzold 1992a)

### 3.3. Kontrolle und Stress

Die bisherigen Ausführungen machen deutlich, dass eine hohe Kontrollmeinung gesundheitserhaltende und gesundheitsfördernde Prozesse in einer Person in Gang setzt. Mit Bezug auf das von Flammer unterstellte Kontrollbedürfnis des Menschen beinhaltet Stress für die Person, ihre Ziele nicht oder nur noch eingeschränkt verfolgen zu können, da innere und äußere Ressourcen nicht mehr ausreichen, die unumgänglichen Anforderungen zu bewältigen. Dies bedeutet im Umkehrschluss, *bewältigbare Anforderungen* sind *kontrollierbare Anforderungen*.

In diesem Zusammenhang ist auf Aaron ANTONOVSKY Salutogenese-Konzept vom „sense of coherence“ zu verweisen und meint eine geistige Haltung im Individuum von der *Sinnhaftigkeit*, *Verstehbarkeit* und *Bewältigung/Handhabbarkeit* der Welt, welches einen hohen protektiven Faktor für die Erhaltung von Gesundheit im Menschen darstellt.

Nach Flammer schützt eine Steigerung der Kontrolle vor Stress während eine geringe Kontrollmeinung in der Person eher Gefühle von Überforderung erwarten lässt. „Critical life events“, so genannte einschneidende aktuelle Lebensereignisse (z.B. Verlust eines nahen Angehörigen, Verlust des Arbeitsplatzes) stellen eine besondere Form von Stress dar. Auch hier sagen Untersuchungen (z.B. Filipp 1981, Hautzinger 1984), dass eine hohe Kontrollmeinung eine positive Rolle bei der Bewältigung solcher Ereignisse spielt.

### 3.4. Vier-Stufen-Modell der Kontrollstrategien nach Flammer (1985)

Flammer postuliert ein „Vier-Stufen-Modell der Kontrollstrategien“, das die zeitlich aufeinander folgenden Reaktionen eines Individuums in Situationen beschreibt, in denen persönliche Bedürfnisse mit den Realitäten der Welt nicht übereinstimmen. Flammer geht hierbei hauptsächlich von zwei Kontrollarten aus, der *primären* und der *sekundären* Kontrolle. Primäre Kontrolle findet zeitlich vor der sekundären Kontrolle statt und hat Priorität, d.h. das Individuum strebt immer erst nach primärer Kontrolle, in dem es gezielt Einfluss auf die Situation nimmt. Das Modell der Kontrollstrategien umfasst vier Stufen in der Annahme, dass keine Kontrollstrategie angewandt wird, bevor nicht die vorausgehende Stufe von der Person ausprobiert worden ist:

- a. Direkte Kontrolle
- b. Reaktanz / indirekte Kontrolle
- c. Sekundäre Kontrolle
- d. Kontrollverlust/Kontrollverzicht

#### a) Direkte Kontrolle

Die *direkte Kontrolle* ist eine Form primärer Kontrolle. Flammer spricht von der direkten Kontrolle als einer *bewussten zielbezogenen Handlung* des Menschen, d.h. Kontrolle bezieht sich auf angestrebte Zustände (z.B. abstinenten Lebensweise) oder Veränderungsprozesse (z.B. Wiedereinstieg in den Beruf nach der medizinischen Rehabilitation). Die Ausübung von Kontrolle erfordert *Wirksamkeit*. In diesem Zusammenhang hat Kontrolle eine objektive und eine subjektive Seite. Tatsächliche und von außen feststellbare Wirkungen sind objektiv. Subjektiv hingegen ist die Kontrollmeinung einer Person, d.h. der Glaube einer Person um ihre Kontrollmöglichkeiten und Grenzen.

Zur Kontrolle gehört nach Flammer die *Handlungsfreiheit*, d.h. der Mensch nimmt Handlungsalternativen wahr und entscheidet sich für die Ausführung einer davon. *Macht* bedeutet für Flammer Kontrolle. Er unterscheidet hierbei: 1. die „Macht“ mit „Kontrollvorteil gegenüber anderen“ (vgl. Flammer, S. 170). Ein solcher Kontrollvorteil entsteht durch günstige Ausgangslagen wie materielle Güter, Wissens- und Informationsvorsprung (z.B. Arzt-Patient-Beziehung), Performanzen (z.B. entwicklungsbedingte Fertigkeiten), Persönlichkeitseigenschaften (z.B. für Andere oder einen selbst attraktive Eigenschaften) 2. Soziale Macht im weiteren Sinn, d.h. die Kontrolle über andere Menschen (z.B. „Macht“ der Eltern über das Neugeborene oder über die alten und kranken Eltern) und 3. Soziale Macht im engeren Sinn, d.h. die Kontrolle über die Kontrolle Anderer

#### b) Reaktanz / indirekte Kontrolle

Nach Flammer ist Reaktanz eine positiv zu bewertende Bewältigungsstrategie und zielt darauf ab, Kontrolle in frustrierenden Situationen zu ermöglichen. Sie dient so dem Wohlbefinden und der Gesundheit des Individuums. Reaktanz tritt vor allem dann auf, wenn die Person „eine hohe Meinung über die eigenen Kompetenzen hat“ (Flammer 1990, S. 132).

Bei den Bedingungen, welche Reaktanz auslösen, stützt sich Flammer auf Parameter der reaktanzauslösenden Situationen von WORTMAN & BREHM (1975):

1. Freiheitserwartung, d.h. die antizipierte Erwartung von Kontrollmöglichkeiten
2. Ausmaß der Bedrohung, d.h. der erlebten Einschränkung
3. Subjektive Wichtigkeit einer Kontrollmöglichkeit. Hierbei kann Freiheitsversagung eine Tätigkeit oder einen Gegenstand erst wichtig machen.
4. Implikative Bedeutung bzw. die antizipierten Konsequenzen einer Einschränkung

Mit Bezug auf Wortman & Brehm (1975) nennt Flammer folgende Reaktanzverhaltensweisen (Flammer 1990, S. 128):

1. Höherbewertung unkontrollierbarer Ereignisse. Gegenstände bzw. Aktivitäten werden höher bewertet, wenn ihre Verfügbarkeit für den Menschen eingeschränkt ist.
2. Konzentration und vermehrte Anstrengung, wenn die Zielerreichung nur erschwert ist aber nicht völlig unmöglich („Jetzt erst recht!“)
3. Stellvertretender Trotz
4. Angriff: Aggressives Verhalten im Sinne „kompensatorischer Kontrolle“ z.B. gegenüber einer Behörde, einer persönlichen Autoritäts- und Machtperson (Flammer 1990, S. 128)

Länger andauernde Reaktanz (z.B. aggressive Gedanken, Trotz oder Destruktivität) kann schlimmstenfalls zu einem pathologischen Zustand erlernter Hilflosigkeit führen. *Indirekte Kontrolle* nimmt wie die Reaktanz eine Zwischenstufe zwischen primärer und sekundärer Kontrolle ein. Soziale Macht im engeren Sinn ist ein Beispiel für indirekte Kontrolle.

#### c) Sekundäre Kontrolle

Für Flammers Strategie der „sekundären Kontrolle“ als Abfolge nach Scheitern der primären und indirekten Kontrolle gab es mit Erscheinen seines Buches noch keine empirischen Belege. Seine Annahmen bezogen sich auf Untersuchungen von Züblin (1986), in denen nachgewiesen werden konnte, dass die interviewten Jugendlichen bei Frustration die sekundäre Kontrolle als echte Möglichkeit der Kontrolle bewerteten. Nach Flammer schützt sekundäre Kontrolle das Individuum vor drohendem Kontrollverlust und vor Hilflosigkeit. Sekundäre Kontrolle bedeutet, „[...] dass bei der Unmöglichkeit, die Welt nach eigenen Wünschen zu verändern, die Möglichkeit gesucht wird, sich selbst resp. seine Ansprüche so zu verändern, dass das Verhältnis Individuum - Welt befriedigend ist oder wird.“ (Flammer 1990, S. 145). Die Rede ist hier von Coping-Prozessen (nach Lazarus & Folkman 1984), in Form aktiver Problemlösung oder der Regulation negativer emotionaler Reaktionen. Problemorientierte Bewältigungsversuche sind „tatsächliche Kontrollhandlungen, die die situationalen Gegebenheiten verändern“ (Flammer 1990, S. 153) und kognitive Neubewertungen (z.B. Uminterpretation der Situation, reappraisals; Veränderung der persönlichen Ziele und Ansprüche). Emotionsorientierte Bewältigungsversuche sind z.B. Distanznehmen, Herunterspielen, Vergleichen mit schlimmeren Zuständen, Konzentration auf positive Aspekte einer unangenehmen Situation (vgl. Flammer 1990, S. 153).

#### d) Kontrollverlust/Kontrollverzicht

Kontrollverlust/Kontrollverzicht tritt ein, wenn sekundäre Kontrolle ohne Erfolg bleibt. „Wenn Menschen [...] wiederholt unangenehmen Ereignissen ausgesetzt sind, denen sie nicht ausweichen und die sie auch nicht verhindern können, werden sie diesen gegenüber hilflos. Diese Hilflosigkeit besteht darin, dass sie einen Nicht-Zusammenhang zwischen ihrem eigenen Verhalten und dem Auftreten der ‚Ereignisse‘ wahrnehmen. Diese Überzeugung der Nicht-Kontrolle kann dazu führen, dass tatsächliche Kontrollmöglichkeiten in der gleichen oder sogar in einer neuen Situation auch nicht mehr wahrgenommen werden.“ (Flammer 1990, S. 75)

Bezug nehmend auf Seligmann nennt Flammer drei Folgen von Hilflosigkeit:

##### 1. Kognitive Folgen:

Die Überzeugung der Nicht-Kontrolle in einer spezifischen Situation wird auch in einer neuen Situation hervorgerufen und schränkt somit die Lernfähigkeit der Person ein. Eine Generalisierung von Hilflosigkeitserfahrung findet statt.

##### 2. Emotionale Folgen:

In emotionaler Hinsicht löst Hilflosigkeit Furcht aus. Wird Kontrolle auch langfristig nicht wieder erlangt, kommt es zu Resignation bzw. Depression. Emotionale Folgen sind umso größer, je wichtiger der Kontrollbereich ist.

### 3. Motivationale Folgen:

Die Erfahrung von Hilflosigkeit führt beim Individuum zur Passivität, da es davon ausgeht, dass Anstrengungen nutzlos sind und die Situation sich nicht beeinflussen bzw. kontrollieren lässt.

#### **3.5. Kontrolle und Kontrollverlust des Suchtabhängigen**

Mit Bezug auf das Vier-Stufen-Modell der Kontrollstrategien nach Flammer bewegt sich der Suchtabhängige zwischen den Stufen der sekundären Kontrolle und dem Kontrollverlust.

Die häufig beobachtbaren Abwehrmechanismen des Suchtkranken können als eine Form der Kontrollerhaltung interpretiert werden und dienen nach Flammer der interpretativen *sekundären Kontrolle*. So ist im Verlauf einer Alkoholerkrankung die Fortsetzung des Konsums nur durch *Verleugnung* (z.B. an der Annahme festhalten, kontrolliert trinken zu können) möglich. Der Alkoholiker ignoriert den bereits eingetretenen Kontrollverlust über das Suchtmittel. Verleugnung stellt gleichzeitig den Versuch dar, das Stigma des „Süchtigen“ oder des „Säufers“ zu vermeiden. *Bagatellisierung* (z.B. „Ich trinke nur wenig Alkohol“, „Ich trinke nur hin und wieder!“) und *Rationalisierung* („Andere trinken viel mehr als ich, also bin ich auch kein Alkoholiker!“) dienen ebenfalls dem Schutz des Selbstwertgefühls. Über *Projektion* („Meine Frau ist schuld, dass es ständig zum Streit kommt!“) überträgt der Alkoholabhängige seine eigenen Unzulänglichkeiten, Probleme und deren Ursachen auf andere. Über *Externalisierung* wird ein innerer Konflikt nach außen verlagert. („Die angeordneten Überstunden sind Schuld, dass ich kein Privatleben mehr habe!“) Über *Regression* („Das Leben lässt sich nur mit einem Glas Wein zum Feierabend ertragen! Ich habe doch sonst nichts vom Leben!“) flieht der Suchtkranke in eine Traumwelt und entzieht sich der Realität.

Alle genannten Abwehrmechanismen beruhen auf einem erheblichen Maß an Realitäts-Verzerrung oder Realitäts-Einengung oder/und führen dazu. Mit den Konzepten der Integrativen Therapie stellen eingefahrene Abwehrmechanismen eine pathogene Form des Widerstandes dar und schützen das Individuum vor Kontakt mit schmerzlichen, angstauslösenden, bedrohlichen, unlustvollen Ereignissen, Gedanken und Gefühlen, behindern aber auch Kontakt- bzw. Ko-respondenz zwischen dem Individuum und seiner Umwelt.

Aus psychodynamischer Sicht kann der Suchtmittelkonsum im Sinne eines Selbstheilungsversuches gleichzeitig als der Versuch des Individuums angesehen werden, durch die berauschende oder betäubende Wirkung des Suchtmittels subjektiv *sekundäre Kontrolle* über unerträgliche Affekte und Stimmungen zu erlangen.

Der *Kontrollverlust* im Umgang mit dem Suchtmittel ist begleitendes Phänomen fortgeschrittener psychischer Abhängigkeit. Der Betroffene kann seinen Suchtmittelkonsum ungeachtet der Einsicht seines selbstschädigenden Verhaltens nicht beenden, er konsumiert mehr und häufiger, als er sich vorgenommen hat. Der suchtkranke Mensch verliert die Kontrolle über das Suchtmittel, sich selbst (z.B. während eines so genannten „Filmrisses“) und ist meist beherrscht von Gefühlen der Hilflosigkeit. Die Hilflosigkeit wiederum geht einher mit kognitiven, emotionalen und motivationalen Folgen, wie wir im voran gegangenen Abschnitt erfahren haben. Dies bedeutet nach dem Konzept von Julian B. ROTTER (1966) einen „externen locus of control“, also die Überzeugung des Individuums, dass die Kontrolle ausschließlich bei anderen liegt, eigene Aktivitäten nichts nützen (Gefühl von mangelnder Selbsteffizienz). Untersuchungen (Smith 1970, Rohsenow & O’Leary 1978, Donovan & O’Leary 1983) belegen einen Zusammenhang zwischen Alkoholismus und Kontrolle. Hiernach zeigen Alkoholiker eine signifikant höhere externale Kontrollmeinung, erleben also weniger Kontrolle über soziale und persönliche Stressoren.

Vertreter der Kognitiven Verhaltenstherapie u.a. Aaron T. BECK sagen in diesem Zusammenhang, „[...]“, dass das Auftreten des Suchtverhalten abhängig ist vom Gleichgewicht aus Kontrolle versus Drang.“ (Beck et al., Weinheim 1997) Das Verhältnis zwischen der Stärke der Kontrolle und der Stärke des Dranges entscheidet hiernach, ob der Suchtkranke widersteht oder nachgibt bzw. die Kontrolle über das Suchtmittel verliert oder nicht.

Wie unter Punkt 2.4.1. in dieser Arbeit ausgeführt, findet sich anhand von Studien auffallend gehäuft Alkohol- und Drogenmissbrauch als „Medizin“ in Verbindung mit intrusiven PTBS-Symptomen. Intrusive Erinnerungen nehmen „[...] jedes Gefühl des Schutzes und der Sicherheit selbst bei einem Rückzug in die Privatsphäre der eigenen Gedanken und führen so zu wiederholter Traumatisierung.“ (McFarlane, A. C. / Yehuda, R. 2000, S. 166) Beschrieben wird hier der Mangel und der Verlust an Selbstregulation, der mit Gefühlen von Kontrollverlust einhergeht. Der Verlust der Selbstregulation und Kontrolle kann sich unterschiedlich ausdrücken:

„[...] als ein Verlust der Fähigkeit, sich auf geeignete Reize zu konzentrieren, als Konzentrationsstörungen, als Unfähigkeit, bei Erregung Handlungen zu hemmen (Verlust der Impulskontrolle) oder in Form unkontrollierbarer Gefühle der Wut oder Traurigkeit.“ (van der Kolk 2000, S. 174) Der Konsum von Alkohol und Drogen übernimmt die Funktion der Stressreduzierung und kann als der Versuch des Betroffenen interpretiert werden, sekundäre Kontrolle zu erlangen.

Aus neurobiologischer Sicht sind Sensibilisierungs- und Konditionierungsprozesse im Suchtabhängigen maßgeblich daran beteiligt, wenn der langjährig Abstinente im Rückfall den erneuten Kontrollverlust erlebt. Für den Gamma-Trinker (Jellinek 1960) beinhaltet Abstinenz die einzige Kontrollmöglichkeit über das Suchtmittel. Abstinentes Verhalten kann in diesem Sinne auch als *direkte Kontrollstrategie* des Suchtabhängigen verstanden werden.

Aus Sicht der Integrativen Therapie ist der suchtabhängige Mensch auf das Suchtmittel und das mütterliche Konfluenzerlebnis fixiert. Kontaktaufnahme mit der Umwelt und zu sich selbst in Form eines Wechselspiels von „sich berühren lassen“ und „andere selbst berühren“ findet nicht mehr statt, d.h. die Ko-responzenzfähigkeit ist eingeschränkt. Wichtige identitätsstiftende Bereiche im Leben des Abhängigen (Leiblichkeit, Familie, Partnerschaft, Beruf, Werte) werden vom suchtabhängigen Menschen vernachlässigt und verlieren an Bedeutung. Der Betroffene verliert die Kontrolle nicht nur über das Suchtmittel sondern über sein Leben.

Ziel von Suchttherapie ist in diesem Zusammenhang vor allem die Förderung *persönlicher Souveränität* (Petzold, Orth). Persönliche Souveränität verhilft dem Menschen dazu, auch in schwierigen Situationen, unter äußerem Druck oder bei Belastungen seine innere Balance zu behalten und mit Ruhe, Gelassenheit und Überzeugungskraft zu reagieren. Persönlich souverän zu handeln beinhaltet nach dem Konzept von ROTTER einen *internalen locus of control*, also die Überzeugung des Individuums, eine Situation selbst beeinflussen zu können und die Fähigkeit zu besitzen, Problemlösungs- und Bewältigungsstrategien angemessen anzuwenden.

## **4. Sucht und Realität**

Die Tendenz des Suchtabhängigen zu pathologischer Konfluenz geht einher mit einer Kontaktunterbrechung. PERLS prägte den Begriff der „Konfluenz“ und sagt: „Der Mensch, in dem die Konfluenz pathologisch ist, kann weder sagen, was er ist, noch was andere sind. Er weiß nicht, wo er aufhört und wo andere anfangen. Weil der die Grenzen zwischen sich und den anderen nicht kennt, kann er keinen guten Kontakt zu ihnen herstellen. Er kann sich aber auch nicht von ihnen zurückziehen. Ja, er kann nicht einmal Kontakt zu sich selbst herstellen. [...] Die pathologische Konfluenz hat überdies schwerwiegende soziale Konsequenzen. Ein konfluenter Mensch verlangt Angleichung und weigert sich, Differenzen zu tolerieren. (Perls 1989, S. 56 - 57) Realität wird vor diesem Hintergrund nur verzerrt oder eingeengt wahrgenommen. Wirklichkeit oder Realität resultiert jedoch aus den „Augenblicken guten Kontakts als Einheit von Wahrnehmung, Bewegungsreaktion und Gefühl.“ (Perls et al. 1979, S. 56) Das intersubjektive Kontakt- und Beziehungsangebot des Therapeuten wird zum wesentlichen therapeutischen Heilfaktor, wo der suchtabhängige Mensch lernen kann, innere und äußere Realität unverzerrt und wieder bewusst wahrzunehmen. Das beinhaltet auf Seiten der Behandelnden im „Therapieraum“ Realität im Kontakt und in der Beziehung zum Patienten wahrzunehmen bzw. sie dem Patienten gewahr werden zu lassen.

