

FPI-Publikationen – Wissenschaftliche Plattform “Polyloge“

GraduierungsArbeiten

aus den Weiterbildungen der EAG zur
"Integrativen Therapie" und ihren Methoden

Herausgegeben durch den Prüfungsausschuss der EAG:

Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold,

Prof. Dr. päd. Waldemar Schuch, MA,

Dipl.-Päd. Ulrike Mathias-Wiedemann,

(Prof. Dr. phil. Johanna Sieper † 26.9.2020)

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Redaktion: *Ulrike Mathias-Wiedemann, Hans-Christoph Eichert*, Wefelsen 5, D - 42499 Hückeswagen

e-mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de

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

Ausgabe 09/2006

**Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses mit dem
Ziel einer differenzierten Behandlungsplanung
(Diagnose, Befund, Indikation) im Rahmen ambulanter
Motivationsbehandlung in einer Fachambulanz
für Suchtkranke***

Barbara Burckardt

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: *Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc.*). Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

EAG-Weiterbildung: *Integrative Therapie / Integrative Suchttherapie*‘.

Inhaltsverzeichnis

1. VORBEMERKUNG	4
1.1. BEGRIFFKLÄRUNG.....	4
2. ZUR MOTIVATION - EINE EINFÜHRUNG UND ZUSAMMENFASSUNG	5
3. BESCHREIBUNG DES SETTINGS MOTIVATIONSBEHANDLUNG IN DER FACHAMBULANZ FÜR SUCHTKRANKE	8
3.1. EINZEL- PAAR- UND FAMILIENGESPRÄCHE	8
3.2. INFORMATIONSGRUPPE	9
3.3. MOTIVATIONSGRUPPEN FÜR ALKOHOL- UND MEDIKAMENTENABHÄNGIGE.....	10
3.4. ÄRZTLICHE KONSULTATION UND MEDIZINISCHE BETREUUNG	10
4. THERAPEUTISCHE GRUNDANNAHMEN AUF DER BASIS DER INTEGRATIVEN THERAPIE	10
4.1. ZUR ENTSTEHUNG VON SUCHTVERHALTEN	10
4.2. MULTIPLE SCHÄDIGUNGEN	11
4.3. PROTEKTIVE FAKTOREN.....	11
4.4. UMWELT	12
5. PERSÖNLICHKEITSTHEORIE DER INTEGRATIVEN THERAPIE	13
5.1. SELBST.....	13
5.2. ICH	13
5.3. IDENTITÄT	14
5.4. DIE BEREICHE (FÜNF SÄULEN), DIE DIE IDENTITÄT TRAGEN, SIND:.....	14
6. PERSÖNLICHKEITSTHEORIE- SUCHTTHEORETISCHER BEZUG	14
7. IDENTITÄTSKONZEPT-SUCHTTHEORETISCHER BEZUG	15
7.1. DER LEIB.....	15
7.2. DER SOZIALE KONTEXT.....	16
7.3. ARBEIT UND LEISTUNG	16
7.4. MATERIELLE SICHERHEIT.....	16
7.5. WERTE UND NORMEN	16
8. GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSLEHRE	17
8.1. DAS MODELL DER MULTIPLLEN, ZEITEXTENDIERTEN BELASTUNG BZW. ÜBERLASTUNG	17
8.2. DAS REPRESSIONSMODELL DER KRANKHEIT.....	18
9. RELEVANTE SUCHTTHEORIEN (MIT BLICK AUF DIE MOTIVATIONSARBEIT)	18
9.1. INDIVIDUALPSYCHOLOGISCHE KONZEPTE.....	18
9.2. PSYCHOPATHOLOGISCHE KONZEPTE.....	18
9.3. SUCHTVERSTÄNDNIS DER INTEGRATIVEN THERAPIE.....	19
10. BEHANDLUNGSANSATZ	19
10.1. THERAPEUTISCHE BEZIEHUNG	19
10.2. BEZIEHUNGSKONZEPT DER INTEGRATIVEN THERAPIE.....	21
10.3. BEZIEHUNGSMODALITÄTEN	22
10.3.1 Übertragung.....	24
10.3.2. Gegenübertragung	25
10.3.3. Affiliation	26
10.3.4. Passung.....	27
11. WIDERSTAND	27
11.1. PROTEKTIVER WIDERSTAND	28
11.2. TECHNISCHER WIDERSTAND	28
11.3. FUNKTIONALER WIDERSTAND	28
11.4. INTERAKTIONALER WIDERSTAND	28
11.5. WIDERSTAND IM THERAPEUTISCHEN SETTING	29
11.6. ERLEBNISQUALITÄTEN VON WIDERSTAND.....	29
12. ABWEHR	30

13. KÜNSTLICHE AFFEKTABWEHR	32
13.1. AKUTE NARZISSTISCHE KRISEN.....	32
13.2. REAKTANZ	32
14. PROZESSTHEORIEN.....	33
14.1. DAS TETRADISCHE MODELL.....	33
14.2. DAS FOUR STEPS MODELL	34
15. PROTEKTIVE (RESILIENZ-) FAKTOREN ALS ZIEL DER HEILUNG (RESSOURCENORIENTIERUNG, LÖSUNGSORIENTIERUNG).....	34
15.1 LÖSUNGSORIENTIERTE GRUNDLAGEN.....	35
16. DIE VIER WEGE DER HEILUNG UND FÖRDERUNG.....	36
17. BEHANDLUNGSZIELE	39
17.1. HEILUNG, BESSERUNG UND KOMPENSATION DER SUCHT ZUGRUNDE LIEGENDEN UND SIE AUFRECHTERHALTENDEN STÖRUNGEN.....	39
17.2. KRANKHEITSBEWÄLTIGUNG.....	39
17.3. ERHALTUNG UND (WIEDER) AUFBAU SOZIALER BEZIEHUNGEN.....	39
17.4. ERHALTUNG UND WIEDERERLANGUNG DER ERWERBSFÄHIGKEIT	40
17.5. SOZIALE WIEDEREINGLIEDERUNG.....	40
18. ANAMNESE, DIAGNOSTIK.....	40
18.1. REHABILITATIONSDIAGNOSTIK	41
18.2. DESKRIPTIVE DIAGNOSTIK.....	43
18.3. MEDIZINISCHE DIAGNOSTIK.....	44
18.4. PSYCHISCHE DIAGNOSTIK	44
18.5. SOZIALE DIAGNOSTIK	44
18.6. DIAGNOSTIK IM GEISTIGEN BEREICH.....	44
18.7. SCHULISCHE UND BERUFLICHE ANAMNESE.....	44
18.8. ANAMNESE DES SPORTLICHEN UND KREATIVEN POTENTIALS.....	45
18.9. VERSTEHENDE DIAGNOSTIK.....	45
18.10. VERLAUFSDIAGNOSTIK	46
18.11. PROZESSUALE DIAGNOSTIK.....	46
19. GENDERASPEKTE.....	47
20. ZIELE UND STRUKTUR DER MOTIVATIONSBEHANDLUNG	48
20.1. KLÄRUNG DER ABSTINENZMOTIVATION	48
20.2. KRANKHEITSVERLEUGNUNG	49
20.3. VORAHNUNG (PRECONTEMPLATION)- DAS STADIUM DER KRANKHEITSVERLEUGNUNG.....	49
20.4. BESINNUNG (CONTEMPLATION)- DIE SUCHE NACH HILFE	50
20.5. UMSETZUNG (ACTION) - ERSTE VERÄNDERUNGEN, UNREALISTISCHER OPTIMISMUS.....	50
20.6. BEIBEHALTUNG (MAINTENANCE) - STABILISIERUNG VON VERÄNDERUNGEN IM ALLTAGSLEBEN.....	51
20.7. RÜCKFALL.....	51
21. KLÄRUNG DER PERSÖNLICHKEITSDYNAMIK.....	52
21.1. PERSÖNLICHKEITSTÖRUNGEN.....	53
21.2. DAS MODELL DER AFFEKTREGULIERUNG	53
21.3. ANGSTERKRANKUNGEN	53
21.4. AFFEKTIVE STÖRUNGEN.....	53
22. LEIDENSDRUCK	54
23. FÖRDERUNG EINER BEWUSSTEN, SELBSTBESTIMMTEN THERAPIEENTSCHEIDUNG	54
24. INDIKATIONSSTELLUNG	55
25. THERAPIEPLANUNG.....	56
25.1. BEHANDLUNGSPLANUNG, KONTRAKTE.....	56
26. UMGANG MIT KRISEN/RÜCKFÄLLEN.....	57
26.1. ZUM THERAPEUTISCHEN UMGANG MIT KRISEN.....	58

27. ZUSAMMENFASSUNG:	59
28. LITERATURLISTE:	59
29. ANHANG	61

1. Vorbemerkung

Seit drei Jahren arbeite ich als Integrative Sozialtherapeutin in der Fachambulanz für Suchtkranke der Diakonie in Düsseldorf. Die Einrichtung, die seit 1979 besteht, umfasst Angebote zur Prävention, einen Telefonnotruf für Suchtgefährdete, die Beratung und Behandlung Suchtkranker, ein suchtmittelfreies Café, Nachsorge und betreutes Wohnen für Suchtkranke. Ich leite dort seit Beginn meiner Tätigkeit u.a. eine wöchentlich stattfindende Motivationsgruppe und habe mich entschieden, meine praktischen Erfahrungen in Verbindung mit der Theorie der Integrativen Therapie, nach deren Menschenbild und Methoden ich arbeite, zum Thema dieser Arbeit zu machen, da ich die Motivation zum Ausstieg aus dem süchtigen Lebensmodus für ein wichtiges Thema in der Arbeit mit Suchtkranken halte. Mit Fertigstellung dieser Arbeit werde ich zunächst auch meine Tätigkeit in der Motivationsarbeit einstellen und eine Intensivgruppe in der ambulanten Rehabilitation Suchtkranker (mit-)leiten, so dass sich nun auch diese „Gestalt an der Stelle schließt.“

Mit dieser Arbeit möchte ich die Ausbildung zur Integrativen Gestaltsoziotherapeutin zum Abschluss bringen, die ich 1996 begann. Ich danke allen oben genannten für die Wegbegleitung und Unterstützung in den vergangenen neun Jahren.

1.1. Begriffklärung

In der *Integrativen Therapie* werden die Begriffe „Patient“ und „Klient“ nicht synonym gebraucht. Kommt ein Ratsuchender in die Praxis/Beratungsstelle, so wird in einem Gespräch mit ihm geklärt, inwieweit er selbst in der Lage ist, sein Leben zu steuern. Ist der Verlust an Kontrolle und Steuerungsfunktionen so groß, dass er sein Leben nicht mehr ohne schwerwiegende Störungen selbst regulieren kann, sondern massive Hilfe braucht, erhält er den Patientenstatus, ansonsten sprechen wir (hier) von Klienten.

Ich werde die männliche Form durchgängig der Einfachheit und Verständlichkeit halber verwenden.

Ich habe die Klientenvignetten, auf die ich mich beziehe, an das Ende der Arbeit gestellt, so dass sie dort im Original nachzulesen sind. Es handelt sich um zwei Sequenzen aus Einzelgesprächen, eine Sequenz entstammt der Motivationsgruppenarbeit. Darüber hinaus sind die entsprechenden Sozialberichte bzw. vorliegenden Abschlussberichte angefügt, um Redundanzen in der Arbeit zu vermeiden. Die Vignetten erheben keinen Anspruch auf vollständige Analyse, da es sich nicht um Behandlungsjournale, sondern um ausgewählte Aspekte aus der Arbeit in der Motivationsbehandlung handelt. Die Vignetten wurden von meinem Kontrollanalytiker Kurt Funk und mir gemeinsam in Einzelsitzungen im Hinblick auf die Behandlungsansätze, Techniken und Methoden der Integrativen Therapie bearbeitet.

2. Zur Motivation - eine Einführung und Zusammenfassung

Grundmotive sind im Menschen genetisch angelegt. Motive sind genetisch, universal bedingt oder individuell, geschichtlich bestimmt. Auch soziale, kulturelle und normative Bindungen sind Gründe zur Bildung von Motiven. Die persönliche Motivation ist ohne Umfeld nicht denkbar.

„Die Person entwickelt sich innerhalb ihres Umfeldes, als ein Teil desselben, in ständigem Kontakt und ununterbrochener Interaktion mit den zu diesem Umfeld gehörenden Dingen und Menschen und in einer ständigen Interaktion mit personalen, konstitutionellen Faktoren.“ (PETZOLD)

Nicht nur die Ausprägung eines bestimmten Motivs in der Psyche des Menschen beeinflusst das letztendliche Handeln, es ist ein erklärter Wille oder eine „Volition“ (JÄCKEL) notwendig, damit es zur Handlung kommt. Motive als überdauernde Dispositionen sind eng mit der Geschichte des einzelnen Menschen verknüpft und in einer übergreifenden Weise *„lebensalterbezogen und lebensbereichabhängig“*.