### **4.1. Realitätsverzerrung im Therapieraum als co-abhängiges Phänomen**

In der Integrativen Therapie ist die therapeutische Beziehung Rahmen, Basis und „Instrument“ des therapeutischen Prozesses. Die therapeutische Beziehung wird hierbei als Prozess intersubjektiver Korrespondenz verstanden, als ein Prozess ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Therapeut und Patient auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftebene über ein Thema, wobei der jeweilige Kontext einbezogen wird. Therapeut und Klient begegnen einander als Subjekte mit der Präsenz individueller Sozialisation und einverleibter bzw. „*inkarnierter Lebensgeschichte*“ (Petzold 1993a, S. 1156) sowie ihres zugehörigen Lebenskontextes. Die Interaktion zwischen Therapeut und Patient geschieht „*leiblich-sinnenhaft*“ (Petzold et al. 1997/98, S. 143). „Der Therapeut ist als Gesamtperson, mit seiner ganzen jeweiligen Befindlichkeit, seinen Gedanken, Gefühlen und Verhaltensäußerungen *Intervention* und dies im beständigen Bezug auf den anwesenden Klienten. Dessen Realität bestimmt, wie es nach dem Korrespondenzkonzept nicht anders möglich ist, die innere

Lage des Therapeuten mit. Aus der augenblicklichen Befindlichkeit des Klienten, der des Therapeuten und aus dem Zusammentreffen von beidem entsteht so etwas wie eine *spontane Qualität* der Beziehung.“ (Petzold 1996, S. 254) Innere und äußere Wirklichkeit der beiden Individuen fließen in den gemeinsamen Korrespondenz-Prozess und fördern ihre *Kokreativität* (Petzold 1991a) sowie die *Identitätsarbeit* (Petzold 1991a) im Patienten.

Genauso gut kann es aber auch zu Störungen in diesem Prozess kommen, wenn der freie Fluss in der Interaktion – also der Kontakt zwischen den beiden Subjekten über bewusste Wahrnehmung – z.B. aufgrund von *notorischen Übertragungen* (Petzold 1996) des Patienten aber auch aufgrund der *Übertragungen des Therapeuten*<sup>5</sup> (Petzold 1996) sowie *pathogenem Widerstand*<sup>6</sup> eingeengt und verzerrt wird. Pathogen bzw. *dysfunktional* wird Widerstand, wenn Abwehrmechanismen als Ausdruck von Widerstand auf struktureller Ebene in jeder Situation und überdauernd vom Individuum angewandt werden.

Die gleichen Abwehrmechanismen, die dem süchtigen Patienten dysfunktional dazu verhelfen, nicht mit schmerzhaften, angstvollen, abgespaltenen Gefühlen, Ereignissen in Kontakt zu kommen, können beim Therapeuten in der Interaktion mit dem Patienten auftauchen. Der Therapeut riecht z.B. im Gespräch mit dem Patienten eine Alkoholfahne, spricht den von ihm vermuteten Rückfall jedoch nicht an. Dies kann verschiedene Gründe haben. Der Therapeut zweifelt an seiner Wahrnehmung und ist in diesem Moment mit sich selbst konfluent. Oder der Therapeut ist sich ganz sicher, dass der Patient eine Alkoholfahne hat, leugnet aber diese Realität, um eigene Gefühle von Enttäuschung, Frust und Ärger über den Patienten nicht aufkommen zu lassen. Oder er möchte auf diese Weise eine offene Auseinandersetzung zur Klärung des Konflikts mit dem Patienten oder aufkommende Gefühle eigenen Versagens seiner professionellen Hilfe vermeiden.

Mit allen möglichen Verhaltensvarianten wird Bewusstheit bzw. *Awareness* (Perls) vermieden, Kontakt unterbrochen, Ko-respondenz findet nicht statt und damit auch kein Erkenntnisprozess<sup>7</sup> in Gang gesetzt. Erkenntnis beginnt mit dem *Wahrnehmen* von Phänomenen. In diesem Erkenntnisprozess „[...] verbinden sich *aktuelle* und *abgespeicherte, vorgängige* Wahrnehmungen zu der breiten, umfassenden Qualität, die die *mit einem Blick erfassende* und mit *allen Sinnen* präsenste *Awareness* kennzeichnet: *Weitung*“. Das Erfassen fokussiert sich, Strukturen werden deutlich.“ (Petzold 1992a, S. 627) In unserem Beispiel könnte das Riechen der Alkoholfahne folgenden Erkenntnisprozess in Gang setzen: Der Therapeut erinnert sich daran, dass sein Patient in der letzten Woche nicht zur Gruppensitzung erschienen ist, obwohl dieser sonst ein zuverlässiges Gruppenmitglied ist. Er lässt die beiden letzten Einzelgespräche Revue passieren und stellt fest, dass der Patient „kein Thema“ hatte, die Gespräche irgendwie an der Oberfläche blieben. Der Therapeut erkennt darin schließlich den „Verhaltensrückfall“ des Patienten, bei Problemen „dicht zu machen“, „aus dem Kontakt zu gehen“, „Rückzug“. Mit dem Erfassen der Ereignisse und der aktuellen Situation strukturiert sich im Bewusstsein („consciousness“) des Therapeuten sprachlich gefasstes *Verstehen*, das sich zum begrifflich präzisen *Erklären* unter weiterem Informationsverlust verdichtet: *Engung*. (Petzold 1992a), um dann in die nächste Schleife des Erkenntnisprozesses und dem erneuten Wahrnehmen von Phänomenen einzutreten.

Das Nicht Ansprechen der Alkoholfahne in unserem Beispiel verhindert einen solchen Erkenntnisprozess und erhält alte Verhaltensstrukturen im Patienten aufrecht. Man kann das Verhalten des Therapeuten auch als „co-abhängig“ mit dem Suchtkranken bezeichnen. Der Begriff „Co-Abhängigkeit“ stammt aus der amerikanischen Suchtkrankenhilfe und wurde durch Anschauungen und Arbeitsweisen der Selbsthilfegruppen („Anonymous“) geprägt. Co-Abhängigkeit meint hierbei Haltungen, Verhaltensweisen von Personen, Gruppen und Institutionen, die durch Tun und Unterlassen dazu beitragen, dass der suchtabhängige Mensch süchtig oder suchtgefährdet bleiben kann. (Fengler 2002)

---

<sup>5</sup> Die Integrative Therapie spricht in Abgrenzung zum analytischen Begriff der „Gegenübertragung“ von einer *Übertragung des Therapeuten*, „[...] wenn dessen Eigenproblematik soweit unbearbeitet ist, dass sie als *notorische Übertragung* in allen möglichen Kontexten auftritt; weiterhin, wenn durch die Arbeit mit einem Patienten Eigenproblematik in einer Weise angesprochen wird, dass sie aktualisiert wird, *unbewusst* bleibt und vom Therapeuten agiert wird.“ (Petzold 1996, S. 269)

<sup>6</sup> Die Integrative Therapie versteht unter Widerstand „[...] die Fähigkeit des Ich, sich gegen Einflüsse auf das Selbst und die Identität zur Wehr setzen zu können“ eine Widerstandsfähigkeit, eine Resistenz also, die als Ausdruck der Kraft positiv zu bewerten ist, [...].“ (Petzold 1993a, S. 1131)

<sup>7</sup> „hermeneutische Spirale“ des Erkenntnisgewinns: Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären (Petzold 1992a, S. 489)

Rainer THOMASIIUS bezieht sich in seinem Aufsatz über interpersonale Aspekte der Suchterkrankungen auf das Co-Abhängigkeitskonzept von Wegscheider (1981). WEGSCHEIDER erklärt mit ihrem Konzept das co-abhängige Verhalten in Familien. Es kann aber durchaus auf Co-Abhängigkeitsphänomene im therapeutischen Behandlungsrahmen mit Suchtkranken übertragen werden. So sagt Thomasius mit Wegscheider, „[...] ein entscheidender Schritt bei der Uebernahme co-abhängiger Verhaltensmuster bestehe darin, sich die Verantwortung des Abhängigen zu eigen zu machen. Später gehe es schließlich darum, den Abhängigen vor Konsequenzen seines Verhaltens zu schützen. Keineswegs aber führe diese Haltung zur Abstinenz, denn Krisen, die den Süchtigen zur Verhaltensänderung bewegen könnten, würden auf diese Weise vermieden.“ (Thomasius 2000, S. 83) Nicht-Ansprechen von Störungen im Arbeitsbündnis oder Durchgehen lassen von Verstößen gegen den Therapiekontrakt können als Ausdruck von co-abhängigem Verhalten des Therapeuten gesehen werden, der auf diese Weise z.B. einen Behandlungs- und Beziehungsabbruch vermeiden möchte. Das „Aussparen“ des Themas „Rückfall“ als selbstverständlicher inhaltlicher Fokus im Therapieverlauf von Seiten des Therapeuten kann als Verdrängung bzw. Leugnung eines möglichen Rückfallgeschehens interpretiert werden. Ein narzisstischer Therapeut, der seinen Selbstwert in erhöhtem Maß aus den Bemühungen und der Hilfe für andere Menschen schöpft, wird Störungen im Therapieverlauf und im Kontakt mit dem suchtabhängigen Patienten zum Erhalt seiner eigenen omnipotenten Annahmen und Vorstellungen über sich selbst und seine Fähigkeiten vermutlich nicht sofort ansprechen. Hierzu gehört auch die Fehleinschätzung des Therapeuten über eigene Ressourcen und Kompetenzen bei der Uebernahme eines Patienten und das Nicht-Eingestehen eigener persönlicher Grenzen im Verlauf eines Prozesses.

Co-Abhängigkeit auf der Ebene der Institution kann sich darin zeigen, dass im zunehmenden Wettbewerb um „Kunden“ in Konzept und Therapie Kompromisse eingegangen werden, die fachlich nicht vertretbar sind. Kundenorientierung, Qualitätssicherung und –kontrolle sowie Evaluation der Prozessqualität sind längst zu bestimmenden Parameter und zur Realität in der Suchtbehandlung geworden. Die sozialen Dienste und Einrichtungen stehen in Konkurrenz zu anderen Anbietern mit ähnlichen Angeboten. Die Zunahme an Konkurrenz der sozialen Dienstleistungsunternehmen und die Vergleichbarkeit untereinander sorgt hierbei für Qualitätssteigerung *im Dienste des Kunden* mit seinen Wünschen und Interessen unter Berücksichtigung seiner salutogenen Kräfte und Ressourcen. Jedoch eine *einseitige* Fokussierung auf den „kompetenten“ Kunden, welche Gesundheit *und* Krankheit als miteinander korrespondierend aber außer Acht lässt, blendet die Rolle des Kunden als *mündigen Patienten* aus. Ohne eine ganzheitliche Betrachtung von Salutogenese *und* Pathogenese werden die mit einer Suchtabhängigkeit einhergehenden dysfunktionalen Persönlichkeitsstrukturen und Defizite beim Kunden verdrängt mit dem Ergebnis einer Pseudo-Souveränität. Das Ausblenden einer Pathogenese kann im Behandlungsalltag z.B. seinen Ausdruck darin finden, dass unzufriedene Resonanzen des Kunden auf das bestehende Behandlungskonzept (z.B. Hausordnung, Therapievertrag) konfluent und ohne Exzentrizität mit den institutionellen Bemühungen beantwortet werden, in erster Linie für Kundenzufriedenheit zu sorgen, Frustrationen des Kunden möglichst zu vermeiden ohne dabei über stattfindende Ko-respondenz zu klären, ob die Unzufriedenheit des Kunden mit seiner mangelnden Frustrationstoleranz, seinem Wunsch nach Konfluenz und seiner mangelnden Toleranz für Differenzen in Zusammenhang steht oder ob Anpassungsprozesse im Behandlungskonzept notwendig werden. Die Nicht-Festlegung eindeutiger Kontraindikationen (z.B. für die Aufnahme in einer ambulanten medizinischen Rehabilitation) aber auch die Fortsetzung einer laufenden Behandlung im ambulanten Rahmen trotz vorangegangener Schwierigkeiten kann die Fehleinschätzung institutioneller Ressourcen, das Leugnen institutioneller Belastbarkeiten und Grenzen bedeuten.

Co-Abhängigkeit auf der Ebene des Behandlungsrahmens kann z.B. das Verdrängen oder Leugnen eines möglichen Rückfalls im Behandlungsverlauf als charakteristisches Phänomen einer Suchterkrankung sein. Im ambulanten Behandlungssetting wird beispielsweise auf die Erhebung von Blutwerten und auf die Durchführung von Drogenscreenings verzichtet. Rückfall wird nur mit dem konkreten Rückfallgeschehen „selbstverständlich“ thematisiert. Es wird mit Regeln im Behandlungsrahmen „gespart“, da man es mit erwachsenen Menschen zu tun hat und ein Regelwerk ein Eingriff in die Autonomie des Menschen bedeutet. Auf diese Weise werden jedoch vorliegende Schädigungen der Persönlichkeit des Suchtabhängigen und seine damit verbundenen sozialen Interaktionsdefizite und seine mangelnde Rollenflexibilität und –differenzierung geleugnet. Es wird beispielsweise auf einen Maßnahmenkatalog als Korrektiv bei bestimmten Verstößen gegen die Hausordnung, Therapievertrag etc. verzichtet. Auf diese Weise wird jedoch die soziale Realität und Koexistenz des Menschen und sein Eingebunden sein in gesellschaftliche Zwänge, Normen und Werte geleugnet. Das Vorgehen von Therapeuten, egal welcher Schule und Richtung zugehörig, Menschen in Problemsituationen und Notlagen mit ihren spezifischen Symptomen durch Behandlungsstrategien zu unterstützen *ohne* dabei „schulenübergreifend, differenzierend und integrierend“ (vgl. Petzold 1992a, S. 997) die Komplexität und

Vielfältigkeit von Patientensituationen zu erfassen, kann je nach Blickwinkel zu einem verkürzten Verständnis vom Menschen führen, der aus Sicht der Integrativen Therapie „Körper-Seele-Geist-Subjekt in einem sozialen und ökologischen Umfeld“ ist. Die Anwendung störungsspezifischer und symptomorientierter Manuale bietet dem Therapeuten und dem Patienten in der Praxis ohne Zweifel ziel- und handlungsführende Strategien und Orientierung im therapeutischen Prozess. Symptomgerichtetes Behandlungsvorgehen ohne biographischen Bezug führt erwiesenermaßen auch zur Symptomreduzierung und zu Selbstwirksamkeit (internaler locus of control) bei den Patienten. Ein *einseitiger* Einsatz von Behandlungsmanualen kann aber auch das Vermeiden von intersubjektiver Begegnung und Beziehung mit dem Patienten im Behandlungsalltag bedeuten. Die Bausteine des Handlungsmanuals werden „abgearbeitet“, sinn- und konsensstiftende Ko-respondenz zwischen Therapeut und Patient findet jedoch nicht statt. Der Behandlungsrahmen wird auf diese Weise zum Spiegel des suchtabhängigen Menschen, der Fühlen, Kommunizieren, Leiblichkeit und soziales Netz in seinem Leben durch das Suchtmittel ersetzt hat.

## **4.2. Realität als Bezugsgröße für Strukturen und Grenzen im Therapieraum**

Suchttherapeutisches Handeln im ambulanten wie im stationären Setting geschieht im Spannungsdreieck Patient - Therapeut - Institutionen (Behandlungsstätte/Kostenträger). Jeder Bezugspunkt in diesem Dreieck verknüpft mit dem Ziel einer Therapie/Rehabilitation eigene Erwartungen, Vorstellungen, Interessen und Bedürfnisse. Patient, Therapeut und Institutionen nehmen Einfluss auf die Flexibilität aber auch auf die Starrheit von Strukturen sowie auf den Behandlungsrahmen, den dazugehörigen Behandlungskonzepten und -zielen. Ausgehend von meinem beruflichen Kontext richtet sich der Fokus meiner nachfolgenden Ausführungen insbesondere auf die Ambulante Rehabilitation Sucht.

### **4.2.1. Leistungsträger/Kostenträger**

#### **4.2.1.1. Behandlungsziele**

Suchttherapeutische Behandlungskonzepte und -ziele werden nicht allein auf der Basis einer schulenspezifischen Persönlichkeitstheorie und der damit verbundenen Salutogenese und Pathogenese entwickelt. Therapieziele und Behandlungskonzepte werden heute wesentlich durch den Kostenträger bestimmt. Für die medizinische Rehabilitation Suchtkranker kommen von ihrer Aufgabenstellung her vorrangig die Gesetzliche Krankenversicherung und die Gesetzliche Rentenversicherung in Betracht. Aus dieser gemeinsamen Verantwortung haben die Spitzenverbände der Kranken- und Rentenversicherungsträger Vereinbarungen und Absprachen getroffen. Nach §2 der „Vereinbarung Abhängigkeitserkrankungen vom 04.05.2001“<sup>8</sup> sind Ziele der medizinischen Rehabilitation:

- Abstinenz zu erreichen und zu erhalten,
- körperliche und seelische Störungen weitgehend zu beheben oder auszugleichen,
- die Eingliederung in Arbeit, Beruf und Gesellschaft möglichst dauerhaft zu erhalten bzw. zu erreichen.“

Sofern der Rentenversicherungsträger für die Rehabilitationsmaßnahme zuständig ist, steht die Verbesserung und/oder Herstellung der Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden im Vordergrund. Der Kostenträger setzt zur Bewilligung einer Maßnahme Motivation, Rehabilitationsbedürftigkeit und -fähigkeit beim Suchtkranken voraus. Erfolgsaussichten (Prognose) im Hinblick auf das Rehabilitationsziel (Erwerbsprognose = Erwerbsfähigkeit kann durch die Rehabilitationsleistungen wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden) müssen erkennbar sein. Um die Kriterien für eine ambulante Rehabilitation zu erfüllen, muss der Rehabilitand in der Lage sein, abstinent zu leben und insbesondere suchtmittelfrei am ambulanten Therapieprogramm teilzunehmen. Eine stabile Wohnsituation muss vorhanden sein. Er sollte beruflich (noch) ausreichend integriert sein, wobei Arbeitslosigkeit, fehlende Erwerbsfähigkeit oder Langzeitarbeitsunfähigkeit eine ambulante Entwöhnung nicht ausschließen. Das soziale Umfeld soll intakt sein, d.h. der Rehabilitand wird durch das Umfeld (noch) stabilisiert und unterstützt. Es reicht nicht aus, dass die ambulante Behandlungsstelle *allein* die Funktion des intakten sozialen Umfeldes übernimmt.