(JÄCKEL) Die Frage, woher Motive kommen, wie sie sich entwickeln und warum, ist eine Frage, die seit Anfang des Jahrhunderts immer wieder gestellt wurde, auch heute noch untersucht wird und je nach wissenschaftlicher Ausrichtung unterschiedlich beantwortet wird. Weitere Motive sind die Selbststeuerung- sowohl im physiologischen Sinne als auch die Aufrechterhaltung des Organismus- zum anderen psychologisch in Richtung des Wachstums der Persönlichkeit. Das dritte Grundmotiv ist die „soziale Einpassung“ - *„Bindungsneigung ist ein biologisch begründetes Motivationssystem“*. (JÄCKEL) Das vierte Grundmotiv ist *das „affektive Überwachen“* - die Neigung, *„Erfahrung dahingehend zu überwachen, was lustvoll und was unlustvoll ist“*. (JÄCKEL) Wertorientierungen und Menschenbilder haben einen Einfluss auf therapeutische Interventionen, der nicht zu unterschätzen ist. Sie haben immer auch einen kulturellen Hintergrund. Therapeuten sollen sich deshalb über ihre eigene Geschichte, die jeweils aktualisiert wird, aber auch ihre Motive, die sich aus dem eigenen Welt- und Menschenbild ergeben, bewusst sein. Aus dem Menschenbild der Integrativen Therapie ergeben sich grundsätzliche, das menschliche Leben bestimmende Wertorientierungen. Diese Wertorientierungen umschreiben Richtung und Ziel von Entwicklung und beeinflussen jeden Interaktionsprozess und damit jedes Agieren und Reagieren, sie stehen im Hintergrund jedes therapeutischen Interaktionsprozesses. Nach den Grundpositionen der Integrativen Therapie können fünf Grundmotive entwickelt werden:

1. In der Bezogenheit auf die Welt, vor allem über die Ebene der Leiblichkeit, liegt nach dem Menschenbild der Integrativen Therapie ein „primordiales“, (PETZOLD) existentielles Motiv menschlichen Daseins. Der Ursprung dieses Motivs liegt in der menschlichen Teilhabe an der Welt und bestimmt Richtung und Ziel seiner Aktivität.

2. Ein weiteres Grundmotiv besteht in der Übernahme engagierter Verantwortung für die Integrität jedes Daseins. Ein Selbst mit personaler Identität auszubilden, ist für den Menschen Anlage und

Aufgabe zugleich. Petzold nennt dies den „grundsätzlichen emanzipatorischen Impuls des Menschen“.

3. Ein weiteres Grundmotiv ist die Fähigkeit im Menschen, ein Ich und eine Identität zu bilden.

4. Sich kreativ mit der Welt auseinandersetzen und an der Generativität der Welt mitzuwirken, ist ein Grundmotiv menschlichen Daseins, das sich aus einer grundsätzlichen Teilhabe an ihr und seiner Bezogenheit auf sie entwickelt.

Sinnsuche findet kein Ende, denn die Frage verliert nicht an Aktualität und die Beantwortung ist jedem Menschen aufgegeben. In der Integrative Therapie wird diese Frage dahingehend beantwortet, dass sich dieser über die Wahrnehmung der Welt und in der Auseinandersetzung mit ihr erschließt. Diese Auseinandersetzung führt den Menschen zu einem Bewusstsein von Grundwerten, die als *„Sinnhorizont für alle Motive anzusehen sind, die zu Verhalten und Handeln führen“*. (JÄCKEL)

Dies kann aber keine endgültige Antwort sein.

1. Der Leib ist mit seinen Wahrnehmungsfähigkeiten, seinen Regungen und Empfindungen, Ausgangspunkt aller Grundmotive, aber auch aller Motive, die sich im jeweiligen Hier und Jetzt, aus dem Lebensraum und der Lebenszeit ergeben. Mit Hilfe seiner Sinne orientiert sich der Mensch in der gegebenen Situation und aktualisiert Grundmotive oder persönlich bedeutsame Motive, die von der Situation angeregt werden.

2. Emotionen dienen, nach Wahrnehmungen, Regungen und Empfindungen des Leibes, der Orientierung in einer Welt, in der Leben und Überleben gesichert werden müssen. Sie haben kommunikativen Charakter, indem sie andere über die je persönliche Gefühlslage und Einstellung aufklären. Darüber hinaus haben sie motivationalen Charakter in Richtung autoplastischer oder alloplastischer Anpassung des Menschen an seine Umwelt. Emotionen bilden ein vom Leib-Selbst und von der soziokulturellen Entwicklung her beeinflusstes Motivationssystem. Sie wirken situativ orientierend, kommunikativ und selbstregulatorisch.

3. Der „Geist umfasst die *„Gesamtheit aller kognitiven, reflexiven, mnestischen, imaginativen, wertenden und spirituellen Prozesse und Inhalte“*. (PETZOLD 1995, 1997) Kognitionen bewirken eine bewusste oder unbewusste Einstellung und Haltung dem eigenen und sozialen Leben gegenüber und verdichten sich zu Grundpositionen, die das ganze Leben beeinflussen. Als soziale Kognitionen haben sie auch die seit der Kindheit und Jugend gesammelten Beziehungserfahrungen zum Inhalt. Auf dieser Basis entwickeln sich ethische Werte, die in einer Wertorientierung, einem Menschen- und Weltbild, zum Ausdruck kommen. Wahrnehmungen, Emotionen und Kognitionen sind, da sie zum Leib-Selbst gehören, genau wie diese relational und „intentional“, d.h. auf die Welt bezogen und auf sie gerichtet. Sie sind Fähigkeiten, die dem Menschen eine Orientierung in seinem Umfeld ermöglichen und die Grundlage für überdauernde und für situative Motive bilden. In der Freiheit des Menschen, in seiner Fähigkeit zu Exzentrizität, die ihn von der Umwelt abhebt, liegt die menschliche Würde. (PETZOLD 1993a II, S.496).

Selbstreferentielle Wahrnehmungen, Emotionen und Kognitionen führen zu Selbstbewertungen, die zu *„Selbstbildern bzw. Selbstkonzepten“* zusammengefasst werden und in denen sich Selbst-

wert etabliert. Wahrnehmungen, Emotionen und Kognitionen bilden die Grundlage für alle Motive, die sich auf das Selbst beziehen und die im Rahmen der genetischen und situativen Bedingungen ein geschichtlich eingebettetes, persönlich geformtes Selbst entwerfen und kreieren. Im Gegensatz zu Heckhausens „Rubikonmodell“, das vier Phasen beschreibt, teilt Petzold Motivationsprozesse in drei Phasen ein:

Die **prädeziionale Phase** der Motivation, die das Wählen zum Inhalt hat, führt zur Bildung einer „**Zielintention**“, die in die „**präaktionale Phase des Planens**“ überleitet, zu einer „Ausführungsintention“ wird und in der „**aktionalen Phase**“ Handeln bewirkt. (PETZOLD, 1997) Die „*aus dem Kontext und dem Körper durch die Sinne vermittelten Wahrnehmungen*“ (PETZOLD) erfahren über emotionale und kognitive Zuschreibungen und Klassifizierungen eine Einordnung in eine je persönliche Weltsicht und in das eigene Selbstkonzept. Wahrnehmung, Bewertung und Einschätzung geschehen bewusst oder unbewusst. Sie beruhen auf neuronal abgespeicherten Mustern des „limbischen Systems“ und bestimmen in großem Maße die Informationsbe- und- verarbeitung. In einer Situation professioneller Hilfeleistung haben diese Grundlagen für den Klienten wie den Therapeuten Gültigkeit. Wahrnehmungen und Einschätzungen eigener Ressourcen und Potentiale haben ihr Gewicht bei der Beurteilung und Bewertung von Problemlagen. Für Klienten bilden Erfahrungen mit früher durchlebten Krisen die Grundlage für die Wahrnehmung und die Einschätzung ihrer aktuellen Situation. Aber auch das eigene Bewältigungspotential des Therapeuten, die auf sein Selbst bezogenen Emotionen und Kognitionen bezüglich der Wirksamkeit und Effizienz eigener Kompetenzen und Aktivitäten, wie auch eigener, sozial verfügbarer Ressourcen, haben auf die Einschätzung und Bewertung von Stress und Krisen Hilfesuchender einen nicht zu unterschätzenden Einfluss. Dem Hilfsangebot des Therapeuten steht auf der Seite des Klienten ein Wunsch oder ein Bedürfnis nach Hilfe gegenüber. Das Motiv des Therapeuten zu Helfen begegnet im therapeutischen Setting dem Motiv des Klienten, sich Hilfe zu suchen. Beide Motive haben ihre Vergangenheit, ihre persönliche Geschichte. Die Prozesse der Motivation wie auch der Volition, d.h. der Klärung der Sachlage, der Zielfindung, der Planung und der Durchführung müssen auf beiden Seiten stattfinden. Die entsprechenden Motive werden bei beiden ein „psychisches Thema“. Petzold unterscheidet nach „Sachdimension“, „Affektdimension“, „Zieldimension“ und „Transferdimension“. Die Sachdimension ist erstens auf die „Inhalte und Sachzusammenhänge gerichtet, wie sie sich als Fakten darstellen“. (PETZOLD) Je prägnanter eine Situation wahrgenommen werden kann, desto besser ist die Ausgangslage für die motivationale Bearbeitung. Es erfolgt, meist in der Initialphase, eine diagnostische Hermeneutik der Lebensumstände des Klienten. Hier kann gemeinsam Lebensrealität erschlossen, können Ursachen und Wirkungen erarbeitet, verstanden und erklärt werden. Für den Therapeuten stellt sich die Frage, ob er dem Klienten zu diesem Zeitpunkt aus dieser spezifischen Krise helfen kann. Eigene Krisen können auftauchen und müssen durchgearbeitet worden sein, sonst kann es zu Gegenübertragungsphänomenen kommen. In die Affektdimension fließen die emotionalen Erfahrungen, die bewussten und unbewussten „**affektiven Besetzungen**“ eines Themas oder Motivs mit ein, die „**attributiven Einflüsse**“, die sich beim Thera-

peuten wie beim Klienten retrospektiv, aspektiv und prospektiv mit der Situation verbinden. (PETZOLD, 1997)

An die hermeneutische Spirale des Wahrnehmens, Erfassens, Verstehens, Erklärens schließt sich die agogische Spirale des Explorierens, Agierens, Integrierens und Neuorientierens und die therapeutische Spirale des Erinnerns, Wiederholens und Veränderns an. (PETZOLD 1992a, II/2, S.625ff)

Die Zieldimension betreffend, lassen sich sodann "spezifische", d.h. praxeologische und damit auf einen bestimmten Sachverhalt oder eine bestimmte Situation gerichtete Ziele erkennen. Es ergeben sich persönliche, auf das Selbst, das Ich und die Identität bezogene Ziele, z.B. die Entfaltung und Förderung persönlicher Kompetenzen und Performanzen. Damit verbinden sich in der Folge auch übergeordnete Zielsetzungen in Form von verbindlichen, sozialen Normen, sowie Menschen- und Weltbildern. In der Transferdimension motivationaler Prozesse geht es um die Einschätzung und Bewertung möglicher Handlungskonsequenzen und ihre Relation zu situationsspezifischen, persönlichen und übergeordneten Zielen und Werten. Es geht um Wert und Erwartung, Nutzen und Kosten, Chancen und Risiken, und letztlich um eine generelle Einschätzung und Bewertung der Flexibilität, Veränderbarkeit und Gewichtung der eigenen, persönlichen oder gruppenspezifischen Fähigkeiten in Verbindung mit den Veränderungsmöglichkeiten in Gesellschaft und Kultur. Ein Prozessmodell der Beratung und/oder Hilfeleistung könnte wie folgt aussehen:

Über das Menschenbild der Integrativen Therapie wird deutlich, dass die Achtung der Würde des Einzelnen, die Forderung, Integrität zu stützen und zu stärken, und eine grundsätzliche Wertschätzung der menschlichen Person in ihrem sozialen Bedingungsgefüge die Grundlage für eine von Intersubjektivität getragene Atmosphäre bieten sollte. Die Prozesse der Motivation, wie die der Volition, der Zielfindung, der Planung und der Durchführung einer Aktion müssen auf beiden Seiten stattfinden. Eine intersubjektive Atmosphäre setzt auch voraus, dass es möglich sein muss, die Motive und Motivationen des jeweiligen Gegenübers einzuschätzen und zu bewerten (appraisal und valuation) und dass es, erst wenn die Beteiligten die Motive und Motivationen des anderen akzeptieren können, zu einer gemeinsamen Aktion kommt, die in der Folge in einem gemeinsamen Prozess gewichtet und bewertet werden kann.

(Integrative Therapie, Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration, 1-2/2001, Aufsatz Motive und Motivationen als Grundlage menschlichen Verhaltens, JÄCKEL B., S. 145-172)

3. Beschreibung des Settings Motivationsbehandlung in der Fachambulanz für Suchtkranke

3.1. Einzel- Paar- und Familiengespräche

Nach der Kontaktaufnahme werden dem Klienten regelmäßige Einzel- und Gruppengespräche angeboten. Bei Bedarf werden die Angehörigen miteinbezogen. Die Motivationsphase dauert mindestens vier Wochen. Während der Motivationsphase werden die relevanten Grunddaten erhoben und eine vorläufige Diagnose erstellt. Dem Klienten werden weitere Beratungs- oder Betreuungs-

maßnahmen oder die Einleitung einer Entwöhnungsbehandlung empfohlen. Der Klient bekommt für die Dauer der Beratung in der Fachambulanz einen Bezugstherapeuten, der verlässlicher Ansprechpartner in allen persönlichen und organisatorischen Fragen bleibt und gemeinsam mit dem Klienten die Beratungs- und Behandlungsplanung übernimmt.

Inhalte der Einzel, Paar- und Familiengespräche können sein:

- Abklärung der Krankheitseinsicht, der Abstinenzbereitschaft und der Motivation für eine weitergehende Beratung oder Behandlung
- vertiefte Erhebung suchtanamnestischer Daten: Suchtverlauf, Dosis und Häufigkeit der Suchtmittelleinnahme, Grad der Abhängigkeit, geistige und seelische Veränderungen, delir- oder prädelirante Zustände, körperliche Schädigungen, Primär- und Sekundärabusus
- Analyse der familiären Situation: Aktuelle familiäre Situation, soziale Beziehungen, persönliche und familiäre Entwicklung, Krisensituationen, Kooperationsbereitschaft des sozialen Umfelds
- Analyse der schulischen und beruflichen Entwicklung
- wirtschaftliche Situation: Einkommensverhältnisse, Schulden
- Strafverfahren, Bewährungsmaßnahmen, evtl. Haftstrafen
- psychische Situation: Suizidalität, Selbstwertproblematik, Labilität und Rückfalldisposition
- Vorberatungen/Behandlungen
- Einleitung von weitergehenden Maßnahmen: Entgiftung, ärztliche Behandlung, Wohnungsvermittlung, Schuldenregulierung
- Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen (ambulant, teilstationär, stationäre) oder sonstigen Behandlungen in Absprache mit dem Klienten mit der Formulierung von Therapiezielen, Klärung der Kostenträgerschaft, Unterstützung bei der Antragstellung, Auswahl der Behandlungsstätte und Erstellung eines qualifizierten Sozialberichts
- Krisenintervention
- Absprachen über Kooperation mit vermittelnden Stellen und mitbetreuenden Einrichtungen

3.2. Informationsgruppe

In der Informationsgruppe werden die Klienten, dazu gehören auch Angehörige, in Seminarform über Suchterkrankungen informiert. Die Gruppe wird im monatlich sich wiederholenden Turnus, verteilt auf vier Abende mit je 2 Stunden, angeboten. Die Informationsgruppe wird von einem hauptamtlichen Mitarbeiter der Fachambulanz in Zusammenarbeit mit einem Betroffenen geleitet.

3.3. Motivationsgruppen für Alkohol- und Medikamentenabhängige

Die Motivationsgruppen bieten den Klienten die Möglichkeit, mit anderen Betroffenen ihr individuelles Suchtverhalten, die Entscheidungen über ihre Abstinenz zu reflektieren und Entscheidungen über weitere Hilfen zu treffen. Teilnahmevoraussetzung ist eine zuvor in den Einzelgesprächen festgestellte Gruppenfähigkeit. Die Motivationsgruppen werden von hauptamtlichen Mitarbeitern der Fachambulanz in Zusammenarbeit mit geschulten, abstinent lebenden Suchtkranken, geleitet. Dadurch ist eine fachliche Anleitung in Verbindung mit positiven Identifikationsmöglichkeiten gegeben. Themenschwerpunkte der Gruppenarbeit sind u.a.:

- Reflexion des Suchtverhaltens
- Hinführung und Stabilisierung der Abstinenz
- Bearbeitung der Krankheitseinsicht
- Unterstützung in konkreten Konflikt- und Krisensituationen
- Rückfallbearbeitung
- Motivierung zu weiterführenden Maßnahmen
wie Entwöhnungsbehandlungen oder Selbsthilfegruppen

In der Fachambulanz werden in der Regel wöchentlich drei Motivationsgruppen angeboten, von denen ich eine drei Jahre leitete.

3.4. Ärztliche Konsultation und medizinische Betreuung

Klienten, die in regelmäßigem Kontakt stehen, werden fachärztlich psychiatrisch-neurologisch untersucht. Bei Bedarf werden weitergehende Untersuchungen oder medizinische Behandlungen in Facharztpraxen oder Kliniken veranlasst. Die Untersuchungsergebnisse fließen in die Gesamtdiagnostik ein. Es wird Wert darauf gelegt, dass die Klienten ihren jeweiligen, oft langjährigen Kontakt zum Hausarzt behalten. Im Einverständnis mit dem Klienten erfolgt eine regelmäßige Rücksprache mit dem behandelnden Hausarzt über Diagnose, Behandlungsplanung und Verlauf der Beratung/Behandlung.

(Konzeption der Fachambulanz für Suchtkranke, Diakonie in Düsseldorf, WIED, M., 2001)

4. Therapeutische Grundannahmen auf der Basis der Integrativen Therapie

4.1. Zur Entstehung von Suchtverhalten

Ausgewählte Aspekte, die in der Arbeit mit Suchtkranken in der Motivationsphase eine Rolle spielen:

„Sucht ist eine komplexe somatische, psychische und soziale Erkrankung, die die Persönlichkeit des Menschen und sein soziales Netzwerk betrifft, beschädigt, und wenn sie lange genug wirkt, zerstört.“ (PETZOLD)

Sucht heißt „ein unwiderstehliches Verlangen nach einem bestimmten Erlebniszustand.“ (WHO)

Die drei Bedingungsfaktoren Droge, Umwelt, Individuum treten miteinander in Interaktion, beeinflussen sich in unterschiedlicher Weise und können zur Sucht führen.

Die Droge verwandelt schnell Unlust in Lust mit zumeist hoher Befriedigung.

Bei Suchtkranken findet man oftmals eher einen „externalen Denkstil“, der die Aufmerksamkeit von sich selbst weglent, sich eher auf Äußeres richtet.

**siehe Vignette Herr Sch. Z. 9-10 „... nicht, dass ich da jetzt noch den Papa spielen soll...“
Sichtbar wird seine Angst, sich nicht gegen die Anforderung von außen abgrenzen zu können. Er überlegt nicht, ob er etwas tun möchte (locus of control bei sich selbst behalten) sondern, was von außen an ihn herangetragen werden könnte.**

4.2. Multiple Schädigungen

Multiple Schädigungen im Lebensverlauf können die vorhandenen Coping- Strategien punktuell oder auch dauerhaft überfordern, so dass es zu psychischer Instabilität (siehe fünf Säulen der Identität), Identitätsverlust und Verformung der Persönlichkeit (schwach ausgebildete Ich-Grenzen, pathologische Konfluenz, instabiles Ich) kommen kann. Bei den erwähnten Schädigungen handelt es sich um die Folgen von Traumata, Defiziten, Störungen und Konflikten, die nicht nur in der Kindheit, sondern in der gesamten Lebensspanne zu finden sind. Die Integrative Therapie geht vom lifespan- developmental- approach aus. Immer ist die Gesamtheit aller negativen, aber auch kompensatorischer positiver Erfahrungen zu berücksichtigen, und zwar über die gesamte Lebensspanne hinweg.

Defizite: z. B. unvollständige Familien, fehlende Stimulierungen, wenig Zuspruch, Wertschätzung und Anerkennung fehlen

Traumata: nicht verkräftete Erlebnisse von Trennung, Tod, Scheidung, Gewalt, sexuellem Missbrauch, etc.

Störungen: nicht eindeutige, unberechenbare oder widersprüchliche Beziehungskonstellationen zwischen Kind und Erwachsenem

Innere Konflikte: Selbstzweifel, die aus konflikthaften Beziehungskonstellationen erwachsen

Äußere Konflikte: Kinder stehen zwischen Eltern oder mehreren Erwachsenen oder werden in den Konflikt direkt miteinbezogen.

4.3. Protektive Faktoren

Nicht ein einziger der Faktoren oder ein einzelnes Ereignis sind ausschlaggebend für die Suchterkrankung, sondern Ereignisketten und mehrere Faktoren gleichzeitig, die sich negativ beeinflussen und verstärken. Das Konzept der „**protektiven und fördernden Faktoren** (Resilienzfaktoren)

ren) und Prozesse“ (PETZOLD) geht davon aus, dass Kinder, Jugendliche und Erwachsene in jedem Lebensalter belastenden Situationen und Erfahrungen ausgesetzt sind, dass sie sich aber in der Art der Bewältigung sehr unterscheiden.

Longitudinaluntersuchungen ergaben: Entscheidend als **Schutzfaktoren** scheinen die individuellen Persönlichkeitsmerkmale, positive Erfahrungen und Erlebnisse, das soziale Umfeld, die Identität und die persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten zu sein.

„Protektive Faktoren sind einerseits- internal - Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits- external - spezifische und unspezifische Einflussgrößen des sozioökonomischen Mikro-Kontextes (Familie, Freunde, significant caring adults, Wohnung), des Mesokontextes (Subkultur, Schicht, Quartier, Region) und des Makrokontextes (übergreifende politische und sozioökonomische Situation, Zeitgeist, Armut- bzw. Krisenregion), die im Prozess ihrer Interaktion miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. Sie verringern Gefühle von Ohnmacht und Wertlosigkeit und gleichen den Einfluss adversiver Ereignisse und Ereignisketten aus bzw. kompensieren ihn. Sie fördern und verstärken aber auch als salutogene (positive) Einflussgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und- kognitionen, sowie die Ressourcenlage und supportive Valenz sozioökologischer Kontexte (Familie, Schule, Nachbarschaft, Arbeitssituation), so dass persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein bloßes Überleben hinaus gewährleistet werden.“(PETZOLD)

Diese Definition Petzolds betont die prozesshafte Interaktion zwischen protektiven Faktoren und Risikofaktoren.

4.4. Umwelt

Bedrohlich erlebte Lebensereignisse von außen spielen ebenfalls eine Rolle: Unerwartete schwere Ereignisse, die nicht kontrollierbar und beeinflussbar sind. (z. B. Tod, Unfall, Arbeitslosigkeit, Krankheit, etc.) Der Körper reagiert mit Stress, kommt in Alarm-, Spannungs- und Unlustzustände und sucht möglicherweise Entlastung im Suchtmittel. Ein Sozialsystem mit wenig social support kann eine Suchtentwicklung begünstigen: Individualisierung, erhöhter Rollendruck, kein verlässliches Rollenbeispiel in der Familie, Zerfall verbindlicher normativer Leitbilder und Wertesysteme, fehlende Orientierungs- und Entscheidungshilfen tragen dazu bei. Das Ergebnis einer Entwicklung, in der eine Fülle dieser Negativfaktoren kumulativ zum Tragen kommen, ist ein verletzte, sensible, unklar strukturierte Persönlichkeit mit brüchigem Selbst, schwachem Ich und diffuser Identität, wie sie bei der Mehrheit der Suchtkranken zu finden ist. **(siehe z. B. Vignette Frau T.)**

Dies bedeutet aber nicht, dass alle Menschen mit diesen Störungen zwangsläufig suchtkrank werden. Dennoch ist dies der Nährboden für die Entwicklung pathogener Abhängigkeit. Alkohol- und Drogensucht sind nur spezielle, stoffgebundene Formen des süchtigen Verhaltens, welches sich im

Prinzip in allen Bereichen menschlichen Erlebens und Verhaltens entwickeln kann. Nicht nur per-verses Sexualverhalten oder pathologisches Stehlen oder Brandstiften, sondern auch Fernsehen, Fußball oder Arbeiten können zur Sucht entarten. Schon diese Feststellung dürfte ausreichen, um die Bedeutung des chemischen Stoffes zu relativieren und das Augenmerk des Diagnostikers und Therapeuten auf das Wesentliche, nämlich die Persönlichkeitsstruktur des süchtigen Menschen bzw. die Psychodynamik des süchtigen Verhaltens und das psychosoziale Feld zu lenken. Damit soll nicht die Wichtigkeit rein toxikologischer Aspekte Sucht verharmlost, sondern die Bedeutung psychodynamischer Faktoren in der Ätiologie hervorgehoben werden.

5. Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie

Die Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie ist eine Theorie über den Aufbau, das Zustandekommen und das „Funktionieren“ einer Person. Sie besagt, dass der Mensch in beständiger Entwicklung ist, sich durch Beziehungen entwickelt. Folgende Dimensionen der Persönlichkeit werden benannt:

5.1. SELBST

Das Leib-Selbst ist der ursprünglichste Teil der Persönlichkeit, der sich bereits im intrauterinen Bereich, beginnend auf der Grundlage des biologischen Körpers durch die Prozesse propriozeptiver und exterozeptiver Wahrnehmung als „sujet incarnée“ (MERLEAU-PONTY, 1966) herausbildet. Dieses archaische Leib-Selbst erlebt sich zunächst in Konfluenz mit dem Leib der Mutter und bildet sich im Verlauf der ersten Lebensjahre bei angemessener multipler Stimulierung im interpersonalen Bezug mehr zum reifen, zur vollen Subjektivität gewachsenen, Leib-Selbst aus. Das Leibs selbst ist Grundlage jeder Handlung; es ist nicht bewusst, mit seinen gespeicherten Erfahrungen nicht im ganzen bewusst erkennbar. Es ist die basale Region, Leiblichkeit, umfasst nicht voll bewusste Re-gungen in uns sowie vorsprachliche Erlebnisformen.

siehe Vignette Frau T.: Bei der Klientin kam es bereits kurz nach der Geburt zu einer negati-ven Attribuierung, sie war im Leib der Mutter „vergessen worden.“

Sie war als zweites Zwillingsskind nicht erkannt worden.

5.2. ICH

Bewusster Anteil des Erlebens, bzw. bewusster Anteil des Selbst, steuernde kognitive Systeme und bewusste Emotionalität. Mit der wachsenden Funktionsreife der sensorisch- perzeptuellen, mnestischen und motorisch- expressiven Möglichkeiten des Leib-Selbst, bildet sich das Ich aus. In dem Moment, in dem das Selbst bewusst wird, ist es Ich-Selbst. Die Ich-Funktionen des bewussten Wahrnehmens, Fühlens, Memorierens, Handelns und Denkens differenzieren die archaische Kon-fluenz durch Kontakt und schließen sich im Entwicklungsgeschehen zum reflexiven Ich zusammen; das dann Begegnungen möglich macht und durch allmähliche Lösung aus der konfluenten Bindung auch intersubjektive Beziehungen aufnimmt. Das reife begegnungs- und beziehungs-fähige Ich ist

eine Funktion des reifen Leib-Selbst. Das Ich vermag aus exzentrischer Position einen reflexiven Akt auf das im Leib zentrierte Selbst zu vollziehen und damit das Selbst zu erkennen.

5.3. IDENTITÄT

Identitätsbildung beginnt etwa vom 3. Lebensjahr an. Neben der Fähigkeit durch Spiegelwahrnehmung und propriozeptive Informationen Bilder über das eigene Selbst zu gewinnen, erkennt das Ich auch die Zuweisungen und Einflüsse der Umwelt auf das Leib-Selbst. In diesen Interaktions- und Erkenntnisprozessen entstehen Selbstbilder durch Selbst- und Fremdattributionen, die in ihrer Gesamtheit die Identität ausmachen. Sie ist die höchste Leistung des Ich. Die Identitätszuweisungen von außen und die Selbstattributionen wirken unmittelbar auf das Leib-Selbst zurück, verändern und prägen es. Identität konstituiert sich im Zusammenwirken von Leib und Kontext im Zeitkontinuum. Sie entsteht durch gesellschaftliche Rollenzuschreibung und persönliche Rollenverkörperung, dadurch, dass ich mich in meinem Wahrnehmen und Handeln als den erkenne, der ich bin, (Identifikation) und dadurch, dass mich die Menschen meines relevanten Umfeldes als den erkennen, als den sie mich sehen. (Identifizierung)

5.4. Die Bereiche (fünf Säulen), die die Identität tragen, sind:

- Der Bereich der Leiblichkeit
- Der Bereich des sozialen Kontextes
- Der Bereich der Arbeit und Leistung
- Der Bereich materieller Sicherheit
- Der Bereich der Werte

Diese Bereiche der Identität werden auch als die „fünf Säulen des supports“ (PETZOLD) bezeichnet. Die Diagnostik muss herausfinden, welche der drei Dimensionen der Persönlichkeit auf welcher Entwicklungsstufe in Mitleidenschaft gezogen worden ist.

6. Persönlichkeitstheorie- suchttheoretischer Bezug

Persönlichkeitstheoretisch betrachtet, tendiert der Alkoholabhängige nach Petzolds Verständnis zu pathologischer Konfluenz, deren Ursprung dabei im frühkindlichen Konfluenzerlebnis mit der Mutter liege und dem leidvollen Ablösungsprozess von der Bezugsperson. Dieser wurde nicht vollständig oder befriedigend vollzogen, das Selbst bleibt schwach und instabil. (ROST, 1987) Die Folge ist ein schwaches Selbstbild sowie eine fehlende Konfrontationsfähigkeit mit der Umwelt. Die Trennung von der Mutter ist zwar vollzogen, jedoch ohne dass der Betroffene danach in der Lage ist, eigenverantwortlich für sich zu sorgen. Zurück bleibt das traumatische Erlebnis des Verlassenseins von dem idealisierten Objekt. Diese Enttäuschung verhindert die Entwicklung und Stabilisierung des Ich bzw. der Ich- Identität. Der Betroffene haftet weiterhin an der Rolle des archaischen Ich, die Persönlichkeit bleibt von bestimmten, beschützenden Objekten abhängig. (ROST, 1987)

siehe Vignette Frau T: Sie verbleibt in der Abhängigkeit zur Zwillingsschwester bzw. dem Alkohol, eine Autonomieentwicklung ist ihr nicht möglich.

Es muss daher ein neues Bezugsobjekt gesucht werden, der Abhängige benötigt einen Ersatz. Diesen findet er im Suchtmittel, er glaubt, diesen neuen Beschützer kontrollieren zu können. Er begreift das Suchtmittel als scheinbar perfektes Substitut, die ersehnte Konfluenz wird mit dem immer verfügbaren Ersatz wieder hergestellt.

siehe Vignette Herr Sch.: „Wenn ich mich mehr abgrenze, ärgere ich mich nicht so und brauche keinen Alkohol mehr.“

Das Suchtmittel versagt und enttäuscht- wie früher die Bezugspersonen- jedoch immer wieder. 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 ziehen. Die Grundfähigkeit der Exzentrizität, der distanzierten Selbstbeachtung, geht verloren, die Abgrenzung zu sich selbst und dem Gegenüber wird unmöglich. Bei frühen Schädigungen kann es zu einer Spaltung im Erleben kommen. Das eigene Empfinden schwankt zwischen Momenten von Grandiosität und Großartigkeit und Momenten völliger Bedeutungslosigkeit. Im Kontakt zur Umwelt äußert sich das in unverhältnismäßigen Idealisierungen und eben solchen Entwertungen, die sich schnell von einem ins andere Extrem wandeln können.

siehe Vignette Herr R. Zeile 32 : „Bin ja froh, diesmal nicht abgebügelt worden zu sein wie am Montag.“ Es handelt sich um eine Projektion, er selbst bügelt Menschen ab und teilt sie in Kategorien wie „wert“ und „unwert“ ein.

Bezug zur Arbeit in der Fachambulanz: Dieses Verhalten wird in der Motivationsphase in der Fachambulanz häufig sichtbar. Therapeuten werden bereits im Erstkontakt abgewertet bzw. idealisiert. Hier ist in den Gesprächen über evt. Wünsche der Klienten nach einem Therapeutenwechsel differenziert zu beleuchten, welcher Grund vorliegt und ob ein Wechsel im Sinne des zeit-nahen Aufbaus eines tragfähigen Arbeitsbündnisses sinnvoll ist.

7. Identitätskonzept-Suchttheoretischer Bezug

Geht man von den fünf Säulen der Identität aus, handelt es sich bei suchtkranken Klienten um Menschen, bei denen oftmals mehrere Säulen ernsthaft geschädigt sind. Die identitätskonstituierenden Fremdattributionen und Selbstattributionen kommen nach dem Konzept der Integrativen Therapie aus folgenden Bereichen:

7.1. Der Leib

Die Physis des Alkoholkranken ist in vielfältiger Weise beeinträchtigt. Krankheit, Gewalt und Missbrauchserfahrungen, aber auch direkt durch die Abhängigkeit bedingte Schädigungen beeinträchtigen das physische Wohlbefinden des Betroffenen in extremer Weise.

7.2. Der soziale Kontext

Alkoholabhängigkeit führt meist zu sozialer Isolation und Kontaktlosigkeit. Der Abhängige verliert durch seinen Rückzug, aber auch den der relevanten Bezugspersonen, zumeist nach Enttäuschungen, seine protektiven, schützenden Anbindungen, die einen Ausstieg fördern könnten. Die Folge ist oftmals ein hohes Maß an Vereinsamung.

7.3. Arbeit und Leistung

Oftmals wird der Abhängige nach mannigfaltigen gescheiterten Versuchen, selbst den Ausstieg aus der Sucht zu erreichen (z.B. zahlreiche Selbstentgiftungen, Versuche, den Alkohol kontrolliert zu konsumieren) auch am Arbeitsplatz auffällig. Unzuverlässigkeiten, „Fahne“, etc. veranlassen den Arbeitgeber nach zumeist inzwischen vor allem in größeren Betrieben vorliegenden Suchtvereinbarungen vorzugehen. Die Leistungsbereitschaft des Betroffenen ist vielfach gering bis gar nicht mehr vorhanden- oft verringert sie sich nach dem „Auffallen“ im Betrieb erneut. Schuldgefühle und das Gefühl versagt zu haben, verschärfen häufig eher die Problematik noch.

siehe Vignette Herr Sch.: Der vormals erfolgreiche selbstständige Grafiker und Musiker bricht in der Leistung ein, fällt in die Sozialhilfe, da Kreativität sowie Ausdauer beeinträchtigt wurden in einem schleichenden, von ihm kaum wahrgenommenen Prozess.

7.4. Materielle Sicherheit

Diese Säule der Identität gerät häufig durch das „Auffallen“ am Arbeitsplatz in Gefahr, sofern der Arbeitsplatz konkret bedroht oder bereits verloren gegangen ist. Für viele Klienten ist es der Auslöser, sich- häufig zunächst fremdmotiviert - in Behandlung zu begeben.

siehe Vignette Herr R. – er verliert durch Alkohol am Steuer den Führerschein, somit fast den Arbeitsplatz als TÜV-Prüfer, was seine Existenz und die seiner Familie massiv gefährden würde- er begibt sich daraufhin- auf Druck des Arbeitgebers- in therapeutische Behandlung.

7.5. Werte und Normen

Für viele Abhängige ist der Alkohol ein Substitut für Sinn, ein Gegenmittel gegen Langeweile oder die Isolation von anderen Menschen. Häufig wird durch eine Überanpassung versucht, den Normen und Werten der anderen nach außen hin in besonderer Weise zu entsprechen, um nicht negativ aufzufallen und um die vorhandenen Schuld- und Schamgefühle zu mindern oder vor sich selbst zu verringern. Abhängigkeit lässt sich mit dem gültigen Normen und Werteverständnis nicht vereinbaren.

siehe Vignette Frau T.: Sie arbeitet überangepasst in einer Konditorei, arbeitet mehr und zuverlässiger als andere, u.a. um nicht negativ aufzufallen.

8. Gesundheits- und Krankheitslehre

Im Sinne des mehrperspektivischen Ansatzes der Integrativen Therapie sind die Ursachen für Sucht aus verschiedenen Blickwinkeln zu betrachten:

„Drogenabhängigkeit ist eine komplexe psychische, somatische und soziale Erkrankung, welche die Persönlichkeit des Drogenabhängigen und sein soziales Netzwerk betrifft, beschädigt und- wenn sie lange genug wirkt- zerstört. Drogenabhängigkeit geht weit über ein traditionelles medizinisches Krankheitsverständnis hinaus. Sie ist nicht nur eine Erkrankung der Person in und mit ihrem Netzwerk. Das Netzwerk ist auch krank und das Netzwerk gehört zur Person.“

(Fachtagung des Vereins Therapiehilfe e.V., Vortrag H. Petzold, in: SCHEIBLICH, Hrsg., 1995)

Ergänzung:

„Drogenabhängigkeit hat eine multikausale, zum Teil sehr stark variierende Genese. Sie zeigt unterschiedliche Ausprägungen und Verlaufsformen, abhängig von genetischen Dispositionen, biografischen Vorschädigungen, psychosozialer Gesamtsituation/Lebenslage, Grad der Chronifizierung, Ressourcenlage.“

(PETZOLD, Integrative Suchttherapie Petzold, Schay, Ebert, (Hrsg.), S.515, 2004)

Spezifische Vorschädigungen, z.B. in der Kindheit, müssen dabei ebenso berücksichtigt werden wie die psychosoziale Gesamtsituation in Form von Entfremdungen und pathogenen Stimulierungen. Persönliche Ressourcenlagen müssen evaluiert und in der suchtttherapeutischen Intervention mit berücksichtigt werden. Eine Betrachtung der gesamten Lebenssituation des Betroffenen ist daher unabdingbar. Diese schließt eine Erarbeitung der Zukunftsperspektiven mit den persönlichen Hoffnungen, Wünschen, Sehnsüchten und Plänen mit ein.