Dem Rehabilitanden wird Verantwortung für das Erreichen individueller und allgemeiner Rehabilitationsziele zugebilligt und abverlangt. Er soll Behandlungs-, Veränderungs- und Abstinenzbereitschaft zeigen. Er

---

<sup>8</sup> Die Vereinbarung „Abhängigkeitserkrankungen“ vom 04.05.2001 ersetzt die Empfehlungsvereinbarung Sucht vom 20.11.1978 sowie die Empfehlungsvereinbarung über die Leistungen zur ambulanten Rehabilitation Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängiger (EVARS) vom 29.01.91 i.d.F. vom 05.11.96

muss zur aktiven Mitarbeit, zur regelmäßigen Teilnahme und zur Einhaltung des Therapieplans bereit sein und sich zur Inanspruchnahme einer Nachsorge nach Abschluss der medizinischen Rehabilitation bereit erklären, andernfalls hat er mit Sanktionen zu rechnen.

Aus Sicht der Rentenversicherungsträger steht die Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden als übergeordnetes Ziel primär im Zentrum der medizinischen Maßnahme. Therapeut und Rehabilitand müssen diese Zielvorgabe durch den Kostenträger gemeinsam in den Blick nehmen und sind gefordert, mit dieser Realität Adaptionen zu leisten. Ein Therapeut wird seine Ziele, die er aufgrund seines therapeutischen Selbstverständnisses in seiner Therapieausbildung entwickelt hat, an die Vorgaben des Kostenträgers und an die Patientenwirklichkeit flexibel anpassen müssen. Ein starres Festhalten an den Zielen und dem persönlichen therapeutischen Anspruch führt vermutlich auf Dauer zu Frustrationen bis hin zu Burnout-Phänomenen und Identitätsverlust beim Therapeuten. Der Patient muss sich seinerseits mit den Rahmen- und Zielvorgaben des Kostenträgers auseinandersetzen, was für ihn z.B. bedeuten kann, sich auf eine Gruppenbehandlung einzulassen obwohl Einzelgespräche aus seiner Sicht seinen Bedürfnissen eher entsprechen würden.

#### **4.2.1.2. Behandlungskonzept**

Behandlungskonzepte und –inhalte werden durch die suchttherapeutischen Theorien und Konzepte der Therapeuten gestaltet. Gleichzeitig setzt der Kostenträger auch hier Kriterien, welche Therapieverfahren bzw. Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten im Tätigkeitsfeld Sucht von ihm anerkannt werden. So heißt es: „Von einem geeigneten Curriculum wird [...] sowohl die Auseinandersetzung mit einem Krankheitsmodell der Sucht als auch die Darstellung eines Persönlichkeitsmodells erwartet. [...] Aus der Vielzahl der möglichen Persönlichkeitsmodelle werden nur die anerkannt, die sich aus einer wissenschaftlich begründeten Theorie ableiten lassen.“ (Info-Mappe „Ambulante Reha Sucht“: Erläuterungen zu den Auswahlkriterien für die Beurteilung von Weiterbildungen für Einzel- und Gruppentherapeuten – Tätigkeitsfeld Sucht) Hiernach sind psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, gestalttherapeutisch und gesprächspsychotherapeutisch orientierte Weiterbildungen als Verfahren in der ambulanten Rehabilitation vom VDR anerkannt. Der Kostenträger besteht weiterhin auf einer theoretisch-wissenschaftlichen Fundierung des Behandlungsansatzes, „[...] weil das Erklärungs- und Therapiemodell Ziele, Maßnahmen und Ergebnisse beeinflusst und das gesamte Konzept in einen schlüssigen Gesamtzusammenhang stellt.“ (Info-Mappe „Ambulante Reha Sucht“: Arbeitshilfe zur Beurteilung von Einrichtungen für die Durchführung von Entwöhnungsbehandlungen, S. 8) Der Rentenversicherungsträger schließt hierbei nicht aus, dass „unter diesem gemeinsamen Dach theoretischer Fundierung“ - also die psychotherapeutische Grundorientierung in der Behandlung - Behandlungsmethoden unterschiedlicher Therapieschulen eingesetzt werden, soweit die Methoden mit dem gewählten theoretischen Ansatz kompatibel sind.

Hier liegt die Chance der unterschiedlichen Therapieschulen miteinander in Ko-respondenz zu treten und auf diese Weise Methodenvielfalt zu differenzieren und zu Sinnzusammenhängen zu integrieren, wie es von PETZOLD angeregt wird. Gemeint ist hiermit jedoch nicht bloße „Methodenintegration“. Für Petzold geht es darum, „[...] auf praxeologischer Ebene verschiedene Methoden und Techniken und auf theoretischer Ebene verschiedene Konzepte und Modelle unter dem *Dach* einer übergreifenden Theorie *und* Praxeologie zu verbinden, durch die es gelingt, zwischen den verschiedenen Zugangsweisen theoretische und praktische Vernetzungen herzustellen.“ (Petzold 1992a, S. 1017) Der einzelne Therapeut wird nach Petzolds Ausführungen dabei [...] am Pulsschlag seiner Wissenschaft bleiben müssen, um ihre Fortschritte und die ihrer Nachbardisziplinen aufzunehmen und zu integrieren. In seiner Praxis wird er das Material seiner Patienten, seine Resonanz darauf und die 'Bedingungen und Erfordernisse des Feldes' (*Lewin*) zu integrieren haben. Als Person muss er selbst in den Prozessen von *Differenzierung*, *Integration* und *Kreation* stehen, denn man wird einen Menschen nie weiterbringen, als man selbst gegangen ist, und man kann ihm keine Dinge zeigen, auf die man nicht selbst geschaut hat. Integration und Kreation werden in der Teilhabe vermittelt, und so sind die eigene Kokreativität und eigene Differenzierungs- und Integrationsarbeit des Therapeuten Grundvoraussetzung jeder therapeutischen Arbeit, soll sie Erfolg haben.“ (Petzold 1992a, S. 929 – 930)

#### **4.2.1.3. Behandlungsrahmen**

Der Kostenträger entscheidet über „Art, Ort, Dauer, Umfang, Beginn und Durchführung“ der Rehabilitationsmaßnahme, wobei Effizienz und Wirtschaftlichkeit heute im Vordergrund stehen. Je nach Bedarf und Bewilligung erstreckt sich die ambulante Rehabilitation über 40 bis 120 Sitzungen bzw. bis zu einem Zeitraum von 18 Monaten. Ein therapeutisches Gruppengespräch dauert grundsätzlich 100 Minuten, ein Einzelgespräch grundsätzlich 50 Minuten. Ambulante Rehabilitation besteht in der Regel aus einer Kombination von Grup-

pen- und Einzeltherapie, wobei die wöchentlich stattfindenden Gruppentherapiesitzungen Kern der Behandlung sind. Die Gruppenstärke soll für Alkohol- und Medikamentenabhängige bei 10 bis 12 Patienten, für Drogenabhängige bei 6 bis 8 Patienten liegen. Der Kostenträger genehmigt bis zu 12 Einzel- Paar-, Familiengespräche für Bezugspersonen des Suchtkranken.

Der Kostenträger gibt eine zeitliche Begrenzung der Rehabilitationsmaßnahme vor und setzt des weiteren Rehabilitationsfähigkeit voraus. Patienten mit langjähriger Suchtkarriere sind behandlungsbedürftig, haben aber häufig eine geringe Behandlungsbereitschaft. Sie verfügen über desolante Ressourcen, sind oftmals stark körperlich, psychisch und sozial geschädigt und besitzen vor diesem Hintergrund eine sehr eingeschränkte Fähigkeit zur Rehabilitation (im Sinne des Kostenträgers) bzw. zur aktiven Mitwirkung an der Rehabilitation. Durch die zeitliche Begrenzung von Behandlungsdauer und der Voraussetzung der Reha-Fähigkeit *im Sinne des Kostenträgers* sind Indikationskriterien gegeben, welche eine Selektion von den ambulanten Behandlungsstätten abverlangen. Diesen Kriterien zufolge sollten beim Patienten ein frühes Stadium des Abhängigkeitsverlaufs und eine geringe Ausprägung der Abhängigkeit vorliegen. Er sollte fähig sein, ohne stationäre Unterstützung seine Abstinenz zu kontrollieren, (noch) soziale und (noch) berufliche Integration aufweisen. Es sollten keine schweren körperlichen und psychischen Störungen existieren. Auf diese Weise wird eine bestimmte Patientengruppe von vornherein ausgegrenzt. Eine weite Auslegung der Indikationskriterien z.B. die Aufnahme von Patienten mit Komorbiditätsstörungen, langjähriger Suchtmittelabhängigkeit *ohne* stationären Vorlauf bringt Belastungen für die Institution (vgl. Punkt 4.1.) und potentielle Kränkungen für den Therapeuten infolge erhöhter Abbrecherquoten.

Hier aber liegt die Chance und der Auftrag der Suchtberatungsstellen, zu dem hochschwelligem Angebot der ambulanten Rehabilitation dieser Patientengruppe z.B. durch „intermittierende Karrierebegleitung“ in Form von Soziotherapie als eine spezifische Form der Psychotherapie gerecht zu werden. Nach Petzold handelt es sich „[...] um mittel- und langfristige Begleitung in einer Verbindung von sozialer Hilfeleistung *und* Psychotherapie, um *intermittierende Behandlung* von Patienten, die die Kontinuität eines klassischen psychotherapeutischen Settings von ihrer Motivationslage und Lebenssituation her nicht durchhalten könnten.“ (Petzold 1993a, S. 1266)

Die Teilnahme an einer ambulanten Rehabilitation setzt, wie voran beschrieben, andere Anforderungen und Voraussetzungen beim Patienten als der stationäre Behandlungsrahmen. Aus der positiven Optik schafft der ambulante Rahmen wichtige Realitätsnähe für den Patienten. Es besteht Realitätsbezug, d.h. der Patient bleibt seinem Trinkumfeld nahe. Diese Realitätsnähe ermöglicht ihm so Realitätskontrolle, d.h. er kann in der Therapie Erlerntes im Alltag erproben und integrieren. Nicht immer hat sich bereits zu Beginn der Rehabilitation ein abstinenzbezogener Lebensstil mit supportiven Sozialkontakten entwickelt, und der „Sog“ des alten Umfeldes kann dann zum Rückfall und Behandlungsabbruch führen. Durch die Gemeindenähe ist das Einbeziehen der Angehörigen und relevanter Bezugspersonen möglich. Problem- und Konfliktbewältigung im Nahbereich sozialer Beziehungen lässt sich vor Ort üben. Der Patient kann seinem Beruf nachgehen. Realitätsnähe zu Familie und Beruf schaffen Möglichkeit der Realitätskontrolle.

#### **4.2.2. Person des Therapeuten**

Mit dem Verständnis der Integrativen Therapie ist der Mensch „*Leibsubjekt*“ (vgl. Petzold 1992a, S. 495), d.h. Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext/Kontinuum. Im Rahmen einer Behandlung trifft ein Leib-Subjekt, der Mensch der Hilfe sucht, auf ein anderes Leib-Subjekt, den Therapeuten. Sie treten zwischenleiblich in Kontakt, begegnen sich, setzen sich auf der Körper-, Gefühls- und Vernunftebene auseinander und sind eingebunden in ihre eigene Lebenswelt (Kontext/Kontinuum).

Die *Persönlichkeit des Therapeuten* (Selbstkonzept, Identitätserleben, Selbstwertgefühl, Temperament, Belastungsfähigkeit, Coping-Strategien, Abwehrmechanismen, Interaktionsfähigkeiten, Empathiefähigkeit, Awareness-Fähigkeit, Willensstärke, Souveränität etc.) fließt ebenso in das intersubjektive Geschehen wie der schulenspezifische fachliche Hintergrund des Therapeuten. Der Therapeut bringt die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen in die therapeutische Beziehung ein. Zu diesen Ressourcen gehören *professionelle Ressourcen* (Schulbildung, Berufserfahrung, Qualifikation, Therapieausbildung, Fach-Wissen), *persönliche Ressourcen* (Alter, Gesundheit, Bildung, Lebenserfahrung, Kreativität, Spiritualität, Glaube) sowie *soziale Ressourcen* (z.B. Familie, Freunde).

Persönlichkeit des Therapeuten, seine vorhandene Ressourcen aber auch seine Grenzen wirken gleichsam förderlich bzw. hinderlich auf den Therapieprozess. Die Erfahrung des Therapeuten, im Leben selbst Krisen

durchlebt, durchlitten und bewältigt zu haben, liefert ihm im Kontakt mit dem hoffnungslosen verzweifelten Patienten das nutzbare *einverleibte Wissen* der Handhabbarkeit und Lösung von Problemen und Krisen. Souveränität befähigt ihn z.B. Widerstände des Patienten und dessen Anderssein zuzulassen statt die Therapiesituation kontrollieren zu wollen. Die Fähigkeit zu Awareness, also der bewusste Kontakt zu sich selbst und der Umwelt, befähigt den Therapeuten im Kontakt mit dem Patienten flexibel zwischen Involvierung (Betroffenheit), Zentrierung (bei sich selbst sein) und Exzentrizität (den Blickwinkel erweitern, Überblick gewinnen) zu wechseln (vgl. Rahm et al. 1999, S. 351). Ist der Therapeut aber nicht fähig, über „partielles Engagement“<sup>9</sup> seine eigenen Gefühle und Bedürfnisse sowie Nähe und Distanz zu regulieren, verliert er sich in Konfluenz mit der Situation und mit dem Patienten. Lebensalter kann eine Grenze im helfenden Prozess darstellen, wenn der Therapeut z.B. bestimmte Rollen altersbedingt noch nicht ausgefüllt und seine Erfahrungen mit ihr und in ihr gemacht hat. Sich in die Lebenswelt des Hilfsarbeiters einzufühlen, kann durch die Realität unterschiedlicher Sozialisation z.B. die höhere Schulausbildung und Schichtenzugehörigkeit des Therapeuten u. U. schwierig werden. Eine annähernde Passung kommt zwischen ihnen vielleicht nicht zustande, weil sie nicht die gleiche Sprache sprechen. Blinde Flecken in der Lebensgeschichte des Therapeuten, d.h. belastende oder traumatische Lebenserfahrungen, die dem Bewusstsein des Therapeuten unzugänglich sind, können sich auf den therapeutischen Prozess störend auswirken, wenn sie durch Themen des Patienten angetriggert werden.

Suchtarbeit, insbesondere ambulante Suchtarbeit stellt hohe Anforderungen an die persönliche Qualifikation des Helfers, in der menschliche Eigenschaften sicher ein hohes Gewicht haben. Qualifizierte therapeutische Zusatzausbildungen liefern einen wesentlichen Beitrag zur professionellen und persönlichen Qualifizierung des Suchthelfers, wenn Theorie, Praxis, Selbsterfahrung (in der Weiterbildung der Integrativen Therapie in Form von Einzel- und Gruppenanalyse) und Supervision im Curriculum der Weiterbildung gleich zum Tragen kommen und sich die erlernten Kompetenzen und Performanzen auch in der privaten Lebensbewältigung für den Therapeuten bewährt haben.

#### **4.2.3. Person des Patienten**

Persönliche Not, Hilflosigkeit und Ohnmacht angesichts seiner Lebenslage haben den suchtkranken Menschen in der Regel zu einer Therapie veranlasst. Vielleicht bringt er bereits Vorerfahrungen aus anderen Behandlungen und Beratungen mit und ist entsprechend hoffnungsvoll oder misstrauisch gestimmt. Sein Wunsch nach Veränderung folgt dabei ganz individuellen Spuren bzw. individuellen Konfliktlagen.

Die Psychologen J. PROCHASKA und C. DICLEMENTE (vgl. MILLER, W. R. u. ROLLNICK, Stephen 1999) entwickelten ein *Modell des Veränderungsprozesses* und beschrieben dabei eine Abfolge von Phasen, die Menschen durchlaufen, wenn sie ein Problem bearbeiten. Diese Phasen lassen sich sowohl auf Selbstmodifikationsprozesse als auch auf professionell begleitete Veränderungsprozesse z.B. in der Suchtbehandlung übertragen. Nach diesem Modell wird Motivation heute nicht mehr als eine Eigenschaft verstanden, womit der Klient ausgestattet sein muss, damit er überhaupt behandelt werden kann. Motivation wird vielmehr als prozesshaftes Geschehen betrachtet, das sich in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient in einer Behandlung entwickelt.

Der suchtabhängige Mensch, der eine ambulante Rehabilitation beginnt, befindet sich nach diesem Modell an einem individuellen Ausgangspunkt seines Veränderungsprozesses. Vielleicht gehört er zu den Patienten, die sich aus extrinsischen Motiven heraus zu einer Behandlung entschlossen haben, weil er z.B. am verständnislosen Partner, am überfordernden Arbeitgeber usw. leidet und zunächst mehr die Umwelt mit einer Therapie zu friedern stellen will. Krankheit wird von ihm noch weitestgehend verleugnet oder Problembewusstsein und Krankheitseinsicht beginnen sich gerade zu entwickeln. Der Patient befindet sich im Übergang von *der Vorahnungsphase bzw. Phase der Absichtslosigkeit* (1) und *der Absichtsphase bzw. Phase der Besinnung* (2). Vielleicht kann der Betroffene seine Suchtabhängigkeit und die damit verbundenen Realitäten nicht mehr leugnen und innerer und äußerer Leidensdruck haben ihn aufgrund von Folgeerkrankungen, Partnerkonflikten, Partnerverlust, Problemen auf der Arbeit oder sogar Arbeitsplatzverlust, Wohnungsverlust etc. in die medizinische Rehabilitation geführt. Die Feststellung, den Suchtmittelkonsum und sein Leben nicht mehr unter Kontrolle zu haben, ist für ihn mit der Kränkung des Selbstwertes verbunden. Mit einer Therapie möchte der

---

<sup>9</sup> Diese Flexibilität in der Beziehungsarbeit wird in der Integrativen Therapie „partielles Engagement“ genannt. Der Therapeut lässt sich auf die Lebenswelt des Patienten ein, ist dabei im Kontakt (Teilnahme), ist engagiert, ohne selbst involviert zu sein (Engagement).

Patient vor allem sein Selbstwertgefühl und soziales Ansehen wieder erlangen. Der Patient befindet sich in der *Phase der Umsetzung* (3), anfänglich verbunden mit einem unrealistischen Optimismus, einem Unterschätzen des Veränderungsaufwandes und nicht selten passiver Heilungserwartung. Vielleicht haben wir es mit einem Patienten zu tun, der nach einer längeren Phase der Abstinenz bzw. *Phase der Beibehaltung und Stabilisierung* (4) durch erneutes Trinken einen *Rückfall* (5) ausgelöst hat und nun durch die Wiederaufnahme einer Behandlung das erneut aufgetretene Problemverhalten bewältigen und sich wieder stabilisieren will (4).