Vignetten:

Formulierte Ziele :

Herr Sch.: „Ich möchte wieder so gut arbeiten wie früher, den Ausstieg aus der Sozialhilfe finden.“

Frau T.: „Ich möchte mit meinem Leben besser fertig zu werden, die Ängste und Zwänge reduzieren.“

Herr R.: „ Ich möchte wieder meinem Beruf wie vorher nachgehen.“

8.1. Das Modell der multiplen, zeitextendierten Belastung bzw. Überlastung

Nicht nur ein Ereignis, sondern Ereignisketten, nicht nur eine kurzzeitige Einwirkung, sondern über längeren Zeitraum wirkender Stress sind in der Regel Ursache von Erkrankungen.

siehe Vignetten Herr Sch. und Herr R.:

Bei Herrn Sch. liegt ein erhöhter Blutdruck vor, bei Herrn R. eine Schuppenflechte, die sich nach der Behandlung in der Tagesklinik deutlich besserte.

8.2. Das Repressionsmodell der Krankheit

Wenn expressive Impulse des Organismus (z.B. das Zeigen von Gefühlen) permanent gewaltsam unterdrückt werden oder keine Resonanz erhalten, können diese Situationen zur Ursache von Erkrankungen werden. **siehe Vignette Frau T. Z.11: „Ich kann immer nie ´nein- sagen´ und habe dann ein sooo schlechtes Gewissen.“**

Bezug zur Arbeit in der Fachambulanz: Dies wird in der Fachambulanz sorgfältig in den Motivationsgruppen, therapeutischen Einzel- und ggf. Paargesprächen abgeklärt. Die dafür benötigte Zeit wird flexibel gehandhabt und auf den Klienten und den Prozess abgestimmt. Bereichernd wirkt sich hier die interdisziplinäre Zusammenarbeit aus. (Arzt, Therapeuten, unterschiedliche Therapieausbildungen mit unterschiedlichen Perspektiven, Blickwinkeln, Optiken, Foki)

9. Relevante Suchttheorien (mit Blick auf die Motivationsarbeit)

9.1. Individualpsychologische Konzepte

Hier geht es um die Frage, aufgrund welcher Umstände Menschen zum Gebrauch, Missbrauch oder zur Abhängigkeit von psychotropen Substanzen gelangen. Gebrauch der Substanzen wird als ein erlerntes Verhalten beschrieben, welches der Bewältigung innerer und äußerer Herausforderungen dient. Der zentrale Begriff ist hier der der **Stressbewältigung**, der auslösende Stress kann extern (z.B. durch Überforderung oder Unterforderung), aber auch intern (beispielsweise durch Schuld- oder Schamgefühle, durch Versagensängste) bedingt sein. Eine weitere Theorie betrifft eine erhöhte Gefährdung für den Gebrauch bei erhöhtem Erlebnishunger. (sensation seeking)

Sensation seeking: Siehe Vignette Herr Sch. – Ein extremes Leben führen, viele Erlebnisse in kurzer Zeit haben, konsumieren.

Unter dem Eindruck eines Defizites an emotionaler Selbstkontrolle, eines Defizits an Selbstwertgefühl, an sozialer Akzeptanz, können psychotrope Stoffe zum Zwecke einer besseren Befindlichkeit eingesetzt werden.

9.2. Psychopathologische Konzepte

Klinische und epidemiologische Forschung haben dargelegt, dass der Gebrauch und Missbrauch psychotroper Substanzen häufig vorkommt bei gleichzeitigem Vorliegen psychischer Störungen, namentlich Persönlichkeitsstörungen, Depressivität, manischen und schizophrenen Psychosen, Hirnschädigung, posttraumatischem Stresssyndrom und Angstsyndromen. Sofern diese Störungen nicht Folge des Substanzmissbrauchs oder einer Abhängigkeit sind, werden sie als Anlass und Auslöser für **Versuche einer Selbstmedikation** durch nicht verschriebene psychotrope Substanzen gesehen. Damit einhergehende Verbesserungen der Befindlichkeit führen zu wiederholtem Gebrauch und erhöhen damit das Risiko für Missbrauch und Abhängigkeit. Der Gebrauch kann aber

auch als Ausdruck von **Selbstzerstörung und einer latenten Suizidalität** gesehen werden. Darüber hinaus sind an dieser Stelle noch die Konzepte der **Anomietheorie** sowie der **Subkulturan-satz** zu nennen, die hier nicht weiter ausgeführt werden können.

9.3. Suchtverständnis der Integrativen Therapie

Sucht ist eine Erkrankung des Gesamtsystems. Sie hat eine physiologische, eine psychologische, eine soziale, eine ökologische und eine spirituelle Dimension. Sucht entsteht in risikoreichen Netzwerken bzw. in spezifischen Netzwerkkonstellationen, die problematisch sind.

siehe Vignette Frau T., sie ist das vierte Kind in einer finanziell ungesicherten, bereits überforderten Familie.

Für die Diagnose ist es von Wert, die Qualität des „Konvois“ zu erfassen, d.h. die Wegbegleitungen auf der Lebensstrasse, der „Netzwerke im Zeitverlauf“. Helfende Konvois bieten protektive Faktoren, z.B. sorgetragende Menschen („*caregiving adults* in einem *continuum of caretaking* im Kontakt zu einem *continuum of casualties*“) (PETZOLD) Bei Suchtmittelabhängigen ist ein spezifischer „*social support*“ erforderlich, weil ein riskantes oder toxisches Netzwerk verändert werden muss. Bei der Stärkung von Kompetenzen sind einerseits taktische Fähigkeiten, aber auch das Spüren, Erleben dieser Fähigkeiten („*perceived competence*“) in den Blick zu nehmen. (PETZOLD)

Zur Diagnostik gehören:

- **die Netzwerkanalyse** (mit Blick auf die supportive Valenz, die Ressourcen sowie die Risiken und Defizite)
- **die Konvoianalyse.**

10. Behandlungsansatz

10.1. Therapeutische Beziehung

Die Relationen der Bezogenheit sind:

Verschmelzung in Liebe und Zärtlichkeit

Konfluenz ist die unabgegrenzte Daseinsform des Menschen in totaler Koexistenz, wie sie einerseits in ihrer originären Form die Embryonalzeit kennzeichnet, in der die Flut der Propriozeptionen und Exterozeptionen noch nicht durch die differenzierte Wahrnehmung strukturiert wird, die das Eigene vom Anderen scheidet, und wie sie andererseits in Ganzheits- und Verschmelzungserfahrungen positiver (z.B. Orgasmus) und pathologischer Art von Erwachsenen erlebt werden kann.

siehe V. Frau T. Zeile 10-15: Durch die pathologische Konfluenz zur Mutter konnte Frau T. nicht lernen, sich adäquat abzugrenzen, geht jemand über ihre- meist zu spät gesteckten-Grenzen, reagiert sie aggressiv, um eine Grenze setzen zu können.

Auch Herr Sch. kann sich vom aggressiven, jähzornig erlebten Vater nicht abgrenzen, benötigt Cognac, um die Wut hierüber zu neutralisieren, wenn es ihm erneut nicht adäquat gelungen ist.

Kontakt ist im wesentlichen ein Prozess leiblich konkreter, differenzierter Wahrnehmung, der das eigene vom Fremden scheidet, die Dinge der Welt unterscheidet und durch die Stabilisierung eine Innen-Außen-Differenz der Identität schafft.

siehe V. Herr R. ab Zeile 10: Er kommt mit den anderen Gruppenteilnehmern in einen lebendigen Kontakt/Austausch, der ihn bereichert, da er sich öffnet, auch mit seiner Unwissenheit, was ihm noch schwer fällt. Er hört interessiert zu und teilt Menschen nicht mehr sofort und in Kategorien (wert-unwert) ein, wie er es zuvor tat.

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

Beziehung

Intensive Begegnung führt zu dem Wunsch, die Begegnungserfahrung in die Zukunft auszudehnen, in weiteren Begegnungen das Leben des anderen zu teilen. Begegnung impliziert eine Verheißung, rührt den Wunsch nach Dauer an, der, findet er die Realität eines Miteinanders, sich zur Beziehung wandelt. Begegnung in die Zeit gestellt, die sich uns perspektivisch erschließt, in Rückblick und Vorblick, in die Verbindlichkeit einer wechselseitigen Sorge, einer Verantwortung für den An-deren gestellt, gewinnt die Qualität von Beziehung. Beziehung bedarf des Kontaktes und der Begegnung. Fehlende bzw. inadäquate Einfühlung von Seiten der Mutter, des Vaters oder anderer wichtiger Pflegepersonen beeinträchtigt eine gesunde Beziehungsfähigkeit- der Beziehung zu mir selbst, zu meinem Leib-Selbst und der Beziehung zu anderen Menschen.

siehe Vignette Frau T. Z. 2-6: Hier wird sichtbar, wie wenig Empathiefähigkeit die Mutter der Frau T. besaß. Der Kontakt wird von Vorwürfen und Aggression, ebenso durch die Depressivität der Mutter bestimmt. Hier konnte sich bei Frau T. kein angemessenes Kommunikationsverhalten bilden.

Bindung entsteht durch die Entscheidung, seine Freiheit zugunsten einer frei gewählten Gebundenheit einzuschränken und eine bestehende Beziehung durch Treue, Hingabe und Leidenschaft mit der Qualität der Unverbrüchlichkeit auszustatten.

Abhängigkeit geht auf Kosten der Freiheit. Sie kann bei neurotischen Abhängigkeiten pathologische Qualitäten haben.

Hörigkeit beinhaltet Unfreiheit, oft auf sexueller oder wirtschaftlicher Basis.

10.2. Beziehungskonzept der Integrativen Therapie

Beziehung ist eine Wesensqualität des Leibes. Die primordiale Korrespondenz des Leibes mit der Welt schafft einen ursprünglichen, ungestalteten Sinn, der noch vor aller Sprache und vor aller Bedeutung liegt. Intersubjektive Korrespondenz und Beziehungen sind von wechselseitiger Wertschätzung gekennzeichnet; der andere Mensch wird in seiner Integrität als Subjekt anerkannt. Petzold bezieht sich auf „**Levinas Ethik**“, d.h. der Klient darf nicht als „Objekt“ (LEVINAS) betrachtet und behandelt werden, er verlöre seine Subjekthaftigkeit und damit seine Handlungsmacht. Objekte können nicht handeln, sondern werden behandelt. Der Therapeut sollte die Beziehung nicht als ein „Instrument“ benutzen, dann nehme er den Klienten als Mitmenschen nicht ernst und es würde keine wirkliche Beziehung entstehen können. Dies sei entwürdigend und pathogen. Es ist erforderlich, eine Beziehung von Mensch zu Mensch herzustellen, diese „wechselseitige Mutualität“ (MORENO) erfordert vom Therapeuten neben Fachlichkeit ein hohes Maß an eigener, persönlicher Integrität. Der Klient darf weder entmündigt, noch ausschließlich „bemuttert“ werden. Winnicott beschreibt die Therapeuten als die hilfreicheren, die nicht perfekt sind oder alles wissen. Der Therapeut sollte dem Klienten nicht aus einer „überlegenen“ Haltung gegenüberreten. Es gibt keinen Königsweg in das Innere des anderen Menschen. Er bleibt immer der Andere und der Fremde. Das „Andere“ im Antlitz des Anderen nimmt dem Therapeuten die Illusion der eigenen Allmacht und lehrt ihn Bescheidenheit. Den anderen Menschen als den schutzlosen, ausgelieferten und dennoch unverfügbaren Anderen zu respektieren, fordert vom Therapeuten den bewussten Verzicht auf Macht und Kontrolle über den Klienten. Der „locus of control“ (PETZOLD) hat beim Klienten zu bleiben. Sonst gerate das Helfen zum Akt der Bemächtigung und nehme dem Klienten die Autonomie und den Zugang zu sich selbst. Der andere Mensch bleibt ein Rätsel, das es zu respektieren gilt.

siehe Vignette Frau T. Zeile 3-6 : Hier wird die Integrität der Kinder nicht geachtet. „Mußten wie die Kadetten runterrennen... einmal haben wir sie nicht kommen gehört...“ Es wird die Realität nicht gesehen und die Kinder werden nicht ernstgenommen und respektiert.

Die Integrative Therapie betont folgende Bezogenheiten:

Beziehung zum Leib des Anderen

Der Leib des Anderen ist der Weg zu mir selbst, zum eigenen Leib. Der Mensch wird zum Menschen durch den Mitmenschen.

Beziehung zum eigenen Leib-Selbst

Der Bezug zur eigenen Leiblichkeit setzt die Lösung aus der pränatalen Konfluenz voraus, die Lösung vom Leib der Mutter, vom Leib des Anderen. Lösung muss jedoch nicht Trennung, Verlust, Entfremdung sein, wie das vielfach als pathologische Entwicklung geschieht.

Beziehung zu den Dingen

Der menschliche Leib ist nicht nur auf den anderen Leib gerichtet, sondern auch auf Dinge, die seine Augen erblicken und seine Hände ergreifen. Die Sorge um die Dinge ist lebensnotwendig; ein Verlust von Dingen trifft uns in unserer Lebensqualität. Dinge nehmen in der Behandlungsmethodik der Integrativen Therapie einen großen Raum ein:

Übergangsobjekte dienen der Entwicklung des kindlichen Selbst und der Identität. Sie werden be-
seelt, mit ihnen wird in eine Beziehung getreten, die prägend ist. Intermediärobjekte vermitteln bei
gestörter Kommunikation.

**siehe Vignette Frau T. Zeile 27-30: Ich gab der Klientin ein
Übergangsobjekt, ein Bällchen, das die Klientin befähigte, ihre Zwänge zu relativieren und
die Angst zu reduzieren, da sie einen Teil von mir bei sich hatte.**

Beziehung zur Lebenswelt

Die Dimension der Relationalität, der Bezogenheit. Zusammenfassend kann hier gesagt werden:
Der Leib hat einen Sitz im Leben, mitten in ihm. Er hat Zentriertheit, weil er in die Textur der Le-
benswelt eingewoben ist.

10.3. Beziehungsmodalitäten

Die therapeutische Beziehung ist Rahmen, Basis und Medium des therapeutischen Entwick-
lungsprozesses. Gute Beziehungen zwischen Therapeut und Klient können nur entstehen, wenn
sich beide aufeinander einlassen, sich auseinandersetzen. Hier ist ein gewisses Maß an **Passung**
vonnöten. Es kann zu Schwierigkeiten kommen, wenn der Therapeut ggf. gewisse Erfahrungen in
seinem Leben noch nicht gemacht oder aufgrund seines Lebensalters Rollen (z. B. die Elternrolle)
noch nicht gelebt hat. Es ist wichtig, sich in die Lebenswelt des Klienten, z.B. eines Arbeiters oder
eines Punks, einfühlen zu können, seine Sprache zu verstehen und zu sprechen. Es können eigene
belastende Lebensereignisse des Therapeuten angesprochen werden, wenn sie vom Klienten the-
matisiert werden. Darüber hinaus ist ein gewisses Maß an Sympathie erforderlich, denn „*ohne
Sympathie keine Heilung.*“ (FERENCZI) Der Therapeut muss bereit sein, sich zu stellen und in die
Beziehungsarbeit einzutreten, aber auch den Überblick behalten. Er muss wechseln können zwi-
schen **Involvierung** (Betroffenheit), **Zentrierung** (bei sich selbst sein) und **Exzentrizität** (den Pro-
zess von außen betrachten). Der Therapeut muss in diesem Prozess mit seinen Beziehungskompe-
tenzen und Beziehungsschwierigkeiten anwesend sein.

**siehe Vignette Herr R. Z.: 22-23 „Wie bist Du dahin gekommen?“ „Durch die Motigruppe und
die Einzelgespräche. Die Dinge müssen sich erst setzen.“**

**Der Mitklient gibt Erlerntes weiter, was er zuvor im Einzelgespräch durch eine Auseinander-
setzung mit der Therapeutin erfahren und erlebt hat.**

Übergeordnetes Ziel von Therapie ist die Weiterentwicklung von Korrespondenzfähigkeit, von
Fähigkeit zu Kontakt, Begegnung und Beziehung, sowohl in Bezug auf die Gegenwart als auch auf
die Lebensgeschichte des Klienten. Voraussetzung für die Arbeit ist ein Minimum an Korrespon-
denz, eine gegenseitige Erreichbarkeit. Für die Entwicklung von guter Korrespondenz, von Intersub-
jektivität, ist es erforderlich, den Klienten dort abzuholen, wo er ist.

siehe Vignette Frau T.: Z. 26 „Ja, nun mal eins nach dem anderen, ich finde jetzt wichtiger, dass sie es geschafft haben, zwei Nächte bei sich zu übernachten. Es muss ja nicht alles auf einmal sein.“ Die Klientin neigt dazu, sich nicht wertzuschätzen und zu überfordern, hier erschien es mir wichtig, die Erfolge herauszustellen und Geleistetes anzuerkennen.

Es geht um Entwicklung von Beziehung; eine therapeutische Kooperation soll möglich werden. Der Weg, den Therapeut und Klient dabei miteinander gehen, ist- wie alle Entwicklungsprozesse- ein synergetischer Selbstorganisationsprozess. Klarheit und Eindeutigkeit des Therapeuten in der Beziehung zum Klienten sind wichtig. Die Fähigkeit zur Intersubjektivität ist die Voraussetzung für den Prozess. (= Sich einstellen auf den Partner) Allerdings muss der Therapeut sich fragen, wie viel Subjektivität und Offenheit von seiner Seite aus der Klient zu welchem Zeitpunkt vertragen kann. (Prinzip der selektiven Offenheit – partielles Engagement) Der Therapeut verfügt über Modelle zum Verständnis von Beziehungen und therapeutischen Entwicklungen und ist damit dem Klienten im Erkennen einen Schritt voraus. Er sollte ihm im Handeln jedoch einen Schritt hinterher bleiben, damit beim Klienten Vorstellungen, Szenen, Gefühle prägnanter werden können, ohne dass diese Entwicklungen zu früh durch Deutungen gestört werden. Die sich entwickelnde Sicherheit des Klienten, sich nicht fremden Zuschreibungen oder Erwartungen anpassen zu müssen, ist die Kraft, die den Heilungsprozess bewirkt und in Gang hält. Der Moment, in dem diese Überzeugung bei dem Klienten prägnant wird, kann ein Wendepunkt in der Therapie sein: Ein Schritt in die Autonomie.

siehe Vignette Herr R. Zeile 15-21: Gruppenteilnehmer : „Ich war am Anfang genauso wie Du, da dachte ich, wie wollen die mir helfen, wenn das alles hier sooo lahmarschig geht, da habe ich mich nun entschlossen, was zu tun, und dann? Heute habe ich erkannt, dass es Zeit braucht, habe zwischendurch auch mal über eine andere Therapieform intensiv nachgedacht, werde aber nun doch die machen, die ich anstrebte, aber diese Zeit hier in der Motigruppe habe ich echt gebraucht und ich habe auch bemerkt, dass meine Ungeduld was mit Sucht zu tun hat und dass es manchmal besser ist, erst mal runterzukommen und zu überlegen....“

Die therapeutische Beziehung ist anfangs, nachdem es zu einer Therapievereinbarung gekommen ist, durch soziale Rollenvorstellungen gekennzeichnet, durch Erwartungen, die sich an den Experten, den Therapeuten, richten. Der Klient verhält sich zunächst mit den Strategien, die er für unsichere Lebenslagen entwickelt hat.

siehe Vignette Herr R. Zeile 9 „Ja, aber ich möchte ja nun *möglichst schnell* in Therapie....“

Die Kunst des Therapeuten besteht darin, die Wünsche des Klienten nach Sicherheit und Anleitung zu erfüllen, ohne sich längerfristig auf eine einseitige Rollen-Beziehung festlegen zu lassen. Wenn der Klient in der Beziehung und am Modell des Therapeuten gelernt hat, sich selbst zu vertrauen, sich selbst sein zu lassen ohne sich zu verlassen, hat seine Integrationsfähigkeit einen qua-

litativen Sprung getan. Er kann mit seiner Angst, mit seinen dunklen Seiten besser fertig werden. Er hat einen (genügend) guten Gefährten in sich entwickelt. Seine Ich-Stärke hat zugenommen, indem er einerseits unabhängiger geworden ist, andererseits aber leichter auf andere zugehen kann. Seine Angst vor Zurückweisung ist nicht mehr so groß. Die Integrationsfähigkeit ist in jedem Fall der Beginn einer neuen Phase in der Therapie, in der das Durcharbeiten und die Neuorientierung im Rahmen einer für beide offeneren und verlässlicheren Beziehung erfolgen kann, in der Übertragungen weitgehend aufgelöst sind. Es können somit auf einem gemeinsamen Weg z.B. Skripts, Narrative, Abwehrstrukturen und Persönlichkeitsstrukturen erschlossen werden.

siehe Vignette Herr Sch. Z. 22 Therapeut.: „Wir wollen doch gemeinsam entdecken, was Sie zum Trinken bringt...“

Herr Sch.: Ich habe mich geärgert....“

„Kontakt ist die Grundlage von Korespondenz“ (RAHM et. al., 1993) Es ist zu berücksichtigen, dass die Beziehung durch Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand beeinflusst wird. Ziel ist es folglich, diese Phänomene zu Gunsten von unverstellten zwischenmenschlichen Beziehungen aufzulösen. Die Arbeit mit Übertragungsbeziehungen geht in vier unterschiedlichen Vorgehensweisen vorstatten:

1. **Arbeit an der Beziehung:** Die Beziehung zwischen Therapeut und Klient wird entwickelt.
2. **Arbeit an der Übertragung:** Die konkrete Übertragung wird bearbeitet, nach Möglichkeit aufgelöst.
3. **Arbeit in der Übertragung:** Die Übertragung wird bewusst genutzt. Der Therapeut benutzt positive Aspekte in einer Rolle, die ihm vom Klienten angetragen werden.
4. **Arbeit in der Beziehung:** In der Interaktion ist eine tragfähige Beziehung entstanden, die Grundlage des weiteren therapeutischen Prozesses ist. (RAHM et. al., 1993)

10.3.1 Übertragung

*„Übertragung ist die u n b e w u ß t e Aktualisierung in den mnestischen Speichern von alten Atmosphären, Szenen und Szenensequenzen (script) aus einstmaligen Lebenslagen mit ihren je spezifischen Qualitäten und den in ihnen enthaltenen Mustern der Relationalität und der Verkörperung, die jetzt, in der Gegenwart, in einer anderen Situation, mit anderen Menschen, ggfs. in einer anderen Lebenslage sich inszenieren. Geschieht ein solche Aktualisierung auf Seiten des Therapeuten/der Therapeutin sprechen wir von **E I G E N Ü B E R T R A G U N G E N** von TherapeutInnen, die zum Nachteil von PatientInnen agiert werden können, wenn sich im therapeutischen Kontext und Prozess pathologische Szenen des Therapeuten- zuweilen in maligner Komplementarität mit solchen des Patienten und ihres Skripts- **U N B E W U S S T** – reinszenieren.“*

(PETZOLD, Polyloge unkorrigierte, vorläufige Arbeitsversion, 2000h)

Erst wenn Übertragungen „notorisch“ werden, wenn dieser Vorgang nicht bewusst wird, dann werden Übertragungen pathologisch. Therapeutische Beziehung heißt immer auch, für jemanden Gestalten der Vergangenheit oder Wunschfiguren der Gegenwart zu verleiblichen, ohne dass dabei die Eigenheit des Therapeuten verloren geht. Es ist für die therapeutische Beziehung charakteristisch, dass sie nicht immer in vollem Sinne intersubjektive Beziehung ist.

„Übertragungsphänomene sind jedoch nicht die einzigen Formen der Relationalität..... Betrachtet man zwischenmenschliche Relationen allein unter der Übertragungs-, bzw. Übertragungs-/Gegenübertragungsperspektive oder setzt diese prioritär, blendet man die ganze Fülle relationaler Phänomene ab bzw. aus und verliert wesentliche Erklärungsansätze“. (PETZOLD, Polyloge, unkorrigiert, vorläufige Arbeitsversion, 2000 h)

Das Beziehungsgeschehen ist derartig komplex, dass es mehr als eine Theorie zur Erklärung oder Annäherung an seine Phänomene braucht. Die Theorien sind eher komplementär denn widersprüchlich. Für eine mehrperspektivische Betrachtungsweise sollte der Begriff der **Affiliation** miteinbezogen werden, da sich die sozialpsychologischen Theorien und die der Integrativen Therapie in konnektivierender Weise ergänzen. Das Beziehungsphänomen der Affiliation geht über das psychoanalytische/tiefenpsychologische Konzept von Übertragung und Gegenübertragung hinaus.

10.3.2. Gegenübertragung

Als Gegenübertragung werden Regungen bezeichnet, die im Therapeuten durch das Material des Klienten ausgelöst werden. Die Gegenübertragung dient als seismographische Information über die Seelenlage des Klienten im therapeutischen Geschehen und ist eine empathische Fähigkeit des Therapeuten. Die Wahrnehmung seiner Gegenübertragung gibt dem Therapeuten Aufschluss darüber, welche Beziehungsqualität er für den Klienten verkörpern soll. Inwieweit er darauf eingeht, ist ein Frage der therapeutischen Indikation.

siehe Vignette Frau T.: In mir entstand der Wunsch, die Klientin zu schützen, sie zu versorgen, ich übernahm unverhältnismäßig viel Verantwortung und bot häufige Einzelgespräche an, machte mir mehr Sorgen als um andere Klienten, spürte die starke Verantwortung der massiven Übertragung der Klientin.

In der Supervision bearbeitet, konnte ich die Klientin dann gut ablösen in das stationäre Setting einer Fachklinik.