In der Begegnung mit dem Therapeuten und den Mitpatienten in der Gruppe präsentiert sich der suchtkranke Mensch unabhängig von den eben geschilderten individuellen Veränderungs- und Konfliktlagen als Leib-Subjekt mit seiner Lebensgeschichte unterschiedlicher Erfahrung: mit Geschichten guter Erfahrung (salutogene Einflüsse, *Schutzfaktoren*), mit Geschichten, die von Entbehrungen, Verlusten erzählen (Defizite, *Mangel Erfahrungen*), von Schicksalsschlägen und Schädigungen in Form von Störungen, Konflikten und Traumatisierungen (pathogene Einflüsse, *Risiko- und Belastungsfaktoren*) (vgl. Petzold 2001b). Die Art und Weise, wie der Patient sich im Therapieraum leiblich bewegt und spürt, Begrenzungen aber auch „Spiel“-Raum wahrnimmt, sich einengen oder anregen lässt, Kontakt in ihm herstellt und gestaltet, erzählt uns etwas von seinen Lebens-Erfahrungen, von seinen Ressourcen aber auch von seinen eingeschränkten Fähigkeiten, Rollen flexibel zu gestalten und Rollen auszudifferenzieren. So wie die Lebenswelt für den Patienten „*Bühne*“<sup>10</sup> ist, so ist der Therapieraum ebenfalls Bühne, in der sich Szene auf Szene im Zusammenspiel von Kontext und Kontinuum reiht und ein *Stück* (Narration) entstehen lässt. Der freie Fluss der *Biosodie* (vgl. Petzold 1992a) ist beim suchtkranken Menschen gestört. Im Kontakt mit dem Therapeuten und den Mitpatienten zeigen sich „[...] *Skriptfixierungen* oder *fixierende Narrative* [...], die sich im Sinne eines „*Wiederholungszwanges*“ reproduzieren und lebendige, den situativen Bedingungen des Lebens adäquate Verhaltensweisen, das kreative Gestalten der eigenen Lebensgeschichte im gegenwärtigen Vollzug – also lebendige biosodische *Narrationen* – verhindern.“ (Petzold 1992a, S. 902) Hierzu gehören auch die „chronischen“ Abwehrmechanismen des Suchtkranken, die ihn vor schmerzhaften, unangenehmen Gefühlen schützen. Wenn der suchtkranke Patient sich dem Therapeuten und der Gruppe erstmals vorstellt – ein Stück widrige Biographie erzählt - so zeichnet er mit seiner persönlichen Vorstellung ein Bild von sich selbst. Er zeichnet vielleicht ein Bild von sich, das ihn als „Trinker“ darstellt, der in seinem Leben versagt hat. Oder er zeichnet ein Bild von sich, das ihn als „Opfer sich gegen ihn verschworener Lebensumstände“ darstellt. Selbstbilder, Selbstkonzepte, Identität des suchtabhängigen Patienten präsentieren sich in Form fixierender Narrative, welche seine Realität (Lebenswirklichkeit) bestimmen, sie verzerren und ihn in seinen Erfahrungs- und Handlungsmöglichkeiten einschränken. Die im therapeutischen Geschehen sich gestaltenden Szenen mit den in ihr enthaltenden Phänomenen („Erscheinung von Realität“, *Merleau-Ponty 1964, Schmitz 1989*) stellen einerseits die Lebenswirklichkeit des Patienten dar, drücken andererseits gleichzeitig seine beeinträchtigte Fähigkeit aus, Wirklichkeit bewusst wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen und auszulegen.

## **5. Die Bedeutung von Struktur in der Suchtbehandlung**

Folgt man den szenentheoretischen Konzepten von Petzold, werden in jedem Prozess (Therapieprozess, Lebensvollzug) strukturierende Elemente wirksam. „Prozess und Struktur wirken *in der Ko-respondenz, in Kooperationen, Kokreationen*‘ zusammen.“ (Petzold 1992a, S. 905) Dieser Austauschprozess sorgt dafür, dass Strukturen nichts Statisches, Fertiges sind sondern im Sinne eines „*Prozesses von Strukturwerdung*“ (Rahm et al. 1999) der Problemlösung dienen und Adaptionisleistungen ermöglichen. In den nachfolgenden Punkten soll es um die Frage gehen, in welcher Weise sich diese *dynamisch* verstandene Struktur auf den Prozess in der Suchtbehandlung auswirkt.

### **5.1. Bedeutung von Struktur für die Persönlichkeit des Suchtkranken**

Betrachten wir die Bedeutung von Struktur innerhalb eines therapeutischen Prozesses zunächst aus der Optik des suchtkranken Menschen.

---

<sup>10</sup> Mit dem szenentheoretischen Ansatz der Integrativen Therapie entstand das Modell von der Lebenswelt als *Bühne* und gründet auf der psychodramatischen Tradition (MORENO, ILJINE) der Integrativen Therapie.

### 5.1.1. Struktur im Sinne des menschlichen Kontrollbedürfnisses

Erinnern wir uns der Annahme A. FLAMMERS, dass der Mensch von Geburt an mit einem Kontrollgrundbedürfnis ausgestattet ist. Da der Mensch in ständigem Austausch mit seiner Welt ist und diese Lebenswelt für sein Wohlbefinden und Überleben nicht immer förderlich ist, strebt der Mensch danach, diese Austauschprozesse aktiv und zielorientiert zu kontrollieren. Der englische Begriff „Kontrolle“<sup>11</sup> wie Flammer ihn benutzt, erhält dabei die Bedeutung von „Regelung“ oder „Regulation“. Kontrolle meint dann eine Handlung, die dazu angetan ist, einen Zustand in einen angestrebten Zustand zu verändern, eine Situation zu regulieren. In widrigen Situationen auf Strategien, Handlungskompetenzen zurückgreifen zu können, die sich in der Vergangenheit als wirksam erwiesen haben, dient dem Menschen zu dieser Kontrolle und beinhaltet mit ROTTER einen „internalen locus of control“. Wenden wir uns den szenentheoretischen Annahmen der Integrativen Therapie zu, so geben bewährte Rollen und Handlungsmuster, Skripts, Narrative dem Menschen im Verlauf seines Lebens Verhaltenssicherheit und Orientierung. Orientierung wiederum dient dem Menschen auch der Kontrolle.

Strukturen (Verhaltensmuster, Rollen, Narrative etc.) sorgen aber nicht nur für Sicherheit und Orientierung. Sie sind mit einer gewissen Vorhersagbarkeit verbunden. Beispielsweise kann sich der Patient darauf verlassen, dass die Gruppensitzung stets zur gleichen Uhrzeit und am gleichen Tag stattfindet. Er kann sich darauf einstimmen und entsprechend planen. Ein Mensch hat ein Bild davon, wie sein Partner in bestimmten Situationen reagiert, er kann darauf vertrauen. Strukturen verhelfen also dazu, Situationen oder den Umgang mit Menschen zu gestalten und berechenbarer zu machen. Minimale Vorhersagbarkeit der Lebensbedingungen ist zudem Voraussetzung für Handlungsplanung. Vorhersagbarkeit wiederum dient dem Menschen zur Kontrolle.

Der suchtkranke Mensch hat die Kontrolle über das Suchtmittel und seine Lebenssituation verloren. Abwehrmechanismen verhelfen ihm eine zeitlang dazu, den Kontrollverlust aus der Lebenswirklichkeit zu verleugnen bzw. zu verdrängen und sekundär Kontrolle über die Situation zu behalten. Struktur in Form eines geregelten Tagesablaufes mit einem natürlichen Wechsel von Arbeit und Freizeit ist oft durch suchtabhängige Arbeitslosigkeit verloren gegangen. Grundbedürfnisse im Leben wie Schlafen, Essen, Körperpflege etc. werden nicht mehr kontrolliert sondern je nach Chronifizierung der Suchtabhängigkeit vom Betroffenen vernachlässigt. Aktivitäten und Interessen, mit denen der gesunde Mensch Freizeit sinnvoll und befriedigend gestaltet und strukturiert, geraten beim Suchtkranken zugunsten des Suchtmittels in den Hintergrund, oder sie konnten aufgrund der Abhängigkeit erst gar nicht von ihm entwickelt werden. Äußere Struktur im Behandlungsprozess ohne passivierende Versorgung des Suchtkranken (geregelter Tagesablauf in Therapieangeboten, Arbeit- und Beschäftigung, Freizeit; Übernahme von Aufgaben und Verantwortung durch Ämter, Patientenvertretung im stationären Rahmen etc.) verhilft diesem dazu, Handlungskompetenz für den Alltag aufzubauen aber auch Kontrolle zurück zu erlangen.

### 5.1.2. Struktur im Sinne Nachreifung der Persönlichkeit

Vor dem Hintergrund einer multifaktoriellen Genese von Erkrankung wird Suchtabhängigkeit in der Integrativen Therapie verstanden „... als dysfunktionaler Versuch der Konflikt- und Problemlösung in einem supportarmen Kontext durch eine geschädigte *Persönlichkeit* mit einem defizienten *Selbst*, einem schwachen *Ich* und einer sich selbst entfremdeten *Identität*. Diese stellen das Resultat multipler Schädigungen in der Lebensspanne bei Abwesenheit protektiver Faktoren und Resilienzen dar, wobei in der Regel vielfältige Negativfaktoren (z. B. zeitextendierte Belastung oder Überlastung, chains of adverse events) kumulativ zum Tragen kommen.“ (Uchtenhagen 2000, S. 337)

Bezogen auf die Persönlichkeitstheorie neigt der Suchtabhängige nach PETZOLD zu *pathologischer Konfluenz* mit dem Ursprung einer *frühen Schädigung*<sup>12</sup> der Grundstrukturen. Diese können sich folgendermaßen zeigen in (vgl. Rahm 1999, S. 301):

<sup>11</sup> Der deutsche Begriff „Kontrolle“ wird vor allem mit der Bedeutung von „Überprüfung“ und „Korrektur“ assoziiert.

<sup>12</sup> Die Integrative Therapie unterscheidet je nach Zeitpunkt der Persönlichkeitsschädigung im Entwicklungsverlauf:

- „Frühe Schädigungen“ (= Schädigungen der Grundstrukturen Selbst, Ich, Identität) der *primären Struktur*, d.h. in der Entwicklung des „archaischen“ Selbst und in der beginnenden Ich-Entwicklung (1. – 2. Lebensjahr),
- Schädigungen in der *sekundären Struktur* der Persönlichkeit, durch die die Ich-Entwicklung und die beginnende Identitätsentwicklung beeinträchtigt wird (2. – 4. Lebensjahr),
- Schädigungen der *tertiären Struktur*, in denen es zu Schädigungen der Identitätsentwicklung kommt, keine konsistente stabile Identität entwickelt wird (vom 4. Lebensjahr an über die Lebensspanne hin) (vgl. Petzold 1993a, S. 1143)

**1. Schädigungen des Leib-Selbst**, z.B. leibliche Entfremdung, Hass auf den eigenen Körper, chronische Zustände von Engung (Angst) und Weitung (Zerfließen), Chronifizierung von Grundstimmungen (Depression, Panik, Euphorie), Gefühle von Leere und Sinnlosigkeit, Abspalten des Körpers oder einzelner Körperteile;

**2. Schädigungen des Rollen-Selbst**, z.B. fehlende oder mangelnde Rollenflexibilität und –differenzierung, Tendenz zu totaler Anpassung, Mangel an Empathie, Unfähigkeit, Atmosphären wahrzunehmen oder auszustrahlen;

**3. Schädigungen des Ich**, z.B. ständiger Wechsel von Gefühlen, Themen oder Standpunkten (unbemerkt vom Klienten, Spaltung); Unfähigkeit zu Exzentrizität (also sich zu relativieren); chronische Verwechslung von Wunsch und Wirklichkeit (Realitätsprüfung); Unfähigkeit, Impulse und Affekte zu regulieren;

**4. Schädigungen der Identität**, z.B. unterschiedliche Wahrnehmung zwischen den 5 Säulen der Identität, Trennungen innerhalb der Identitätsbereiche, Multiple Persönlichkeit;

Beim Suchtabhängigen haben sich die Persönlichkeitsstrukturen aufgrund ungünstiger Reifungsprozesse und nicht-förderlicher Kontakt- und Beziehungserfahrungen nur unzureichend ausgebildet. Dementsprechend sind die Ich-Funktionen (vgl. auch Punkt 1.5. HEIGL-EVERS) beim Suchtkranken beeinträchtigt. Nach Petzold wird unterschieden in (vgl. PETZOLD 2002b):

- *primäre Ich-Funktionen*: bewusstes Wahrnehmen, Fühlen, Wollen, Memorieren, Denken, Werten, Handeln,
- *sekundäre Ich-Funktionen*: intentionale Kreativität, Identitätskonstitution, innere Dialogik, bezogene Selbstreflexion, Metareflexion, soziale Kompetenz, Demarkation,
- *tertiäre Ich-Funktionen*: hochkomplexe Prozesse wie soziales Gewissen, politische Sensibilität, philosophische Kontemplation etc.

Wenn hinreichend Reifungsprozesse und gute Beziehungserfahrungen für die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit Voraussetzung sind, bedeutet dies mit Blick auf den suchtabhängigen Menschen, ihm „Sympathie“ entgegen zu bringen und „Stützstrukturen“ zur Verfügung zu stellen, damit er in seiner Persönlichkeit nachreifen kann.

#### **5.1.2.1. Der 2. Weg der Heilung und Förderung: „Nach- und Neusozialisation“ als strukturelles Merkmal der therapeutischen Beziehung**

Die Integrative Therapie hat das Modell der „Vier Wege der Heilung und Förderung“<sup>13</sup> entwickelt. An dieser Stelle soll der 2. Weg – Nach- und Neusozialisation im Speziellen herausgegriffen werden. In ihm spiegelt sich FERENCZIS<sup>14</sup> Haltung zu seinen Patienten wieder: „Ohne Sympathie keine Heilung!“. DULZ nimmt in seinen Ausführungen über die therapeutische Arbeit mit Borderline-Patienten Bezug auf die Anwesenheit des mütterlichen Prinzips in der Beziehung mit dem Patienten und macht darauf aufmerksam, dass Sympathie an dieser Stelle nicht mit Interesse für den Patienten verwechselt werden darf. Sympathie beinhaltet mehr, sei [...] wichtige Voraussetzung für eine zuverlässige und lange genug durchgehaltene therapeutische Beziehung, für ein Aushalten der belastenden Übertragung und Gegenübertragung, für ein Vermeiden des ‚die Flinte ins Korn werfen‘ - etwa in Zeiten heftigster Vorwürfe seitens des Patienten nach Monaten großen therapeutischen Engagements“ (Dulz et al. 2000, S. 491).

Dulz unterscheidet weiterhin Sympathie von Empathie. Sympathie müsse verstanden werden als ein *Mitfühlen*, Empathie als ein *Einfühlen*. Sympathie stelle die Basis therapeutischer Beziehung dar, während Empathie

---

<sup>13</sup> Modell der „Vier Wege der Heilung und Förderung“ umfasst: 1. Weg – Bewusstseinsarbeit, u. a. durch wachsende Sinnerfassungs-, Sinnverarbeitungs- und Sinnschöpfungskapazität; 2. Weg – Nach- und Neusozialisation, u. a. durch perzeptive, emotionale Differenzierungsarbeit, differentielles Parentage/Reparentage; 3. Weg – Ressourcenorientierte Erlebnisaktivierung, u. a. durch multiple Stimulierung; 4. Weg – Förderung von exzentrischer Überschau und von Solidaritätserfahrungen, u. a. durch alltagspraktische Hilfen und Empowerment (vgl. Petzold 2002b)

<sup>14</sup> Eine therapiepraktische Wurzel der Integrativen Therapie stellt die mutuelle elastische „Kinderanalyse mit Erwachsenen“ des Ungarn Sandor Ferenczi dar. Ferenczi (Schüler von Freud) ergänzte in seinen Analysen das „Prinzip der Versagung“ (Abstinenzregel) durch das mütterliche Prinzip des Erlebens von „Gewährung und Aufrichtigkeit“ (vgl. Schuch in: Integrative Therapie, Heft 2-3/2000, S. 169). Das analytische Setting sollte durch eine Haltung von Vertrauen, Verlässlichkeit und Sympathie dem Patienten gegenüber getragen sein.

als Fundament therapeutischer Technik wirke. „Persönliche Sympathie“ benennt Dulz zusammen mit „halten der Funktion“ und „technischer Neutralität“ (vgl. Dulz et al. 2000) als Grundvoraussetzung für den therapeutischen Umgang mit Borderline-Patienten.

Petzold beschreibt Nachsozialisation als einen „Lernprozess im ‚regressiven Milieu‘ einer Übertragungsbeziehung und einer fokal induzierten Regression“ (Petzold 1993a). Bei sorgfältiger Indikationsstellung vertritt Petzold anders als die klassischen psychoanalytischen Verfahren die Auffassung, dass regressions- und leiborientierte therapeutische Arbeit durchaus ein Zugang bei Patienten mit „frühen Störungen“ und Borderline-Erkrankungen ist, wenn ein sicherer Behandlungsrahmen (stationäres Setting), hoher Support im sozialen Netz gegeben ist oder Stabilisierung der Ich-Funktionen stattgefunden hat. Der gleichen Auffassung ist DULZ. Regression sei manchmal sehr sinnvoll, wenn der Borderline-Patient sich z.B. „in Phasen großer Angst in eine sichere Umgebung zurückziehen dürfe. Manche Borderline-Patienten sind so sehr ihrem rigiden Über-Ich ausgeliefert, dass es ein großer Fortschritt ist, wenn sie sich eine Auszeit gestatten und, anders als in Kindheit und Jugend, einmal nicht funktionieren müssen.“ (Dulz in: Damman/Janssen 2001, S. 225). In diesem Fall geschieht benigne Regression, wo sich im Sinne „maligner Progression“ (Petzold 1992a, S. 582) als Notreaktion auf einem *brüchigen* Selbst ein *starkes* Ich entwickelt hat, das wiederum fähig war, eine prägnante Identität auszubilden.

Das Konzept des Parentage/Reparentage in der Integrativen Therapie stützt sich auf Ergebnisse der Säuglings- und Longitudinalforschung (vgl. Petzold et al. 1995). Im „differentiellen Parenting“ (Petzold 2002b) übernimmt der Therapeut in der Beziehung zum Patienten nicht nur elterliche Rolle oder Funktion. Er verkörpert „[...] kompetente, erwachsene Schutz- Pflege und Bezugspersonen in ‚aktualisierten Situationen‘ fehlenden Beistandes oder in der Aktivierung früherer guter Milieus und anderer gegenwärtiger Ressourcen sowie in der prospektiven Entfaltung von *Potentialen* der Person und ihres Konvois.“ (Petzold 2002b, Hass, Petzold 1998). Zwischen-leibliche Interaktion, z.B. das konkrete Gehaltenwerden vom Therapeuten in einer haltlosen Situation und nonverbale Kommunikation z.B. in Form „guter identitätsstiftender Blicke“<sup>15</sup> in Korrektur „böser Blicke“ oder als Substitut für gemachte Erfahrung „prolongierter Blickverweigerung“ (Petzold et al. 1995) seitens der Bezugspersonen des Patienten sollen korrigierende Erfahrungen erlebbar machen, wo auf einer mit-menschlichen Ebene „Blickdialoge“ wechselseitiger Berührtheit stattfinden, Therapie zur „fördernden Umwelt“ (Donald W. WINNICOTT) für den Patienten wird und positives Selbstgefühl entstehen kann. Der freundliche liebevolle Blick des Therapeuten, der zum „Spiegel des Gesichts“ (Winnicott) für den Patienten wird, ermöglicht es ihm, sich mit den liebevollen „Augen des anderen“ (des Therapeuten) zu sehen und sein bisheriges Selbstbild über positive attributive Identifizierungen des Therapeuten zu korrigieren.

Schauen wir in die Lebensgeschichten von suchtabhängigen Menschen, so begegnen uns dort vielfach pathogene Milieus ohne hinreichenden Support im Umfeld des Betroffenen. Aufgrund gestörter Kontakt- und Beziehungserfahrungen haben suchtkranke Patienten kaum ein „Bild vom Anderen als sicheren Gefährten“<sup>16</sup> entwickelt. Oder es wurde ein „generalized other“<sup>17</sup> (G. H. Mead 1934) verinnerlicht, der im Alltag als strafende und kontrollierende Funktion auftritt. Borderline-Patienten leiden vielfach an Gefühlen der Selbst-Auflösung und Leere, und Suchtmittelmissbrauch dient dann der Regulierung nicht kontrollierbarer Gefühle. Aufgrund „invalidierender Umgebung“<sup>18</sup> (Marsha M. Linehan 1996), die in den meisten Biographien dieser Patientengruppe zum Ausdruck kommt, konnte kein zuverlässiger innerer Gefährte entwickelt werden. Zu-

---

<sup>15</sup> Entwicklungsgeschichtlich erkennt sich der heranwachsende Säugling zuerst über den Blick der Bezugsperson, bevor er sich selbst im Spiegel aus Glas erkennt. Der Säugling spiegelt sich in den Augen der Mutter oder des Vaters. Über die Blicke der Mutter fühlt sich das Kind erfasst und erfasst seinerseits die Mutter über seine Blicke.

<sup>16</sup> Nach D. STERN (1985) entwickelt der Säugling im Alter zwischen 2 – 9 Monaten die Grundlage der Beziehungsfähigkeit. Über konkrete Kontakterfahrungen entsteht beim Säugling ein Bild vom anderen als Gefährten. Stern unterscheidet hierbei den „Self-regulating other“, der Andere, der meine Bedürfnisse, Gefühle, Handlungen reguliert und den „evoked companion“, der innere Andere, den ich mir in meiner Phantasie/in meinem Gefühl hervorholen und mit ihm innerlich in den Dialog treten kann.

<sup>17</sup> G. H. MEAD (1934) spricht vom „generalized other“ als der Möglichkeit des Menschen, über den *innerlichen Dialog* „sich selber zum Gefährten zu werden“. Wir tun dies im Alltag, indem wir uns beispielsweise in einer Situation ganz konkret auf eine bestimmte Person besinnen und uns fragen: „Was würde wohl ... jetzt sagen oder tun?“ Der innere Gefährte kann sich innerlich auch in unserem moralischen Wertesystem ausdrücken.

<sup>18</sup> Linehan beschreibt drei Arten invalidierender (entwertender) Umgebungen: die chaotische, die perfekte und die typische Familie

wendung, Beruhigung, Stabilisierung ist diesen Patienten aufgrund dessen im Alltag über den Prozess der „inneren Ko-respondenz“ kaum möglich bzw. Alkohol und Drogen werden als Form von Bewältigung eingesetzt.

Nachsozialisation bedeutet Arbeit des Therapeuten *in der Übertragung* bzw. die Übernahme einer z.B. positiven Elternrolle oder –funktion. Arbeit in der Übertragung muss mit dem suchtkranken Patienten unter Beibehaltung des Realitätsbezuges geschehen, wenn er über Regression im Sinne einer Abwehr kaum im Gegenwartsbezug lebt. Der Therapeut verkörpert mit Bezug auf die Lebensrealität für den Patienten z.B. den väterlichen Aspekt, in dem er ihm konkrete Orientierung, Hilfen und Unterstützung für den Alltag gibt. Arbeit in der Übertragung muss aber auch bei ausreichender Reflexionsfähigkeit Arbeit *an der Übertragung* bzw. die Arbeit an der Auflösung der Übertragung beinhalten. Über die Verkörperung von Väterlichkeit wird dem Patienten z.B. bewusst, dass ihm der Vater als Leit-Figur in seinem Leben gefehlt hat. Es findet konfliktzentriert-aufdeckende Bewusstseinsarbeit (1. Weg der Heilung und Förderung) statt. Daraus resultierende Trauerarbeit geht beim Betroffenen mit emotionaler Differenzierungsarbeit, Integration und Neuorientierung im Gegenwartsbezug einher. Mit der Zunahme an Exzentrizität<sup>19</sup> des Patienten findet meist in einer späteren Phase der Therapie Arbeit *in der Beziehung* statt. Der Therapeut wird mit seiner Person gesehen, wie er wirklich ist. Die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist belastungsfähig und relativ übertragungsfrei.

Durch Neu- und Nachsozialisation soll „heilende Atmosphäre“ („facilitating environment“, Winnicott) bereitgestellt, auf diese Weise Gefühl von Grundvertrauen im Patienten gefördert und negative Erlebnisse und Erfahrungen in der Lebensgeschichte korrigiert werden. Der Patient soll sich selbst zum Gefährten werden. Freuds Prinzip der Versagung ist jedoch eine weitere Dimension, die prozessorientiert zum Tragen kommt, wenn der Patient an Ich-Reife gewonnen hat, sich selbst stützen und Verantwortung übernehmen kann. Der 2. Weg der Heilung bewegt sich also zwischen den Polen der „Bedürfnisbefriedigung“ und der „Grenzsetzung“. Bis aber der Patient zu Self-Support (Perls) fähig ist, benötigt er zunächst viel Fremd-Support durch den Therapeuten als sein Hilfs-Ich, indem er dem Patienten Halt gibt, die Übersicht im Prozess behält und Alltagsrealität mit ihm ordnet.

#### 5.1.2.2. „Stützstruktur“: Hilfs-Ich

Insbesondere suchtabhängige Menschen mit einer „frühen Störung“, traumatisierte Patienten, Borderline-Patienten, die sich aufgrund eines schwachen Ich, eines meist fragilen Selbst und einer inkonsistenten Identität nicht selbst stützen können, denen der innere Beistand fehlt, die von flashbacks und Intrusionen überwältigt werden und denen die Fähigkeit zur Demarkation fehlt, benötigen am Anfang der Behandlung die Fürsorge ihrer Umwelt (Halten) und vor allem ihre Sympathie. Die Lebensgeschichten und die damit verbundenen Erfahrungen, welche uns von suchtabhängigen Menschen erzählt werden, sind meist Frustrations-, Kränkungs- und Traumaerlebnisse und mit Angst, Scham und Versagen verbunden. Haltefunktion des Therapeuten ermöglicht Stützung und Entwicklung des Selbstwertgefühls. Der Therapeut muss „holding function“ (haltende Funktion) übernehmen, stabilisierende „Plateauarbeit“ (Petzold) leisten. Der Patient muss sich sicher fühlen, bevor er sich an seine Probleme, „an die wilden Zeiten“ (Petzold, siehe auch Punkt 2.4.1.) herantrauen und sich konfliktzentriert damit auseinander setzen kann. In haltender Funktion arbeitet der Therapeut mit „*unterstellter Intersubjektivität*“, wo aufgrund der eingeschränkten Fähigkeiten beim Patienten momentan keine „wechselseitige Begegnung von Gleichen“ (Petzold 1993a) als Intersubjektivität gegeben ist. Aus dieser Haltung heraus nennt Petzold zwei identifikatorische Schritte im therapeutischen Handeln (vgl. Petzold 1993a, S. 1080):

1. **protektiv-persönliche Identifikation:** der Therapeut versucht herauszufinden, wie er an Stelle des Patienten die Situation erleben und handeln würde, wobei dem Therapeuten bewusst ist, dass es *seine* persönliche Sicht der Dinge ist,
2. **empathisch-intuierende Identifikation:** der Therapeut versucht sich in die Situation des Patienten als Betroffenen hineinzubegeben, versucht die *Sicht des Patienten* über Dinge, dessen Denken und Fühlen einzufangen;

---

<sup>19</sup> Exzentrizität: die Fähigkeit, sich selbst und seine Umwelt in Vergangenheit und Gegenwart bewusst zu erleben, zu reflektieren und zu relativieren; die Fähigkeit, Entwürfe zu entwickeln, ohne den Gegenwartsbezug zu verlieren

Zu Beginn einer Suchttherapie geht es erst einmal darum, über Sympathie zu einem stabilen Arbeitsbündnis mit dem Patienten zu gelangen. Der Therapeut muss primär *an der Beziehung* mit dem Betroffenen arbeiten, wenn nicht genügend Ko-respondenzfähigkeit und Rapport<sup>20</sup> beim Patienten gegeben und seine Ich-Funktionen (Affekt- und Impulskontrolle, Frustrationstoleranz, Demarkation etc.) nicht stabil genug sind. Mit unterstellter Intersubjektivität und mit Hilfe *protektiv-persönlicher* Identifikation sowie *empathisch-intuierender* Identifikation findet eine äußere Strukturierung durch den Therapeuten statt. Er verhilft dem Patienten, ausgehend von seinem noch „externen locus of control“ zu einer Übersicht über den Verlauf und über Ziele der Behandlung, indem er mit ihm zusammen über regelmäßige Prozessanalyse den bisherigen Therapieprozess mit seinen Fortschritten und Rückschritten reflektiert. Dadurch entwickelt sich immer mehr Zielorientierung und Kontrolle im Patienten („internaler locus of control“). Der Suchtpatient, der über „maligne Progression“ sich lange Zeit seine Sucht und damit seine Abhängigkeit nicht eingestehen wollte, gelangt mit Winnicott über die Herstellung einer „heilenden Atmosphäre“ und dem Fremd-Support durch den Therapeuten und den Mitpatienten zunächst einmal in „absolute Abhängigkeit“, bis er sich über eine Zwischenphase der „relativen Abhängigkeit“ auf den „Weg zur Unabhängigkeit“ begibt (vgl. Dulz et al. 2000, S. 495).

Da beim Suchtpatienten die Fähigkeit zur Realitätsprüfung oft fehlt oder nur eingeschränkt vorhanden ist, stellt der Therapeut über haltende und stützende Hilfs-Ich-Funktionen gleichzeitig die Verbindung zur Realität her. Für HEIGL-EVERS bedeutet diese Hilfs-Ich-Funktion des Therapeuten ein therapeutisches Vorgehen nach dem Prinzip „Antwort“. Dem Suchtkranken fehle es an innerer Strukturierung und Regulierungsfähigkeit, weshalb das klassische Prinzip „Deutung“, d.h. unbewusstes konflikthaftes Geschehen wird durch Wiederverknüpfung von Sinnzusammenhängen aufgedeckt, bei ihm nicht greife. Regulierung müsse deshalb an äußere Objekte beispielsweise den Therapeuten delegiert werden. Der Analytiker im klassischen Setting verschwinde jedoch als „Real“-Person. (vgl. Heigl-Evers et al. 2002, S. 68). Heigl-Evers stützt sich mit ihrem Ansatz der psychoanalytisch-interaktionellen Methode auf Winnicotts therapeutische Haltung der „good enough mother“, wobei der Therapeut sowohl „mütterliche“ wie „väterliche“ Positionen dem Patienten gegenüber einnimmt. Durch sein Interaktionsverhalten bietet sich der Therapeut „[...] zum Modell für neue Internalisierungsprozesse zum Zweck nachholender Strukturbildung an.“ (Heigl-Evers et al. 2002, S. 91)

Das Prinzip „Antwort“ in der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie beinhaltet „*harmonisch-empathische Interventionen*“ sowie „*kontrapunktisch-abgrenzende Interventionen*“. Zu den harmonischen Antworten gehören z.B. spiegelnde Antworten („Auf mich wirken Sie jetzt traurig, müde etc. ...“), Antworten in Übereinstimmung (z.B. „Mir geht es da ganz ähnlich“). Zu den Antworten als Kontrapunkte zählen abgrenzende Antworten in Hilfs-Ich-Funktion (z.B. „Ich an ihrer Stelle wäre da ...“), aber auch abgrenzende Antworten im Sinne direkten Feedbacks (z.B. „Wie Sie so reden, lösen Sie bei mir ...“). Ulrich SACHSSE macht in diesem Zusammenhang in seinem Aufsatz über Klinische Erfahrungen mit der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie darauf aufmerksam, dass es bei direkter Rückmeldung auf eine Dosierung ankomme, die für den Patienten förderlich ist. Dieses „richtige Dosieren“ kommt im Konzept der „Selektiven Offenheit“ als einem wesentlichen therapeutischen Interventionsstil in der Integrativen Therapie zum tragen, auf den im nächsten Punkt noch näher eingegangen wird.

Die Hilfs-Ich-Funktion des Therapeuten, die sich nach Petzold im Sinne einer Nachsozialisation flexibel zwischen den Polen „Bedürfnisbefriedigung“ und „Grenzsetzung“ bewegt, beinhaltet die notwendige dialektische Haltung des Therapeuten zum Suchtkranken. Der suchtabhängige Mensch kann die Dialektik im alltäglichen Leben (z.B. Nähe –Distanz, Selbstoffenbarung –Abstinenz) und daraus resultierende Spannungen nur schlecht ertragen. Es fällt ihm schwer, Lebenswirklichkeit als vielschichtiges Phänomen wahrzunehmen, in Gegensätzen zu denken oder einander widersprechende Meinungen einzunehmen. Am deutlichsten tritt diese Unfähigkeit beim Borderline-Patienten in Erscheinung. Äußere Strukturierung im Einnehmen einer dialektischen Haltung fördert Differenzierungs- und Integrationsarbeit und schließlich Neuorientierung beim Patienten.

Verlässliche Regeln z.B. Hausordnung, Kommunikationsregeln in der therapeutischen Gruppe stellen für den Patienten ebenfalls Hilfs-Ich-Funktion dar. Sie sorgen für klare Verhältnisse, Orientierung und Sicherheit, schützen vor Willkür und Machtmissbrauch und ermöglichen die Entwicklung eines „internalen locus of con-

---

<sup>20</sup> „Rapport“ meint eine spezifische Form von Kontakt - „Minimal-Kontakt“ - der zwischen Therapeut und Patient unter schwierigen Bedingungen (z.B. in einer tiefen Regression) erhalten bleibt. Bei Patienten mit eingeschränkten Ich-Funktionen, wo in der Regel auch Realitätskontrolle und sicheres Selbst-Gefühl fehlen, ist dieser Rapport besonders wichtig. (vgl. Rahm et al. 1999, S. 168)

trol“. Verlässliche Regeln und Absprachen innerhalb der Beziehung (Gruppe, Dyade) z.B. Nähe-Distanz-Regulierung, schützen den Therapeuten im Sinne einer Burnout-Prophylaxe vor übermäßigen Energieverlust und den Patienten vor Verstrickung in Suchtersatzverhalten (Kontakt- und Beziehungswünsche an den Therapeuten). In Verbindung mit Kontext/Kontinuum müssen Regeln im System in der Ko-respondenz mit Team und Patienten immer wieder modifiziert werden. Darüber hinaus gibt es Regeln, die keinen Handlungsspielraum zulassen, wenn es z.B. die Gefahr für Leib und Leben der Patienten oder der Mitarbeiter betrifft.

### 5.1.2.3. Intervention als Struktur: „Partielles Engagement und Selektive Offenheit“

Die Konzepte „Partielles Engagement“ und „Selektive Offenheit“ als Interventionsstil in der Integrativen Therapie entwickelten sich in Erweiterung der „aktiven und elastischen Technik“ Ferenczis mit dem Ziel, die Gefahren „mutueller Analyse“ zu handhaben. Das Konzept der „Mutualität“ wurde von Petzold durch das Konzept der „intersubjektiven Ko-respondenz“ ausgebaut. Das Konzept der „*selektiven Offenheit*“ geht auf Laura Perls zurück, welche die beiden therapeutischen Stile „Abstinenz“ und „Self-disclosure“ in ihm verband. Mit der Haltung der selektiven Offenheit offenbart sich der Therapeut mit seiner Wahrnehmung (Awareness) dem Patienten in einer Weise, dass es für seine Entwicklung förderlich ist. Ein Zuviel kann negative therapeutische Reaktionen hervorrufen, z.B. Angst, Widerstand, Fluchtgedanken. Das Konzept des „*partiellen Engagements*“ erfordert vom Therapeuten die Fähigkeit, sich auf den Patienten einzulassen, ohne sich selbst dabei zu verlieren. Dieses sich Einlassen geschieht auf vier Ebenen: 1. Einlassen auf sich selbst, 2. Einlassen auf den Patienten, 3. Einlassen auf die Inhalte, die in der therapeutischen Sitzung zur Sprache kommen und 4. Einlassen auf den aktuellen Kontext der Therapiesituation.

Durch die Fähigkeit zu partiellem Engagement und zu selektiver Offenheit wird der Therapeut „[...] ein reflektierender, sich eingebender Dialogpartner und tragfähiger Handlungspartner [...]“ (Petzold et al. 2000a, S. 338). Die therapeutische Haltung des „partiellen Engagements“ verlangt vom Therapeuten ein hohes Maß an Regulationsfähigkeit im Umgang mit den eigenen Gefühlen und Bedürfnissen, bedeutet eigene emotionale Beteiligung des Therapeuten, welche Atmosphäre von Akzeptanz und Wertschätzung zum Patienten schafft, ohne sich aber selbst zu verlieren. Der Therapeut muss fähig sein, Nähe und Distanz zu regulieren, bedeutet dem Patienten so viel Nähe zu geben, wie es im therapeutischen Prozess notwendig und förderlich erscheint, ohne dabei Gefahr zu laufen, die Distanz zu verlieren und absorbiert zu werden. Der Therapeut engagiert sich für den Patienten, nimmt Anteil an seiner Lebenswelt, an seinen Problemen und Nöten, an seinen Fortschritten und Freuden. Wenn im therapeutischen Geschehen aus Engagement ein Involviertsein, ein „Mit-Leiden“, ein „Verschmelzen“ mit dem Patienten wird, geht Exzentrizität, die notwendige Übersicht über das Geschehen, verloren. Kontakt in seiner Doppelfunktion von Berührung und Abgrenzung wird zu Konfluenz. Abgrenzungsprobleme bzw. Co-Abhängigkeit als Phänomen beim Therapeuten (siehe Punkt 4.1) im Prozess mit dem Patienten kann auch auf seine mangelnde Fähigkeit zu partiellem Engagement zurückgeführt werden.

Gerade am Anfang der therapeutischen Behandlung, also im Frühbereich des Kontakts mit dem Patienten, sind gute Grenzen (Klarheit und Eindeutigkeit des Therapeuten in der Beziehung), wenig Selbstoffenbarung und gute Gegnerschaft (Mutualität) zum ihm erforderlich. An dieser Stelle möchte ich kurz auf das psychoanalytische Konzept der „Technischen Neutralität“ eingehen, dass ich hier synonym mit der therapeutischen Haltung des „partiellen Engagements“ verwende. DULZ sagt mit Bezug auf seine therapeutische Arbeit mit Borderline-Patienten: „Neutralität bedeutet, die Gegenübertragung, also auch eigene Schwächen, wahrzunehmen, zu analysieren und sie in der Therapie zu kontrollieren, also ihr nicht impulsiv nachzugeben [...]. Nur mittels der technischen Neutralität wird es möglich, dass der Therapeut sich nicht so verhält, wie es der Vater oder die Mutter des Patienten getan haben.“ (Dulz et al. 2000, S. 493) Da Sympathie und technische Neutralität zusammen mit haltender Funktion therapeutisch notwendige Grundhaltungen sind, entsteht daraus eine „Gratwanderung zwischen Verschmelzung mit dem Patienten einerseits und einer aggressiven Abwehr des Patienten andererseits“ (Dulz et al. 2000, S. 493). Technische Neutralität dient aus psychoanalytischer Sicht der Handhabung von „Gegenübertragungsgefühlen“ - in der Integrativen Therapie sprechen wir an dieser Stelle von den *Übertragungen des Therapeuten* - insbesondere von negativen Gegenübertragungen in der Beziehung mit dem Patienten. Sympathie sorgt gerade bei negativen Gegenübertragungen für die Aufrechterhaltung der stabilen therapeutischen Beziehung und schützt den Patienten vor unangemessenen Reglementierungen und Übergriffen des Therapeuten. Neutralität sorgt für Flexibilität im Umgang mit dem Patienten, für Grenzziehung und Strukturierung und schützt gleichzeitig vor Verstrickung mit ihm in der Beziehung.