In der Gegenübertragung stellt sich der Therapeut in die unsichtbare Szene des Klienten, in eine Haltung von partiellem Engagement. Er vermag aus einer gewissen Exzentrizität seine Regungen zu prüfen und sie an seiner eigenen biographischen Erfahrung zu messen. Das Arbeiten mit der Gegenübertragung erfordert eine Selbstanalyse, denn der Therapeut muss erkennen, ob eigene Anteile in ihm zum Schwingen gebracht werden oder ob sie zur Biographie des Klienten gehören. Die Gegenübertragung wird von der notorischen Übertragung des Therapeuten begrifflich getrennt.

Letztere beschreibt die Projektion eigener unbewusster, nicht verarbeiteter Anteile auf den Klienten. Eigene problematische Anteile des Therapeuten werden dabei angesprochen und unbewusst im therapeutischen Geschehen ausagiert. Sie können ihm allerdings nachträglich, z.B. in der Kontrollanalyse oder Supervision bewusst werden. Die Gegenübertragung jedoch ist davon gekennzeichnet, dass sie bewusstseinsfähig ist, d.h. unmittelbar oder doch nur mit kurzer Verzögerung im Bewusstsein des Therapeuten als solche erscheint, nämlich als Empfindungen, die von ihm eindeutig als vom Klienten übermittelt wahrgenommen werden.

„Gegenübertragung der Therapeutin ist die b e w u ß t e bzw. bewusstseinsnahe und deshalb leicht zugängliche empathische Resonanz auf das aktualisierte, in Verbalität und Nonverbalität zum Ausdruck kommende, seelische Material (Atmosphären, Szenen, Skripts) des Patienten, das damit für den Therapieprozess erschlossen und nutzbar gemacht werden kann, weil es n i c h t unbearbeiteter Eigenpathologie der Therapeutin entfließt. Gegenübertragungsresonanzen gibt es auch bei Patientinnen aus ihrem gesunden Empathievermögen heraus ihren Therapeutinnen- d.h. deren problematischen Persönlichkeitsseiten- gegenüber. Man sollte um dieses empathische Potential wissen, seine Äußerung ermutigen und bereit sein, sich durch dieses Material- dem Beispiel Ferenczis (1968) seinem Konzept der Mutualität - folgend in Frage stellen lassen, (ggf. unter Nutzung von Supervision und Kontrollanalyse, um aus evt. Eigenübertragungen herauszukommen.“

(PETZOLD, Polyloge unkorrigiert, vorläufige Arbeitsversion 2000h)

Konkordant: Ich fühle als Therapeut empathisch mit dem Klienten, in seiner Haut, als ob ich er wäre.

Komplementär: Ich fühle mich wie der damalige Partner, wie der ewig enttäuschte Vater, wie die überhütende Mutter, etc.

Reziprok: Ich fühle mich vom Klienten so behandelt, als ob ich in seiner früheren Rolle und er selbst in der Komplementärrolle wäre: Ich der kleine Junge und er die überbehütende Mutter oder der strenge Vater.

Klare Rollenübertragungen erleben wir, wenn zur Zeit der primären Schädigung die Rollen- bzw. Personenvorstellungen bereits entwickelt waren. (ab ca. 3 Lj.)

Frühere Erfahrungen des Klienten können sich dem Therapeuten als Atmosphären empathisch mitteilen, z.B. Kälte, Verlorenheit, unklare Unruhe, Anspannung, Angst, usw.

10.3.3. Affiliation

Nach der Definition von Bram P. Buunk ist Affiliation die „Tendenz, unabhängig von den Gefühlen gegenüber anderen Personen, die Gesellschaft anderer zu suchen“. Bedrohung und Stress, aber auch unbekannte Situationen, die Angst auslösen, können ein Bedürfnis nach Affiliation auslösen. Ein Mangel an Affiliation löst emotionale und soziale Einsamkeit aus, was Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann.

10.3.4. Passung

Aus Affiliation kann Freundschaft werden, muss aber nicht. Es kann auch bei einer Zweckgemeinschaft, wie z.B. einem Verein oder Nachbarschaft, bleiben. Damit Freundschaft entstehen kann, braucht es ähnliche Einstellungen, Vertrautheit und physische Nähe. Der „Ähnlichkeit der Einstellung“ wird große Bedeutung zugemessen. Die Ähnlichkeit kann sich auch auf Alter, Familienstand, ethnische Zugehörigkeit oder Persönlichkeitsmerkmale wie z.B. Intelligenz beziehen. Die Hauptsache ist, es ist vertraut und kann Sicherheit vermitteln. Besonders förderlich für Freundschaft scheint Ähnlichkeit der Einstellung in bezug auf Freizeitaktivitäten zu sein, verbringt man doch die Freizeit am liebsten mit Freunden. Auch die Entsprechung von Aktivität und Passivität, von Dominanz und Unterwürfigkeit ist ein wichtiges Kriterium für die Passung. Männer pflegen eher funktionale Beziehungen, Frauen eher vertrautere, was evolutionäre Gründe hat.

Für die **Motivationsarbeit** kann dazu gesagt werden, dass Klienten oftmals zunächst den Verlust von Freundschaften befürchten, wenn sie den Suchtmittelkonsum einstellen. Haltungen/Einstellungen zu Freundschaft, zu Suchtmittelkonsum verändern sich. Es werden häufig „Kneipenbekanntschaften“ mit Freundschaft gleichgesetzt, mit Wegfall des Suchtmittels entfällt der Grund diese Kontakte zu halten, (die Kneipe aufzusuchen) die jedoch für suchtkranke Menschen aufgrund der brüchigen sozialen Netzwerke einen hohen Stellenwert haben. Einsamkeit kann (zunächst) die Folge sein, die Abstinenz wird dann negativ verstärkt. Vermeintliche Freunde entpuppen sich als „Saufkumpane“, oftmals animieren sie zum Trinken, vielfach trotz oder wegen des Wissens um die Suchtmittelabhängigkeit des Klienten. Rückfallgründe sind Parties mit Freunden aus „alter Zeit“, Erinnerungen, Stimmungen und Atmosphären lassen die Abstinenzentscheidung „bröckeln“. Bei jüngeren Klienten ist hier die peergroup zu nennen, die eine scheinbar von gesellschaftlichen Ansprüchen losgelöste, „freie“ Atmosphäre bietet. (honey-moon-Phase) Viele Klienten überwinden Schüchternheit dem anderen Geschlecht gegenüber mit Alkohol, Enthemmung tritt ein, der Klient erfährt (erfuhr zum Einstieg) positive Verstärkung hinsichtlich des Kontaktes zum anderen Geschlecht.

11. Widerstand

bedeutet vor allem in der therapeutischen Situation sich nicht auf ein Thema einlassen, z.B. Weghören, den Faden verlieren, das Thema wechseln, Termine vergessen. Die Integrative Therapie sieht Widerstand als ein „Sich- Wehren gegen Veränderungen der Identität.“ Damit erhält der Begriff keine vorwiegend negative pathologische Bedeutung wie in der Psychoanalyse, sondern wird gesehen als Widerstandsfähigkeit, als Zeichen von Kraft. Er gilt als kreatives Phänomen, als Konfliktlösungsversuch. Er kann sich allerdings auch erlebnisblockierend und krankmachend auswirken.

Die Integrative Therapie unterscheidet weitere Aspekte von Widerstand:

11.1. *Protektiver Widerstand*

Vermeidung von Awareness, von Kontakt mit schmerzlichen, angstausslösenden, bedrohlichen, unlustvollen Ereignissen, Gedanken und Gefühlen. In seiner protektiven Funktion schützt der Widerstand das Individuum vor Dingen, mit denen es nicht umgehen kann oder von denen es glaubt, dass sie nicht zu handhaben seien. Ein „Pushen über den Widerstand“ hieße diese Schutzfunktion zu übergehen. Ist ein Klient blockiert, so hat diese Blockierung ihren Sinn.

siehe Vignette Herr R. Z. 9 „Aber ich möchte ja nun möglichst schnell in Therapie.“ Herr R. möchte sich nicht mit sich und seinen Ängsten, Defiziten und Gefühlen auseinandersetzen, da ihn das zu bedrohen scheint. Er möchte „Therapie machen“ und das möglichst schnell, um den Führerschein und seinen Arbeitsplatz wiederzuerlangen.

11.2. *Technischer Widerstand*

Die Aufgabe des Therapeuten in der Sitzung besteht darin, dem Klienten Kontaktangebote zu machen. Widerstand kann anzeigen, dass der Therapeut an ein verborgenes Problem rührt. Ebenso ist es aber auch möglich- und dies muss der Therapeut sich vor Augen halten- dass er falsche Fragen gestellt hat. Je direkter sie ausfallen, umso eher kann ein Klient in Bedrängnis geraten.

11.3. *Funktionaler Widerstand*

Von Interesse ist auch der Widerstand, der sich gegen das richtet, was im Klienten selbst steckt. Er zeigt an, dass das Gespräch an eine Grenze gestoßen ist. Wenn eine Frage oder Aufforderung bewirkt, dass ein Klient nicht mehr weiter weiß, heißt das, dass er die Grenze des für ihn Überschaubaren erreicht hat, und dass nun etwas von ihm verlangt wird, das die Routine nicht mehr abdeckt. Rückzug oder Gegendrohung sind dann zu erwarten, wenn geeignete Verteidigungsmaßnahmen oder Kooperationsstrategien nicht zur Verfügung stehen. Der Klient will sich schützen. Seine Rettungsaktionen sind in aller Regel nicht freiwillig, sondern stellen sich automatisch ein. Im Widerstand wird die Aufrechterhaltung des Gewohnten zum Prinzip. Alles ist erträglicher als Veränderung. Dieses Sich-Sträuben gegen Unbekanntes, die Verhinderung von Selbstentfaltung nennen wir „funktionalen Widerstand“.

11.4. *Interaktionaler Widerstand*

Widerstand äußert sich natürlich auch, wenn negative oder dysfunktionale Anteile der Persönlichkeit verändert werden sollen. In diesem Kontext wird der Widerstand ein interaktionaler. Der Klient wehrt sich gegen den, der seine Struktur labilisieren will. Interaktionaler Widerstand ist sekundär gegenüber dem Veränderungswiderstand und dem protektiven Widerstand. Der protektive Widerstand wird ein interaktionaler, wenn er sich in der Interaktion mit anderen Personen (z.B. dem Therapeuten) manifestiert. Der Klient schützt sich gegen den, der seine Struktur zu labilisieren droht.

siehe Vignette des Herrn Sch. Zeile 14-18: Th.: „Sie berichten anschaulich von den Schwächen des Herrn F. und dem, was Sie selbst gut können, wo sind eigentlich Ihre eigenen

Schwächen, Ängste, Punkte, die Sie zum Trinken gebracht haben? Ich habe im Moment den Eindruck, dass Sie alles haben und zufrieden mit Ihrem Leben sind, wieso brauchen Sie eigentlich eine Therapie und waren in der 3. Entgiftung?“

Herr Sch. wird nachdenklich....

In der Suchttherapie geht es eher um den Widerstand im klinischen Sinn (Erlebnisblockierung, Entfaltungsblockierung, innere Blockaden) Es wird am Widerstand gearbeitet, um ihn letztlich aufzulösen. Allerdings geht es erster Linie darum, den Widerstand erlebbar und erfahrbar zu machen. Für den Klienten geht es darum, zu erkennen, in welchen Situationen er Widerstand aufbaut. Es wird also eine Arbeit „vor dem Widerstand und an dessen Seite notwendig.“ (PETZOLD) Ist Bewusstheit des Widerstandes gewonnen, wird dessen Sinn erfahren und das Vorhandensein von Widerstand akzeptiert, tritt die Veränderung von selbst ein.

siehe Vignette Herr Sch. Zeile 20-22: „Das sagen mir viele.....

Th.: „Wir wollen doch gemeinsam entdecken, was Sie zum Trinken bringt.“

Herr Sch.: „Ich habe mich geärgert....“

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen gesundem und pathologischem Widerstand: „Gesunder Widerstand“ meint dann, dass es sich um ein entwicklungspsychologisch obligates, „normales“ Verhalten handelt. „Gesund“ meint, dass sich der Mensch mittels Widerstand vor Schädigung, destabilisierender oder desintegrierender Veränderung seiner psychischen Strukturen schützt. Pathologischer Widerstand ist dort zu erkennen, wo ursprünglich sinnvolle und notwendige Schutz- und Bewältigungsmechanismen im Rahmen neurotischer Konfliktverarbeitung dysfunktional werden.