## 5.2. Bedeutung von äußerer Strukturierung in der ambulanten Behandlung am Beispiel ARS Olpe

Als ich vor fast vier Jahren in der Caritas-Suchtberatung in Olpe meine Tätigkeit als Suchttherapeutin aufnahm, befand sich die Stelle gerade in einer Umbruchsituation. Ein Leitungswechsel hatte stattgefunden. Eine zweite Patientengruppe im Rahmen der ARS (Ambulante Rehabilitation Sucht) wurde eröffnet. Gleichzeitig erweiterte sich das Team der ARS personell. Durch die personelle Aufstockung fand gleichzeitig ein Zugewinn an Wissens- und Kompetenz-Vielfalt durch Ergänzung anderer therapeutischer Ausrichtungen statt. Mit der neuen gegebenen Realität befand sich das System „Suchtberatungsstelle“ zu diesem Zeitpunkt in einer labilierten Phase, in einer Phase von Chaos innerhalb eines synergetischen Prozesses. Eine neue Gewichtung von Realität und Umbau von bisherigen Strukturen musste stattfinden. Dies bedeutete Abschied von der „alten Ordnung“, welche das System bisher stützend getragen hatte, bedeutete an manchen Punkten Abschied nehmen von der bisherigen Art, Dinge wahrzunehmen und zu verstehen. Über Ko-respondenz als „synergetischer Prozess direkter und ganzheitlicher Begegnung und Auseinandersetzung zwischen Subjekten auf der Leib-, Gefühls- und Vernunftsebene“ (vgl. Petzold 1991a, S. 55) fand im Team ko-kreativ unter Einbeziehen des Kontextes/Kontinuums Erkenntnis und das „Aushandeln von Wahrheit“ (Rahm et al. 1999, S. 36) statt. Es entstand *Konsens* über neue Wahrheit. Alte Konzepte wurden überprüft und daraus entstandener Konsens verfestigte sich als Niederschlag in überarbeiteten *Konzepten*. Aus den neuen sinnstiftenden Konzepten entwickelte sich gemeinsames Handeln in *Kooperation*. Die nachstehende Vorstellung der Behandlungsstrukturen in der ARS versteht sich vor diesem Hintergrund als momentaner Ausschnitt in einem fortlaufenden Veränderungsprozess.

### 5.2.1. Struktur zur Entwicklung einer Therapiekultur

Im vorangegangenen Abschnitt wurde u. a. die Bedeutung von „heilender Atmosphäre“, von „fördernder Umwelt“ im Therapieprozess herausgestellt. Damit der Suchtkranke in einer heilenden Atmosphäre reifen kann, bedarf es auf Seiten der Behandlungsstätte einer förderlichen „Therapiekultur“ (vgl. Baudis 1997, S. 100) d.h. eines ko-respondierenden Umgangsstils mit den Patienten. Die Hausordnung ist *ein* Instrument zur Entwicklung von Therapiekultur.

#### 5.2.1.1. Hausordnung/Regularien

Mit Bezug auf BAUDIS möchte ich auf die Begriffe „Hausordnung“ und „Regularien“ eingehen. Die „Hausordnung“ setzt innerhalb einer Einrichtung *Grundregeln* zur Entwicklung eines therapeutischen Klimas. Diese Grundregeln (z.B. Drogen- und Gewaltfreiheit) sind der *feste* Rahmen (z.B. Nomen, Werte, Grundsätze) in einer Einrichtung und schaffen für den suchtkranken Patienten die notwendige Sicherheit zur Einleitung seines therapeutischen Prozesses. Die Hausordnung regelt aber auch Kommunikationsstrukturen („Spielregeln“) im Gruppenprozess und schützt vor Grenzverletzungen und Willkür. Die Hausordnung bezieht sich auf die Mitwirkung der Patienten. Sie definiert den äußeren Rahmen der therapeutischen Beziehung. Sie sorgt für Realitätsbezug und verhindert das Entstehen einer „künstlichen“ Therapiewelt. Nach Baudis ist die Hausordnung als äußerer Rahmen „[...] dem Ziel untergeordnet, an den inneren Prozess des einzelnen, an die süchtige Beziehungsstruktur, an die darin eingefrorene Lebensangst und Destruktion, heranzukommen und einen entwicklungsfördernden Dialog<sup>21</sup> zu unterstützen.“ (Baudis 1997, S. 101) Wie an mehreren Stellen dieser Arbeit bereits immer wieder hervorgehoben, wird „Hausordnung“ auch hier als dynamischer Rahmen verstanden, der in Verschränkung mit dem Prozess hinterfragt und angepasst wird. „Regularien“ beziehen sich auf Vereinbarungen und regeln die Arbeitsweise der Mitarbeiter.

---

<sup>21</sup> Nach Petzold muss eher von „Polylog“ gesprochen werden, wobei „Polylog“ verstanden wird „[...] als vielstimmige Rede, die den Dialog zwischen Menschen umgibt und in ihm zur Sprache kommt, ihn durchfiltert, vielfältigen Sinn konstituiert oder einen hintergründigen oder übergreifenden *Polylogos* aufscheinen und `zur Sprache` kommen lässt. Das Konzept des Polyloges bringt unausweichlich das *Wir*, die strukturell anwesenden Anderen, in den Blick, macht die Rede der Anderen hörbar oder erinnert, dass sie gehört werden müssen [...]“ (Petzold 2003b, S.26 – 27)

### a) Hausordnung in der ARS Olpe

Die Hausordnung in der ARS Olpe möchte die vielfach geschehenen Abwertungsprozesse im Leben des suchtkranken Menschen durch gezielt „positive Konnotation“<sup>22</sup> unterbrechen, d.h. an die positiven Fähigkeiten des Gegenübers zu glauben, sie zu unterstellen und erfahren zu lassen. Gesunde Anteile und Ressourcen sollen auf diese Weise gestärkt werden.

Die Hausordnung in der ARS Olpe setzt folgende Grundregeln:

- Suchtmittelfreiheit
- Gewaltfreiheit

Androhung und Anwendung von Gewalt führen zur sofortigen Entlassung aus der ambulanten Rehabilitation. Suchtmittelkonsum führt in der Regel zur Entlassung, wenn ein Rückfall verschwiegen wird. Diese Grundregeln sollen den Einzelnen/die Gruppe vor Grenzverletzungen sowie vor destruktiven Einflüssen auf eine heilende Therapiekultur schützen.

Die Hausordnung sorgt für die Entwicklung einer förderlichen Therapiekultur, indem:

1. der Therapeut positiv konnotiert, d.h. das „steuernde Selbst“ (Baudis) des Patienten anspricht bzw. seine Selbstwirksamkeit fördert,
2. Meta-Kommunikation stattfindet (Wie gehen wir miteinander um, wie reden wir miteinander?),
3. Kommunikationsregeln (sozialen Normen in der Gruppe, Werte) besprochen und gemeinsam gestaltet werden,
4. Konflikte und Probleme in der Gruppe nach dem Konsensprinzip gelöst werden,
5. bei Entscheidungsprozessen alle Betroffenen einbezogen werden.

Die Hausordnung macht Aussagen zum Verständnis und zum Umgang mit dem Rückfall. Als Rückfall wird jeder ein- oder mehrmaliger Konsum eines Suchtmittels gewertet. In der ARS Olpe wird mit dem Rückfall gearbeitet, da er als Chance zur Weiterentwicklung betrachtet wird.

### b) Regularien

Regularien in der ARS Olpe beziehen sich auf die inhaltliche und formal strukturierte Arbeitsweise in der Therapiegruppe und in der Dyade (z.B. Strukturierung der Eingangsrunde in der Gruppe, monatliche Blutwerteerhebung, regelmäßige Prozessanalysen, festgelegte curriculare Foki.). Das Instrument „Reha-Verlaufsplan“ regelt in diesem Kontext auf einer Zeitschiene die einzelnen Schritte des Behandlungsverlaufs (Behandlungskontrakt, Schließen des Therapievertrages, medizinische und psychologische Untersuchung etc.), hilft dem Therapeuten bei der individuellen Behandlungsplanung und dient ihm gleichzeitig zur Überprüfung des Behandlungsverlaufes im Einzelfall. Zu den Regularien gehört auch das Rückfallkonzept, in dem die einzelnen Schritte des Vorgehens bei Rückfall vorgegeben sind (z.B. Klärungsgespräch mit dem Bezugstherapeuten und einer „neutralen“ zweiten Person, Rückfallbearbeitungsbogen, Rückfallbearbeitung mit dem Patienten in der Gruppe).

#### 5.2.1.2. Behandlungskontrakt

Der Behandlungskontrakt ist Teil der *individuellen* Behandlungsplanung und –gestaltung und geschieht anders als die Hausordnung zwischen Patient und Therapeut. Der Behandlungskontrakt sorgt für die formale und inhaltliche Strukturierung des voraussichtlichen Behandlungsverlaufs. In der ARS Olpe werden mit dem Patienten folgende Inhalte besprochen:

- voraussichtliche Behandlungszeit,
- Setting (Einzel-, Paar-, Gruppentherapie) und Frequenz,
- vorläufige Behandlungsziele
- Curriculare Themen (z.B. Fragebogen zur Lebensgeschichte, Prozessanalysen, Rückfallprophylaxe)
- Sonderabsprachen: Krisenintervention, Telefonkontakte zwischen den Sitzungen etc.

---

<sup>22</sup> Nach Baudis beinhaltet das Behandlungsprinzip der „positiven Konnotation“ (vgl. Baudis 1997, S. 32):

- Subjekt/Objektkonnotation: Attribuieren Selbst/Anderer (Wer ist Ursprung von Verhalten, Empfinden und Gedanken?)
- Aktive Konnotation: Einführen von Handlung, Zeit und Veränderung
- Positive Konnotation: Überwinden schmerzlicher Zustände, Entdecken von Sinnhaftigkeit und Bewahren positiver Zustände

Der Behandlungsvertrag soll Verbindlichkeit herstellen und Absprachen zwischen Therapeut und Patient regeln. Der Vertrag ist prozessorientiert, wird mit dem Patienten immer wieder überprüft und eventuell nachstrukturiert (z.B. aufgrund veränderter äußerer Gegebenheiten). Wenn die Inhalte des Behandlungsvertrages in gegenseitigem Einverständnis zwischen Patient und Therapeut geklärt sind und der Patient das Setting ausreichend kennen gelernt hat, wird zum Ende der probatorischen Phase (spätestens 4 Wochen nach Behandlungsbeginn) der Therapievertrag geschlossen.

### 5.2.1.3. Therapievertrag

Der Therapievertrag ist *Ritual* und keine individuelle Situation. Er bezieht sich auf die Therapiekultur und Wertewelt in der Einrichtung. Der Therapievertrag beendet die Initialphase im Behandlungsprozess und besiegelt gleichzeitig das Arbeitsbündnis zwischen dem Patienten und dem Therapeuten. Bestandteile des Therapievertrages sind:

- Anerkennung und Übernahme der Grundregeln (Suchtmittel- und Gewaltfreiheit)
- Verpflichtung zur Selbstoffenbarung und Mitwirkung in der Therapie
- Bereitschaft zur Konfrontation
- Verpflichtung, anderen wertschätzendes Feedback zu geben

### 5.2.2. Struktur zur Herstellung von Realitätsbezug

Das ambulante Behandlungsrahmen schafft von vornherein äußere Realitätsnähe im Behandlungsverlauf. Patienten, welche zuvor in einer stationären Entwöhnungsbehandlung waren, sprechen von dieser Zeit auch als einer Zeit „wie unter einer Käseglocke“ und unterstreichen im Gegensatz zur ambulanten Behandlung mit diesen Worten die *äußerliche* Realitätsferne in der Klinik.

#### a) Zeit als Realität

Zu der auf äußerer Ebene gegebenen Realitätsnähe zum Trinkumfeld, zu den Angehörigen, zum Arbeitsplatz usw. versucht die ARS Olpe durch Strukturierung auch den *inneren* Realitätsbezug im Patienten zu fördern. Im Rahmen des Behandlungsvertrages wird mit dem Patienten von vornherein die zeitliche Begrenzung der ambulanten Therapie *thematisiert* und im Behandlungsverlauf u. a. durch Prozessanalysen für Patient und Therapeut immer wieder *vergegenwärtigt*. Ausgehend von dem „Tetradischen Prozess-Modell“ der Integrativen Therapie (vgl. Petzold 1991a, S. 68) hat der Patient die Aufgabe, zu bestimmten Zeiten seinen Prozess zu analysieren:

- Prozessanalyse I: Umstieg von der Initialphase (probatorische Phase) in die Aktionsphase
- Prozessanalyse II: Umstieg von der Aktionsphase in die Integrationsphase
- Prozessanalyse III: Umstieg von der Integrationsphase in die Neuorientierungsphase

Prozessanalyse I beendet das *Ankommen* des Patienten in der ARS und die Initialphase im Gesamtprozess. Zu diesem Zeitpunkt sollte nach Möglichkeit Vertrauen zwischen Therapeut und Patient und zur Gruppe entstanden sein. Eine erste Anamnese und Diagnose der Störungen und Probleme des Patienten hat stattgefunden. Der Behandlungsvertrag wurde besprochen, erste vorläufige Ziele gemeinsam erarbeitet und das Arbeitsbündnis mit dem Therapievertrag beschlossen.

Prozessanalyse II macht eine Zäsur auf dem bisherigen Weg der *Auseinandersetzung und Bewertung* der individuellen Lebens- und Suchtgeschichte in der Aktionsphase. Es hat Nachsozialisation, emotionales Lernen stattgefunden, indem der Patient in einem heilenden therapeutischen Milieu vergangene Konflikte und Erlebnisse *neu* durchlebt und verarbeitet hat. Auf diese Weise wurde für den Patienten eine Korrektur vorheriger Selbst-Bilder, Erfahrungen und Erlebnisse möglich.

Prozessanalyse III leitet den *Ablösungsprozess* und den *Abschied* ein. In der Integrationsphase hat der Patient begonnen, den Sinn seines Suchtverhaltens zu verstehen. Alte Narrative verlieren zunehmend mehr ihre bestimmende Kraft. Aktuelles Verhalten, Gefühle und Konflikte werden bewusster wahrgenommen. Mit dem Übergang in die Neuorientierungsphase wird der Patient zunehmend fähiger, aus den integrierten Erfahrungen und Erkenntnissen in der Therapie neues Verhalten im Alltag zu erproben, zu üben und damit seinem Leben eine neue Orientierung ohne Sucht zu geben. In der eingeleiteten Neuorientierungsphase geht es darum, die Selbststeuerung des Patienten zu erhöhen. Seine Abstinenzfähigkeit muss sich stabilisieren. Der „Notfallkoffer“ für rückfallgefährdende Situationen muss von ihm gepackt werden. Er sollte Zugang zu seinen Stärken und Verletzlichkeiten („coping strategien“) entwickelt haben.

Die Erfahrung von „Zeit als Realität“ begegnet den Patienten nicht nur durch die strukturierten Prozessanalysen sondern jede Woche in der Gruppentherapie, wo ein bestimmter zeitlicher Rahmen zur Verfügung steht. Das bedeutet für den Einzelnen unter Umständen, dass sein Thema in der Gruppensitzung aus Zeitgründen nicht bearbeitet werden kann, bedeutet das Aushalten von Frustration eigener Bedürfnisse, weil anderes an dem Tag Priorität hat, bedeutet das Akzeptieren „offener Angelegenheiten“ und die Fähigkeit zu Bedürfnisaufschub. Auf diese Weise ermöglicht äußere Realität wiederum innere Strukturierung des Patienten, in dem er sich mit der äußeren Realität auseinandersetzen, Anpassungen leisten und sich selbst begrenzen muss.

#### **b) Anforderungen an den Patienten als Realität**

Erinnern wir uns an das vom Kostenträger primäre Ziel der Herstellung der Erwerbsfähigkeit des Rehabilitanden. Berufliche Wiedereingliederung setzt u. a. Leistungsfähigkeit, Belastbarkeit, Ausdauer, Kontinuität im Arbeitsverhalten, praktische und soziale Kompetenzen voraus. Es wird vom Rehabilitanden am künftigen Arbeitsplatz erwartet, dass er pünktlich ist, zuverlässig seine Arbeit ausübt, bestimmte Rollen und mit der jeweiligen Rolle zugeschriebene Erwartungen flexibel ausfüllt (Rolle als Mitarbeiter im Betrieb, Kollege, Schichtführer usw.). Der suchtkranke Mensch muss also (wieder) lernen, beruflichen Anforderungen nicht nur gewachsen zu sein sondern diese auch zu erfüllen.

Die ARS Olpe als ambulante Einrichtung kann kein beschäftigungs- und arbeitsorientiertes Programm anbieten, um Belastbarkeit, berufliche Fähigkeiten usw. des Patienten in den Blick zu nehmen und mit ihm zu trainieren. Dennoch wird der Patient mit den Fähigkeiten „Anforderungen erfüllen“, „Aufgaben erledigen“ im Rahmen seiner ambulanten Therapie konfrontiert. Es wird von ihm beispielsweise verlangt, in seiner äußeren Alltagsrealität und mit seiner inneren Realität schriftlich seine Prozessanalyse „termingerecht“ zu bearbeiten. Nach Indikation und Behandlungsziel erhält der Patient „Hausaufgaben“ zum Teil in schriftlicher Form (Tagebuch führen, Selbstbeobachtungsprotokolle, Achtsamkeitsübungen, Entspannungsübungen etc.). Die Teilnehmer der Gruppe bekommen unregelmäßig die Aufgabe, z.B. ein Thema mit Hilfe eines Arbeitsblattes bis zur nächsten Sitzung vorzubereiten. Mit den beschriebenen Aufgaben wird der suchtkranke Patient mit der Realität konfrontiert, indem von ihm erwartet wird, trotz „Unlust“ und trotz „so vielem anderem im Alltag“ therapeutische Aufgaben zu erledigen, Prioritäten zu setzen, Bedürfnisse und Interessen zu gewichten.

Anders als in der Realität am Arbeitsplatz kann in diesem Zusammenhang das Nicht-Einhalten von Vereinbarungen, das Nicht-Erledigen von Aufgaben, häufiges Zu spät kommen oder häufiges Fehlen etc. als wertvolles therapeutisches Material in der Arbeit mit dem Patienten genutzt werden. Nicht-Erledigung von Aufgaben und Anforderungen wird als „Phänomen“ zum Thema der Einzel- und Gruppentherapie, wo mit dem Betroffenen gemeinsam der Sinn des Phänomens erarbeitet wird. Beispielsweise kommt das beobachtete Phänomen mit der Frage in die Betrachtung, was es mit der Persönlichkeit des Patienten zu tun hat, welches Muster sich in ihm offenbart? Beispielsweise wird der soziale Kontext in den Blick genommen und ergründet, inwieweit dieser zu wenig Support für den Patienten bereit stellt bzw. inwieweit der Patient in der Lage ist, sich mit seinen Bedürfnissen (z.B. die Auseinandersetzung mit sich selbst im Rahmen der Therapie über Hausaufgaben) in der Familie/dem Partner gegenüber durchzusetzen und abzugrenzen.

#### **5.2.3. Struktur zur Entwicklung von Awareness und Ko-responsenzfähigkeit**

Der suchtkranke Mensch neigt nach Petzold zu pathologischer Konfluenz, hat also Schwierigkeiten, sich nach außen wie nach innen gegen Reize abzugrenzen. In der wöchentlichen Gruppensitzung wird der Einzelne mit einer Vielfalt an „Lebensgeschichten“, Gefühlen, Gedanken, Verhaltensweisen und Eindrücken konfrontiert und dazu mit seiner eigenen Lebenswirklichkeit und seinen inneren Resonanzen auf die äußeren Gegebenheiten in der Gruppe. Vor allem zu Beginn der ambulanten Behandlung besitzt er meist wenig Abgrenzungsfähigkeit (insbesondere der „ambulante Einsteiger“ ohne stationäre Therapieerfahrung), die es ihm ermöglicht, sich vor einem Zuviel an Reizen zu schützen. Vor diesem Hintergrund findet die Eingangsrunde in ARS Olpe nach einem bestimmten Schema statt.

### a) Strukturierung der Eingangsrunde (Initialphase)

Jeder Patient erhält zunächst die Aufgabe, sich mittels dreier Fragen zu zentrieren<sup>23</sup>:

1. „Wie fühle ich mich Hier und Jetzt?“  
Der Patient wird angeregt, Kontakt zu sich selbst aufzunehmen; den Leib zu spüren, die eigene Befindlichkeit zu Beginn der Gruppe wahrzunehmen, Gefühle wieder bewusst wahrzunehmen statt sie wie in der Sucht zu betäuben (Förderung von Awareness).
2. „Gab es zwischen den Sitzungen Ereignisse, ein Thema, das ich heute hier ansprechen möchte?“  
Der Patient muss sich gedanklich sortieren, *ein Thema* von vielen Themen in Worte fassen und sich der Gruppe mitteilen (Förderung emotionalen Ausdrucks, Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit)
3. „Möchte ich zu diesem Thema in der heutigen Sitzung arbeiten?“  
Der Patient muss eine Entscheidung treffen, bei Bedarf den Wunsch nach „Raum für sich“, nach Unterstützung konkret machen, für sich selbst Verantwortung übernehmen, aktiv für sich sorgen (Förderung von volitiver Entscheidungskraft, Förderung von Selbstregulation)

Das Zentrieren auf diese 3 Fragen soll es dem Patienten ermöglichen, „bei sich selbst zu bleiben“, sich „in Selbst und Situation“ zu zentrieren, im „Selbst-Kontakt“ zu sein. Die Vorstellung seiner persönlichen Antworten in der Gruppe bringt den Einzelnen wieder in Exzentrizität, d.h. in Kontakt mit den Anwesenden. Zentrierung sorgt beim Einzelnen auf diese Weise für Reduzierung von Komplexität im Erleben und schützt vor Überflutung von Gedanken.

### b) Strukturierung der Gruppensitzung

Der Verlauf einer Gruppensitzung orientiert sich am „Tetradischen Modell“ der Integrativen Therapie. Folgende Phasen werden in jeder Sitzung durchlaufen:

1. Eingangsrunde, Sammeln des „Materials“ - Differenzierung - Initialphase
2. Entscheidungsprozess, Konsensbildung - Strukturierung - Aktionsphase
3. „Arbeit an einem Thema“ - Integration - Integrationsphase
4. Abschlussrunde – Kreation – Neuorientierungsphase

In der Eingangsrunde (Initialphase der Gruppensitzung) findet *Differenzierung* statt, d.h. Konflikte, Leidensdruck, Themen, Erlebnisse etc. werden von allen Beteiligten eingebracht, gesammelt, Phänomene treten in Erscheinung. Im Anschluss daran findet *Strukturierung* des gesammelten Materials statt, ein Thema gewinnt Prägnanz. Konsens wird entwickelt (Aktionsphase der Gruppensitzung). Die Gruppe/der Einzelne arbeitet schließlich an dem prägnant gewordenen Thema. Es findet *Integration* statt, Lösungen werden gesucht und Ideen entworfen (Integrationsphase der Gruppensitzung). Die Gruppensitzung endet mit der Abschlussrunde. Es findet *Kreation* statt (Neuorientierungsphase der Gruppensitzung). Jeder Teilnehmer erhält noch einmal die Aufgabe, sich zu zentrieren und dabei folgende Fragen für sich zu klären:

1. „Wie fühle ich mich am Ende der Sitzung?“
2. „Was für neue Erkenntnisse habe ich in der heutigen Gruppensitzung für mich gewonnen?“
3. „Was möchte ich bis zur nächsten Sitzung an Veränderung im Alltag umsetzen?“
4. „Nehme ich `unerledigte Geschäfte` mit nach Hause?“

### c) Strukturierung der Prozessanalysen

Die Vorstellung der Prozessanalyse durch den Einzelnen und das damit für ihn verbundene Feedback durch die anderen Teilnehmer werden mit dem Ziel der *Reduzierung von Komplexität* zum einen zeitlich sowie inhaltlich strukturiert. Der Patient, der seinen bisherigen Therapieprozess in der Gruppe zum Gegenstand macht, erhält die Aufgabe, sich unter den Teilnehmern zwei Personen auszuwählen, von denen er Feedback möchte. Die Begrenzung auf 2 Feedbacks soll ein Zuviel für den Betroffenen verhindern, zum anderen die Bezogenheit aufeinander fördern. Der Patient wird nach den Motiven seiner Wahl befragt. Die Feedbackgeber werden befragt, wie es ihnen mit der Wahl erging. Sympathien, bestehende Beziehungen, Übertragungen, Projektionen werden deutlich und liefern wertvolle Hinweise über den derzeitigen Gruppenprozess.

---

<sup>23</sup> Rahm et al. (4. Auflage 1999, S. 175) unterscheiden in Verbindung mit dem *situativen* Aspekt von Ko-responzenz (Exzentrizität, Zentrierung, Involvierung) drei Formen der „Zentrierung“:

1. der Schwerpunkt des Kontakts liegt in der Situation (Involvierung)
2. der Schwerpunkt des Kontakts liegt innerhalb von Selbst und Situation (Zentrierung)
3. der Schwerpunkt des Kontakts liegt im Selbst („affektive“ Zentrierung)

#### 5.2.4. Struktur zur Förderung von Bewusstseinsarbeit

Zwei wichtige Instrumente zur Förderung von Bewusstseinsarbeit und Exzentrität sind der regelmäßige Einsatz und die Bearbeitung von Prozessanalysen sowie das Feedback in der Gruppen- und Einzeltherapie.

##### a) Einsatz von Prozessanalysen

Jede Prozessanalyse besteht aus einem Fragebogen, der spezifische für den Behandlungsabschnitt charakteristische Themen aufgreift: u. a. Ankommen in der Therapie/in der Gruppe, Arbeitsbündnis, Ziele, Suchtverständnis, Ressourcen und Bewältigungsstrategien, Bewertung des Lebensverlaufs zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Therapie, stattgefundenen Veränderungen der Einstellung zu sich selbst, stattgefundenen Veränderungen im Alltag, Einstellung zur Abstinenz und zu Suchtmitteln zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Therapie, Bewertung des Therapieverlaufes und des –ergebnisses, Prognosen für die Zukunft, Lebensentwurf, Hoffnungen, Ängste.

Jede der insgesamt 3 Prozessanalysen verfolgt das Ziel, dass der Einzelne einen Überblick gewinnt, den zurückgelegten Weg, Fortschritte und Rückschritte, seine Rolle und seine Beziehung zur Gruppe und den Therapeuten, durchlebte Krisen reflektiert. Auf diese Weise gelangt die Person zu Exzentrität, verlässt die Regression, geht in die Betrachtung ihres Prozesses. Entwicklung von Übersicht im Behandlungsverlauf lässt Kontrolle und Zielorientierung beim Einzelnen entstehen. Dem suchtkranken Menschen werden Zusammenhänge bewusst. Er kommt zu Erkenntnissen und es müssen vielleicht neue Ziele definiert werden, um die nächsten Schritte zu bewältigen.

##### b) Feedback

„Feedback“ erhält vor allem in der Gruppensitzung eine wichtige therapeutische Funktion. Feedback verfolgt beim suchtkranken Menschen u. a. folgende Ziele: Motivationsförderung und Ermutigung im Prozess, Korrektur von abwertenden Selbstbildern, Förderung persönlicher Lernprozesse, Regulierung des Verhaltens, Entwicklung von intersubjektiver Ko-responzenz. In der ARS Olpe wird Feedback gezielt bei den Prozessanalysen eingesetzt aber auch in jeder Gruppensitzung angeregt und gefördert. Mit YALOM wird dabei die Ansicht vertreten:

„Durch Feedback und Selbstbeobachtung

(1) wird der Patient zu einem besseren Beobachter des eigenen Verhaltens;

(2) lernt er die Wirkung dieses Verhaltens auf

(a) die Gefühle anderer,

(b) die Meinung, die andere von ihm haben,

(c) die Meinung, die er von sich selber hat, richtig einschätzen.“ (Yalom 5. Auflage 1999, S. 63)

Damit Feedback für den Einzelnen und der Gruppe konstruktiv ist und nicht zu ähnlichen Abwertungen und Grenzverletzungen führt, wie sie uns in den Lebensgeschichten der Suchtkranken vielfach begegnen, muss sich eine „Feedback-Kultur“ entwickeln. Aus diesen Gründen werden den Patienten immer wieder die *Kriterien* für ein konstruktives Feedback über verbalen Diskurs sowie durch das Modellverhalten der Therapeuten in der Interaktion vermittelt. Konstruktives Feedback sollte nach Möglichkeit folgende Kriterien erfüllen (vgl. Antons 1998):

- personenbezogen (nicht „man, es, wir“ sondern „Ich“, „Du“, „Sie“) statt unpersönlich
- beschreibend statt bewertend und interpretierend,
- konkret detailliert statt allgemein, abstrakt
- einladend statt zurechtweisend,
- verhaltensbezogen (z.B. auf ein konkretes, eingegrenztes Verhalten in der Gruppe) statt charakterbezogen (z.B. eine „fertige“ Meinung über eine Person abgeben)
- klar und möglichst präzise formuliert statt verschwommen und diffus,
- unmittelbar (z.B. in der gleichen Sitzung) statt verzögert und rekonstruierend

Zu der Vermittlung von Kriterien für ein positives Feedback gehört auch die Vermittlung von *Umgang* mit Feedback. Der Suchtkranke soll eine positive Haltung gegenüber Feedback entwickeln und eine Chance für persönliches Wachstum darin sehen. Vor dem Hintergrund der Erfahrung von Abwertungsprozessen im Lebensverlauf ist eine solche Einstellung für die meisten zunächst sehr schwierig. Feedback zu erhalten ist meist angstbesetzt, lässt alte Szenen der Kränkung wieder auftauchen und löst nicht selten Rechtfertigungs- und Verteidigungsverhalten aus. Der suchtkranke Mensch muss lernen, mit konstruktiver Kritik neu umzugehen.

Deshalb erhält er in der Gruppe gezielt die Aufgabe, zunächst zuzuhören, die Informationen „sacken zu lassen“, nicht spontan zu antworten, später nachzufragen oder etwas zu klären.

An dieser Stelle möchte ich meine praktische Betrachtung über die Bedeutung von Struktur in der ambulanten Suchtbehandlung beenden und mich der Frage zuwenden, in welcher Weise sich Struktur in therapeutischen Raum heilsam in der Alltagsrealität auswirkt.

### **5.3. Ausdruck heilsamer Wirkung von Struktur im Transfer auf die Alltagsrealität des Suchtkranken**

#### **5.3.1. Persönliches Souveränitätserleben**

Die Erfahrung von Getragen- und Gehaltensein in einer heilenden Atmosphäre und die Erfahrung freundlicher wertschätzender Blicke des Therapeuten korrigieren im Verlauf der Behandlung destruktive Selbst-Bilder und Selbst-Annahmen des Patienten. Der Therapeut als „äußerer Begleiter auf Zeit“, der für den Patienten positive Erlebnisqualitäten (Emotionen, Kognitionen) und Verhaltensweisen bereitstellt, wird zum inneren Gefährten bzw. der Patient wird sich selbst zum Gefährten. Er gewinnt mehr und mehr an Selbstachtung, Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl. Scham-, Schuld- und Versagensgefühle wegen der Entwicklung und Folgen der Sucht und wiederholter Rückfälle in der Vergangenheit stehen nicht mehr im Mittelpunkt. Stattdessen wird die eigene Suchtgeschichte selbstkritisch reflektiert und mit sich selbst mehr versöhnt vom Suchtkranken akzeptiert. Ein Zuwachs an Souveränität findet beim Suchtkranken z.B. darin Ausdruck, wenn er uns/der Gruppe davon berichtet, dass er „draußen“ offen seine Alkoholerkrankung angesprochen hat, oder dass er wieder lockerer und ohne Angst mit anderen Menschen Kontakt aufnimmt, da er jetzt keine ihn entblößende Fahne mehr habe und vor allem mit „klarem Kopf“ ein Gespräch führen könne. Er macht die Erfahrung, dass sein abstinentes Leben sich positiv auf seine persönlichen Ressourcen auswirkt. Seine Gesundheit hat sich erholt, sein äußeres Erscheinungsbild hat sich vorteilhaft verändert. Beides wiederum nährt sein Selbstwertgefühl. Mit fortschreitender Stabilisierung seiner Abstinenz und der Erfahrung, Risikosituationen bewältigt zu haben, in dem er auf vorhandene Ressourcen zurückgegriffen hat, wächst die Selbstwirksamkeitserwartung, das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten der Einflussnahme beim Betroffenen und damit sein „locus of control internal“. Das Entdecken, die Weiterentwicklung und das Nutzen können eigener Potentiale im Alltag befähigt ihn zu souveränem Handeln.

#### **5.3.2. Realitätsgewinn/Exzentrizität**

Durch die Klarheit und Eindeutigkeit des Therapeuten in der Beziehung erlebt der suchtkranke Mensch ein Modell für angemessene Gestaltung von Kontakt und Beziehung. Grenzen im Kontakt und in der Beziehung werden ihm bewusst spürbar. Er lernt Nähe und Distanz im therapeutischen Setting zu regulieren, und er erprobt Nähe und Distanz im Kontakt und in Beziehungen in seinem sozialen Umfeld. Mit Zuwachs an innerer Struktur (Ich-Funktionen) entwickelt der suchtkranke Mensch an *Demarkationsfähigkeit*. Patienten berichten uns beispielsweise von Situationen, in denen sie bei Wünschen und Erwartungen aus dem sozialen Umfeld Nein gesagt haben. Oftmals geschieht dieses neue Abgrenzen aus Sicht der Angehörigen auf schroffe harte Weise. Das „Maß“ des Abgrenzens erfolgt zu Anfang noch nicht in der richtigen „Dosierung“.

Ueber Bewusstseinsarbeit gewinnt die suchtkranke Person immer mehr die Fähigkeit zur Exzentrizität. Feedback durch die Gruppe und dem Therapeuten ermöglicht es dem Einzelnen u. a. ein Bild davon zu bekommen, welche Wirkung das eigene Verhalten bei den Mitmenschen auslöst. Seine *Antizipationsfähigkeit* wächst, d. h. sein Vermögen, die interaktionalen Folgen des eigenen Handelns vorwegzunehmen. Das Eingebundensein in einem sozialen Kontext mit ihren Normen und Werten verlangt dem suchtkranken Menschen täglich Urteilsfähigkeit über das eigene Tun ab. Ein Zuwachs an Antizipationsfähigkeit kommt beispielsweise in Äußerungen des Suchtkranken zum Ausdruck: „Wenn ich Suchtdruck habe, stelle ich mir vor, was erneutes Trinken für negative Auswirkungen auf meine Familie und meine Arbeit hat. Diese Vorstellung hilft mir dabei, dem Suchtdruck nicht nachzugeben.“

Da sich der Therapeuten als Hilfs-Ich flexibel zwischen den Polen „Bedürfnisbefriedigung“ und „Grenzsetzung“ bewegt, erfährt der Patient eine dialektische Haltung, ein „sowohl - als auch“ der Realität. Auf diese Weise lernt er daraus resultierende Spannungen zu ertragen. Zuwachs an *Ambiguitätstoleranz* befähigt ihn im alltäglichen Leben, sich immer wieder aufs Neue mit der Gegebenheit von Dialektik auseinanderzusetzen, z.B. Arbeit und Freizeit, Bedürfnisbefriedigung und Frustration, Freiwilligkeit und Zwang.

In der therapeutischen Dyade und in der Gruppentherapie auch Frustrationen zu erleben und dabei die Erfahrung zu machen, diese ohne Suchtmittelkonsum auszuhalten, befähigt ihn auch im Alltag immer mehr zu *Frustrationstoleranz*, d.h. Spannungen, Enttäuschungen, Kränkungen, Konflikte etc. ohne den Griff zur Flasche zu ertragen und Befriedigung aufzuschieben.

### 5.3.3. Selbstregulation

Durch Entwicklung von Selbst-Gefühl<sup>24</sup> und Ich-Stärke gewinnt der suchtkranke Mensch an Selbstregulationsfähigkeit. Er kann in der Gruppe und in der Dyade Bedürfnisse, Absichten, Motivationen und Volitionen leichter wahrnehmen, in den Ausdruck bringen, umsetzen und regulieren. Schwankungen in der Befindlichkeit und intensive negative und positive Emotionen können bewusst wahrgenommen, erlebt und ausgehalten werden. Patienten berichten eine Abnahme von dysphorischen Stimmungslagen. Anspannung, Reizbarkeit und Unzufriedenheit beeinflussen den Betreffenden weniger häufig und intensiv. Sie können derartige Stimmungen leichter beeinflussen und gelangen schneller wieder zu Wohlbefinden, was von den Betreffenden häufig mit einem Zuwachs an Gelassenheit beschrieben wird.

Im Alltag findet die Zunahme an Selbstregulation auch Ausdruck in einer für den suchtkranken befriedigenden Kontakt- und Beziehungsgestaltung, wenn bisherige Beziehungen von Konfluenz geprägt waren. Hierzu gehört auch seine erhöhte Bereitschaft, Konflikte auszutragen, Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen. Angehörige berichten nicht selten, dass die Bereitschaft des Betroffenen, alltägliche Dinge im Alltag wieder verantwortlich zu übernehmen, bei ihnen selbst zunächst Identitätsverlust und Gefühle von Leere ausgelöst hat. Der Erfahrung von Selbstregulation kommt in den Berichten suchtkranker Menschen hohe emotionale Bedeutung zu. Patienten berichten beispielsweise, dass sie mit ihrer Abstinenz wieder beginnen, über die Sinne bewusst wahrzunehmen (z.B. den Geschmack des Essens), dass sie sich nach langer Zeit oder erstmals bewusst fragen, was ihre eigenen Interessen und Bedürfnisse sind, was ihr eigener Wille ist und wie sie „ihr“ Leben jetzt gestalten. Identität gewinnt an Prägnanz.

### 5.3.4. 5 Säulen der Identität (nach Petzold)

Zuwachs an persönlicher Reife, Selbstregulationsfähigkeit und Realitätsbezug führen im Verlauf der Behandlung zur Stabilisierung des Identitätserlebens beim Suchtkranken und mit Bezug auf die 5 Säulen der Identität zu Veränderungen.

#### a) Säule „Leiblichkeit“

Der vernachlässigte, oft durch den Suchtmittelkonsum geschädigte Leib erholt sich mit Festigung der Abstinenz. Die Zunahme an leiblichen Wohlbefinden trägt zu allgemeinen Wohlbefinden bei. Patienten berichten, dass sie körperlich wieder belastbarer sind, ihre Konzentrationsfähigkeit, Kraft und Ausdauer zugenommen haben. Der gestörte Schlaf-Wach-Rhythmus hat sich normalisiert. Leibliches Spüren von Grenzen verhilft den Patienten dazu, die Spirale von Stress und Anspannung rechtzeitig zu unterbrechen und körperliche Signale als Möglichkeit der Regulierung körperlicher Befindlichkeit zu benutzen. Eine ausgewogene Ernährung, körperliche Betätigung und eine gesunde Lebensweise rückt bei den suchtkranken Patienten wieder ins Bewusstsein.

#### b) Säule „Soziales Netzwerk“

Die Erfahrung der Wertschätzung und Anerkennung durch den Anderen in der Gruppe, die Abnahme von sozialen Hemmungen und Ängsten sowie das Wachsen eigener sozialer Kompetenz bereitet den Boden für die Entwicklung und Weiterentwicklung von gesunden stützenden sozialen Kontakten und Beziehungen im Umfeld. Bestehende Kontakte zu Gruppenteilnehmern werden nicht selten nach Beendigung der Therapie fortgesetzt und entwickeln sich zu einer protektiven sozialen Beziehung. Die „positive Gruppenerfahrung“ erleichtert die Kontaktaufnahme zu einer Selbsthilfegruppe, wenn bislang noch keine Anbindung bestand. Ein strukturierter Tagesablauf mit einem Tag-Nacht-Rhythmus erleichtert die Wiederaufnahme des Kontakts zu

---

<sup>24</sup> Rahm et al (ebenda, S. 93) differenzieren das *Selbst-Gefühl* in vier Grundgefühle: „1. das Gefühl von Wahrnehmungsfähigkeit und Handlungsbereitschaft, 2. das Gefühl von affektiver Betroffenheit, von Wollen, Bezogen-sein, Verbindung-Haben zu Menschen und Dingen („Intentionalität“), 3. ein basales Zeitgefühl; vor allem das Gefühl der Selbstkonstanz in der Zeit („Ich bin am Morgen noch dieselbe wie am Abend zuvor“), 4. ein Gefühl von Zusammenhalt des Leibes, vor allem dem rudimentären Gefühl von der Abgegrenztheit im Raum, der Orientierung im Raum, dem eigenleiblichen Spüren (Propriozeption).“

den Mitmenschen. Neue oder alte Freizeitaktivitäten sorgen ebenfalls wieder für eine Öffnung nach außen. Durch die Zunahme an Realitätsbezug wird die eigene Abhängigkeit von unabänderlichen Macht- und Beziehungsstrukturen in der Familie, am Arbeitsplatz, bei Behörden etc. akzeptiert. Dies trägt zur sozialen Integration des Betroffenen bei. Termine, Vereinbarungen, Verpflichtungen werden wieder wahrgenommen. Oft rücken beim Suchtkranken Überlegungen ins Zentrum, wie sich die Folgen der Sucht in der Familie, im Freundeskreis, bei Kollegen etc. wieder gut machen lassen. Verantwortungsbewusstsein kehrt zurück, und es werden klärende Gespräche mit den entsprechenden Personen gesucht, Beziehungen neu gestaltet. Manchmal muss aber auch Trauerarbeit geleistet werden über nicht mehr zu „kittende Beziehungen“, über den Verlust des Partners, der Kinder, Freunde etc. als unmittelbare Folge der Sucht.

**c) Säule „Arbeit und Leistung“**

Bei einem noch oder bereits bestehenden Arbeitsplatz im Verlauf oder zum Ende der Rehabilitation sorgt die Festigung der Abstinenz für eine Abnahme von Existenzangst (Angst vor möglichem Verlust des Arbeitsplatzes). Voraussetzungen für bezahlte Arbeitsleistungen haben sich weiter entwickelt bzw. wurden wieder erworben, z.B. Verbindlichkeit, Pünktlichkeit und Anpassungsbereitschaft, Umgang mit Konflikten und Kritik am Arbeitsplatz. Die Betroffenen erzählen, dass sie wieder über mehr Ausdauer und Konzentration verfügen, wieder leistungsmotiviert und leistungsfähig sind. Eigene Leistungen werden wieder realistisch bewertet. Unterforderung bzw. Überforderung kann bewusster wahrgenommen werden, so dass auf Langeweile oder Überstress aktiv Einfluss genommen werden kann. Wieder am Arbeitsleben teilnehmen zu können, sorgt für persönliches Wert- und Sinnerleben beim Suchtkranken. Realistisch nimmt jedoch die Zahl derer zu, welche trotz medizinischer Rehabilitation nur schwer auf dem Arbeitsmarkt vermittelbar sind, da sie z.B. keine Ausbildung haben, eine chronische Erkrankung vorliegt, sie im Alter fortgeschritten sind. Für diese Patienten geht die anhaltende Arbeitslosigkeit mit dem Verlust an sinnstiftender Zukunfts- und Lebensperspektive sowie erhöhter Rückfallgefährdung einher. Wie bei chronischer Erkrankung oder Berentung müssen diese Patientin lernen, sich mit der Situation zu arrangieren und alternative Tätigkeiten zu bezahlter Arbeit zu beginnen. Einer anderen Gruppe von Patienten gelingt eine berufliche Neuorientierung durch rehabilitative Maßnahmen oder Nachqualifikation (Arbeitstraining, Umschulung, Lehrgänge etc.) und findet beruflich wieder Anschluss.

**d) Säule „Materielle Sicherheit“**

Patienten berichten regelmäßig, dass sie mit ihrer Abstinenz wieder mehr Geld zur Verfügung haben. Gelingt der Wiedereinstieg ins Berufsleben oder die Rückkehr an den Arbeitsplatz, geht dies für viele Betroffene seit langer Zeit wieder mit einer finanziellen Absicherung der Grundbedürfnisse (Wohnung, Nahrung, Kleidung) einher. Schulden werden aktiv reguliert. Lag bislang keine Verschuldung vor, ermöglichen die gewonnenen finanziellen Ressourcen durch den Verzicht auf das Suchtmittel die Realisierung bisher nicht erfüllter persönlicher Wünsche (z.B. in den Urlaub fahren, sich etwas Ausgefallenes gönnen). Hat der Patient kein regelmäßiges Einkommen durch Arbeit, bleibt für ihn diese Säule brüchig, und er muss lernen, sich mit den finanziellen Realitäten zu arrangieren und einzuschränken.

**e) Säule „Werte und Normen“**

Vor Aufnahme der Therapie hatte das Suchtmittel einen zentralen Platz im Leben des Suchtkranken. Gedanklich und gefühlsmäßig drehte sich alles um die Beschaffung und den Konsum des Suchtmittels. Das Suchtmittel ersetzte bei vielen Patienten Gefühle von Leere und Sinnlosigkeit im Leben. Für einen Teil der Suchtkranken bedeutet der Verzicht auf das Suchtmittel die Konfrontation mit den Gefühlen der Leere und Sinnlosigkeit im Leben. Für einen anderen Teil von Patienten rückt der Gewinn von „freier Zeit für andere Dinge im Leben“ durch die Abstinenz in den Vordergrund. Der suchtkranke Patient ist vor die Aufgabe gestellt, Werte und Normen für sich zu überprüfen oder neu zu definieren, geht mit Fragen einher wie: „Was will ich erreichen? Was will ich sein? Woran glaube ich? Im Rahmen der Therapie kommen von den Patienten beispielsweise Aussagen wie: „Ich möchte wieder der Familienvater sein, der ich mal war.“ oder „Durch meine Abstinenz möchte ich mir meine Selbstachtung erhalten.“

## Schlussbemerkungen

In dieser Arbeit ging es darum, die Bedeutung äußerer Strukturen im Rahmen einer Suchtbehandlung aufzuzeigen. Ich hoffe, es ist dem Leser deutlich geworden, dass „heilsame“ Strukturierung stets dynamisch betrachtet und verstanden werden muss - im Wechselspiel zwischen Außen und Innen und in der Verschränkung mit äußeren und inneren Prozessen. So wie der Suchtkranke sich mit der Dialektik des Lebens flexibel auseinandersetzen und sie für sich als Lebenswirklichkeit annehmen lernen muss, so müssen wir Helfer uns immer wieder vergegenwärtigen, dass unser therapeutisches Handeln sich genauso flexibel zwischen diesen Polartäten (äußere und innere Realität, Struktur und Prozess) bewegen muss in intersubjektiver Ko-respondenz mit Kontext und Kontinuum. Ein Bild ohne Rahmen ließe die Farben des Malers in den grenzenlosen Raum zerfließen, eine Gestalt, eine Figur würde nicht erkennbar werden. Der Mensch - die suchtkranke Person wie der Therapeut - braucht Orientierung, Halt und Sicherheit im Austausch mit der Welt, Qualitäten, die ihm durch Strukturen, dem „bildenden Rahmen“ gegeben werden. Dieser Rahmen ist ihm gleichzeitig persönlicher Freiraum bzw. Gestaltungsraum, „Leinwandfläche und Farbe“, in welchem er sich ko-kreativ leiblich-sinnenhaft ausdrücken, als Persönlichkeit erkennen kann und in ihm als Persönlichkeit von anderen erkannt wird.

## Literaturverzeichnis

- ANTONS, K (1998): Praxis der Gruppendynamik. Hogrefe, Göttingen.
- BAUDIS, Rainer: Implementieren einer Hausordnung. In: BAUDIS, Rainer (Hrsg.) / ENSEL, Dorothea / KROLL, Ute / MAAK, Peter / SCHIENLE, Magdalene / VOIGT, Rolf (1. Auflage 1997): Nach Gesundheit in der Krankheit suchen – Neue Wege in der Sucht- und Drogentherapie. Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht, Rudersberg. S. 100 - 109
- BAUDIS, Rainer: Nach Gesundheit in der Krankheit suchen. Eine Einführung. In: BAUDIS, Rainer (Hrsg.) / ENSEL, Dorothea / KROLL, Ute / MAAK, Peter / SCHIENLE, Magdalene / VOIGT, Rolf (1. Auflage 1997): Nach Gesundheit in der Krankheit suchen – Neue Wege in der Sucht- und Drogentherapie. Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht, Rudersberg. S. 11 - 42
- DULZ, Birger: Warum misslingen stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Borderline-Therapien so oft? In: DAMMANN, Gerhard / JANSSEN, Paul L.(Hrsg.) (2001): Psychotherapie der Borderline-Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend. Thieme, Stuttgart/New York. S. 218 – 231)
- DULZ, B. / SCHREYER, D. / NADOLNY, A. (2000): Stationäre Psychotherapie: von haltender Funktion, technischer Neutralität und persönlicher Sympathie. In: KERNBERG, DULZ, SACHSSE: Handbuch der Borderlinestörung. Schattauer, Stuttgart/New York.
- FLAMMER, August (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Verlag Hans Huber, Bern.
- FENGLER, Jörg (2002): Co-Abhängigkeit. In: FENGLER, Jörg (Hrsg): Handbuch der Suchtbehandlung. Beratung, Therapie, Prävention. Ecomed, Landsberg/Lech. S. 100 - 105
- GASTPAR, Markus / MANN, Karl / ROMMELPACHER, Hans (Hrsg) (1999): Lehrbuch der Suchterkrankungen. Thieme, Stuttgart/New York.
- HEIGL-EVERS, A. / HELAS, I. / VOLLMER (Hrsg.) (1995): Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich.
- HEIGL-EVERS, Annelise / NITZSCHKE, Bernd: Das analytische Prinzip „Deutung“ und das interaktionale Prinzip „Antwort“. In: Heigl-Evers, A. / Ott, Jürgen (4. Auflage 2002): Die psychoanalytisch-interaktionale Methode. Theorie und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. S. 55 -111)
- KERNBERG, DULZ, SACHSSE (2000): Handbuch der Borderlinestörung. Schattauer, Stuttgart/New York.
- LINEHAN, Marsha M. (1996): Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. CIP-Medien, München.
- McFARLANE, A. C. / YEHUDA, Rachel (2000): Widerstandskraft, Vulnerabilität und der Verlauf posttraumatischer Reaktionen. In: van der KOLK et al.: Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann, Paderborn. S. 141 – 167
- MILLER, William R. u. ROLLNICK, Stephen (1999): Motivierende Gesprächsführung. Lambertus, Freiburg im Breisgau.
- PERLS, Frederick S., HEFFERLINE Ralph F., GOODMAN, Paul (1979): Gestalttherapie. Lebensfreude und Persönlichkeitsentfaltung. Klett-Cotta, Stuttgart.
- PERLS, Frederick S. (7. Auflage 1989): Grundlagen der Gestalttherapie. Einführung und Sitzungsprotokolle. Pfeiffer, München.
- PETZOLD, Hilarion G. (1988): Drogenabhängigkeit als Krankheit. In: Gestalt und Integration. Zeitschrift für ganzheitliche und kreative Therapie 1/91, S. 149 – 159
- PETZOLD, Hilarion G. (1991a): Integrative Therapie. Bd. 1 Klinische Philosophie. Junfermann, Paderborn.
- PETZOLD, Hilarion G. (1992a): Integrative Therapie. Bd. 2 Klinische Theorie. Junfermann, Paderborn.
- PETZOLD, Hilarion G. (1993a): Integrative Therapie. Bd. 3 Klinische Praxeologie Junfermann, Paderborn.
- PETZOLD, Hilarion G./ GOFFIN, Joy J. M./ OUDHOF, Jolanda (1993): Protektive Faktoren und Prozesse – die „positive“ Perspektive in der longitudinalen, „klinischen Entwicklungspsychologie“ und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie. In: Integration und Kreation. Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien. Bd. 1 Junfermann, Paderborn. S. 173 - 266
- PETZOLD, Hilarion G: (Hrsg.) (1995): Integrative Therapie in der Lebensspanne. Zur entwicklungspsychologischen und gedächtnistheoretischen Fundierung aktiver und leibzentrierter Interventionen bei `frühen Schädigungen` und `negativen Ereignisketten` in unglücklichen Lebenskarrieren. In: Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie & Babyforschung. Bd. 2 Junfermann, Paderborn. S. 325 - 490
- PETZOLD, Hilarion G. (Hrsg.) (3. Auflage 1996): Die Rolle des Therapeuten und die Therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie. In: Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Junfermann, Paderborn. S. 223 – 285

- PETZOLD, Hilarion G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie. In: Integrative Therapie 4/1997, S. 435 – 471
- PETZOLD, Hilarion G. / LEUENBERGER, Res / STEFFAN, Angela (1997/98): Ziele in der Integrativen Therapie. In: Gestalt und Integration. Zeitschrift für ganzheitliche und kreative Therapie. Bd. 1. 1997/98, S. 142 – 188
- PETZOLD, Hilarion G. / WOLF, Hans U. / LANDGREBE, Birgit / JOSIC, Zorica (2000): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: van der KOLK et al.: Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann, Paderborn. S. 445 - 579
- PETZOLD, Hilarion G. / SCHEIBLICH, W. / THOMAS, Günter (2000a): Psychotherapeutische Maßnahmen bei Drogenabhängigkeit. In: UCHTENHAGEN, Ambros; ZIEGLGÄNSBERGER, Walter (2000): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Urban & Fischer, München/Jena. S. 322 – 341)
- PETZOLD, Hilarion G. et al. (2001b): Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen. Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. In: Integrative Therapie 28. Jg. Heft 3-4/2002, S. 332 - 416
- PETZOLD, Hilarion G. (2002b): Zentrale Modelle und Kernkonzepte der Integrativen Therapie. Vorläufige Arbeitsversion. Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
- PETZOLD, Hilarion G. (2003b): Interdisziplinär beraten sich ergänzen: Überlegungen zu „Beratung“ als Disziplin und Praxeologie in der modernen Wissensgesellschaft. Supervision: Theorie, Praxis, Forschung. Eine interdisziplinäre Internetzeitschrift. 02/2003
- RAHM, Dorothea / OTTE, Hilka / BOSSE, Susanne / RUHE-HOLLENBACH, Hannelore (4. Auflage 1999): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Junfermann, Paderborn.
- ROST, Wolf-Detlef (6. Auflage 2001): Psychoanalyse des Alkoholismus. Theorie, Diagnostik, Behandlung. Klett-Cotta. Stuttgart.
- SACHSSE, Ulrich: Klinische Erfahrungen mit verschiedenen Interventionsmodi bei der psychoanalytisch-interaktionellen Therapie. In: Heigl-Evers, A. / Ott, Jürgen (4. Auflage 2002b): Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen. S. 214 – 234))
- SCHUCH, Waldemar: Grundzüge eines Konzeptes und Modells Integrativer Psychotherapie. In: Integrative Therapie 26. Jg. Heft 2-3/2000, S. 145 - 202
- SCHULTZE-DIERBACH, Elke (1995): Therapieziele in der Suchtkrankenbehandlung. In: HEIGL-EVERS, A. / HELAS, I. / VOLLMER (Hrsg.): Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität. Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen/Zürich. S. 97 – 118
- SOZIALDIENST KATHOLISCHER MÄNNER e.V. Köln (2002): Gesamtkonzept für den Fachbereich Drogen- und Aids-Hilfe. Köln
- THOMASIUS, Rainer (Hrsg.) (2000): Interpersonale Aspekte der Suchterkrankungen. In: Psychotherapie der Suchterkrankungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend. Thieme, Stuttgart/New York. S. 71 – 89
- UCHTENHAGEN, Ambros; ZIEGLGÄNSBERGER, Walter (2000): Suchtmedizin. Konzepte, Strategien und therapeutisches Management. Urban & Fischer, München/Jena.
- Van der KOLK, Bessel A. (2000): Die Vielschichtigkeit der Anpassungsprozesse nach erfolgter Traumatisierung: Selbstregulation, Reizdiskriminierung und Entwicklung der Persönlichkeit. In: Van der KOLK, Bessel A. /McFARLANE Alexander C. /WEISAETH, Lars (Hrsg.) (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann, Paderborn. S. 169 – 194
- YALOM, Irvin D. (5. Auflage 1999): Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Ein Lehrbuch. Pfeiffer bei Klett-Cotta, München.