11.5. Widerstand im therapeutischen Setting

Das therapeutische Setting beinhaltet Elemente, gegen die der Klient seinen Widerstand richten kann:

- Die Veränderungsziele
- Die Mittel, mit denen die Therapieziele erreicht werden sollen
- Interaktionsweisen des Therapeuten
- Das Menschenbild, das der Therapie zugrunde liegt

11.6. Erlebnisqualitäten von Widerstand

Während der Klient seinen Widerstand in der Regel als ein Nicht-weiter-können erlebt, erscheint dem Therapeuten das gleiche Verhalten als ein Sich- wehren des Klienten gegen Veränderung, als ein Festhalten am vermeintlich sicheren und doch pathologischen Status quo. Seine Kompetenzen und Performanzen sind begrenzt. Ohne äußere Hilfe wagt er es nicht, sich neu auszuprobieren, ein Risiko einzugehen, eine Angst auf sich zu nehmen und damit vielleicht dazuzugewinnen, zu wachsen. Dem Klienten ist sein Widerstand die ihm subjektiv beste verfügbare Lösung, die er in einer

schwierigen Lebenssituation als kreative Lösung („creative adjustment“) (PETZOLD) einmal entwickelt hat.

12. Abwehr

Abwehr ist eine psychophysische Überlebenstechnik, zeigt sich als Abwehr von Angst, unabhängig davon, ob die Bedrohung aus einem inneren Konflikt erwächst, aus Traumatisierungen, Defiziten oder Konflikten zwischen Individuum und Umwelt.

Abwehrmechanismen sind Strategien zur Bewältigung einer angsterzeugenden Situation, die auf einem erheblichen Maß an Realitäts- Verzerrung oder Realitäts-Einengung beruhen und/oder dazu führen. Mit dem Begriff der Abwehr wird die Ebene der Strukturen erfasst, mit dem Begriff des Widerstandes die Ebene der Phänomene. Abwehr muss man erschließen, z.B. aus den speziellen Formen des Widerstandes, wohingegen Widerstand sich beobachten lässt- er ist situationspezifischer. Weghören und Themenwechsel können so z.B. Indizien für eine allgemeine Abwehrform der Verleugnung sein. Den Begriff der Abwehr verwenden wir mehr im Sinne überdauernder struktureller Abwehr- und Bewältigungsstile, im Gegensatz zu Widerstand und Blockierung, die wir verwenden, um aktuelles Geschehen zu beschreiben.

Nach A. Freud sind folgende Abwehrmechanismen bekannt:

Kompensation: Verhüllung einer Schwäche durch Überbetonung eines erwünschten Charakterzuges. Frustration auf einem Gebiet wird aufgewogen durch übermäßige Befriedigung auf einem anderen.

siehe Vignette Herr Sch: Der feine Anzug sowie die Berichte über seine beruflichen Erfolge und den Kontakt mit Prominenten.

Verleugnung: Schutz vor einer unangenehmen Wirklichkeit durch die Weigerung, sie wahrzunehmen

Verschiebung: Entladung von aufgestauten, gewöhnlich feindseligen Gefühlen auf Objekte, die weniger gefährlich sind als diejenigen, welche die Emotion ursprünglich erregt haben

siehe Vignette Frau T.: Die Klientin hat ein ausgeprägte Spinnenphobie.

Emotionale Isolierung: Vermeidung traumatischer Erlebnisse durch den Rückzug in Passivität

Phantasie: Befriedigung frustrierter Wünsche durch imaginäre Erfüllung (z.B. Tagträume)

Identifikation: Erhöhung des Selbstwertgefühls durch Identifikation mit einer Person oder Institution von hohem Rang

Introjektion: Einverleibung äußerer Werte und Standardbegriffe in die Ich- Struktur, so dass das Individuum sie nicht mehr als Drohung von außen erleben muss

Isolierung: Abtrennung emotionaler Regungen von angstbeladenen Situationen oder Trennung unverträglicher Strebungen durch straffe gedankliche Zergliederung

Projektion: Übertragung der Missbilligung eigener Unzulänglichkeiten und unmoralischer Wünsche auf Andere

siehe Vignette Herr Sch.: Zeile 10-13 „Außerdem hat er mir gesagt, dass man in der Tagesklinik so durchkommen kann, also viele Patienten nichts von sich selbst sagen. Da habe ich ihm aber mal gesagt, dass ich ihn in der Motiphase selber so erlebt habe, er sagte nämlich nie was von sich.“

Der Klient projiziert seine eigene Zurückhaltung, unangenehme Dinge anzusprechen, auf den Mitklienten, dieser wiederum auf die Mitklienten in der Tagesklinik.

Rationalisierung: Der Versuch, sich einzureden, dass das eigene Verhalten verstandesmäßig begründet und so vor sich und Anderen gerechtfertigt ist

Reaktionsbildung: Angstbeladene Wünsche werden vermieden, indem gegenteilige Intentionen und Verhaltensweisen überbetont und diese als „Schutzwall“ verwendet werden.

Regression: Rückzug auf eine frühere Entwicklungsstufe mit primitiveren Reaktionen und in der Regel auch niedrigerem Anspruchsniveau

siehe Vignette Frau T.: Zeile 21: „Habe es mit dem Müll heute wieder nicht geschafft... habe ihn an die Treppe gestellt.....“

Verdrängung: Verhinderung des Eindringens unerwünschter oder gefährlicher Impulse ins Bewusstsein

Sublimierung: Befriedigung nicht erfüllter sexueller Bedürfnisse durch Ersatzhandlungen, die von der Gesellschaft akzeptiert werden

Ungeschehenmachen: Sühneverlangen für unmoralische Wünsche und Handlungen, um diese damit aufzuheben

13. Künstliche Affektabwehr

„Suchtmittel dienen vor allem einer künstlichen Affektabwehr, als pharmakologisch massiv verstärkte Verleugnung von Gefühlen, die das ICH sonst zu überwältigen drohen. Mithin stellt die Alkoholabhängigkeit vordringlich einen Versuch dar, mit einer lästigen inneren Wirklichkeit fertig zu werden und so auch mittelbar die Wahrnehmung und das Erleben der Außenwelt radikal zu verändern. Zu dieser Affektregression gehört es, dass die Emotionen global und undifferenziert erlebt werden. Es ist nicht nur Ärger, sondern gleich überwältigende Wut, nicht nur eine mäßige Angst und Sorge, sondern gleich drohende Panik, nicht nur Sympathie und Liebe, sondern überwältigende Verschmelzung und Abhängigkeit, nicht Enttäuschung und Trauer, sondern Todesgrauen, Raserei gegen das Selbst oder absolute Leere, Lebensekel, Unbezogenheit und Sinnlosigkeit. Die Drogenwahl weist recht typische Korrelationen mit solchen sonst unkontrollierbaren Gefühlen auf. Narkotika und Sedativa (Hypnotika) richten sich vor allem gegen Wut, Scham, Eifersucht, und namentlich die Angst, die vor diesen Gefühlen warnt. Alkohol richtet sich namentlich gegen Schuld und Einsamkeitsgefühle und damit verbundene Angst. Ganz allgemein lässt sich dann auch behaupten, dass übermächtige Angst, Verwundung und Verletzlichkeit den drohenden Hintergrund zur Drogensucht im Allgemeinen, also für alle Typen abgeben.“

(Psychotherapie der Suchterkrankungen, 2000)

13.1. Akute narzisstische Krisen

„Befürchtete oder wirklich eingetretene Enttäuschungen in anderen und in sich selbst lösen gewöhnlich die beschriebenen überwältigenden Affekte aus und lancieren damit die Klienten in die Sucht oder stoßen sie wieder hinein, wenn sie sich scheinbar davon befreit haben. Wir sprechen von einer narzisstischen Krise, um die Bedeutung der Konflikte über den Selbstwert und den Wert der anderen zu betonen.“ (Psychotherapie der Suchterkrankungen, 2000)

13.2. Reaktanz

Damit sind gesammelt alle Verhaltensweisen gemeint, mit denen sich ein Individuum bei unerwarteter Frustration gegen Einschränkungen zur Wehr setzt. Solche Verhaltensweisen können erhöhte Anstrengung, Widerspruch, Aggression oder demonstratives Ersatzverhalten sein. Je höher und wichtiger die Kontrollerwartung (das Bedürfnis nach Kontrolle ist angeboren und gehört intrinsisch zum Menschen. Fühlt der Mensch sich in der Kontrolle behindert oder eingeschränkt, versucht er, sie durch Reaktanz wieder herzustellen) ist, desto stärker ist zunächst die Reaktanz und später auch die Hilflosigkeit und Resignation. Bei hoher eigener Kompetenzmeinung tritt Reaktanz als Folge von drohendem Kontrollverlust ein, bei geringer Kompetenzmeinung entsteht eher Hilflosigkeit. Beispiel: Ein rückfälliger Klient, der auf einer Party mit Freunden Alkohol konsumiert hatte, fragte mich traurig: „Soll ich mir denn gar nichts mehr gönnen?“ Es entstand bei ihm Reaktanz, ein Trotzverhalten, er bemühte sich deutlich, seine Lebenssituation zu ändern, hatte aber noch keine positiven Erlebnisse damit, die Reaktanz war bei ihm Resignation. (er folgert: „Wenn ich mir etwas gönnen möchte, mich belohnen möchte, geht das nur mit dem Suchtmittel.“)

14. Prozesstheorien

14.1. Das tetradische Modell

Jeder therapeutische Prozess hat einen inhaltlichen Verlauf. Die Integrative Therapie hat hierfür ein tetradisches (Verlaufs-) Modell entwickelt. In dem von Petzold entworfenen Vier-Phasen-Modell findet ein „typischer“ therapeutischer Prozess in vier Stufen statt:

1. Initialphase: Erinnern, Stimulieren, Kontext- und Prägnanzphase

In der Initialphase wird der Kontakt zwischen Therapeut und Klient aufgebaut; es wird Vertrauen entwickelt. Ziel ist die Manifestierung einer tragfähigen Beziehung. Mit dieser Arbeit geht die Diagnose der Störungen und Probleme des Klienten einher. Problematisches Verhalten und Erleben (RAHM et al., 1993) wird gesucht und verdeutlicht. „Anwärmen und Explorieren sind die Charakteristika der Initialphase einer Therapie, in der die alte Ordnung noch vorherrscht.“ (RAHM et al., 1993)

2. Aktionsphase: Wiederholen und Explorieren

In der Aktionsphase arbeitet der Klient mit Gefühlen, Bildern und Gedanken, die für ihn relevant sind. Es geht um das Neudurchleben-, -verarbeiten und -integrieren von Konflikten und Erlebnissen. Alte Wunden brechen auf, Dramen werden erneut gespielt, erlebt und durchgearbeitet. (RAHM et al., 1993) Die Aktionsphase wird auch als Chaosphase bezeichnet. Pathologisches Erleben mit den damit verbundenen traumatischen Erinnerungen soll sichtbar gemacht werden, ebenso wie ein Bewusstsein für die eigenen positiven, protektiven Ressourcen. Ziel der Aktionsphase ist das Abschließen unerledigter Situationen und die Öffnung für neue Erfahrungs- und Erlebnismöglichkeiten, für neue Denk- und Verhaltensmuster.

3. Integrationsphase

In der Integrationsphase wird das in der Aktionsphase Erlebte in einer Rückschau durchgearbeitet, reflektiert, zusammengefasst und in den Lebenskontext integriert. Ziel ist es, das Leben kognitiv besser zu erfassen, sich seines Verhaltens und seiner Emotionen bewusster zu werden.

4. Konsolidierungs- und Neuorientierungsphase

Die Erfahrung und Erkenntnis, dass etwas verarbeitet, erledigt ist, bildet die Voraussetzung für eine Neuorientierung. In der vierten Phase wird gezielt neues Verhalten erprobt und eingeübt und dann in die Außenwelt, jenseits des therapeutischen Milieus, übertragen. Stößt es dort auf positive Resonanz, wächst neues Selbstvertrauen. Dies ist ein erster Schritt in Richtung eines neuen, eigenständigeren, reiferen Verhaltens. (PETZOLD, 1988)

14.2. Das Four Steps Modell

Die Motivationsbehandlung sowie die anschließenden therapeutischen Maßnahmen orientieren sich u.a. am Four Steps Modell, das als Hintergrundfolie für Therapeuten und Klienten dienen kann, um sich im therapeutischen/Motivationsprozess zu orientieren.

Das Four Steps Modell strukturiert den Therapieprozess in vier Stufen:

1. Entscheidung, sich dem Bezugstherapeuten der Gruppe anzuvertrauen
2. Begegnung mit den Menschen
3. Wachstum durch Kontakt, Begegnung und Beziehung
4. Verantwortungsübernahme für die Gestaltung des eigenen Lebens

Phänomenologisch lassen sich die Phasen in der **Fachambulanz** wie folgt grob skizzieren:

Die Entscheidung, mit dem alten, süchtigen Leben Schluss zu machen, ist mit vielfältigen Ängsten, Gefühlen der Hilflosigkeit und Ohnmacht verbunden. Die erste Begegnung mit der Motivationsgruppe kann vielfältige Ängste aktualisieren. Oft müssen aktuelle und frühere Gruppenerfahrungen, Erfahrungen von Neusein und Fremdheit bewältigt werden, um sich auf die neue Gruppe einzulassen. Die neuen Beziehungen in der Gruppe ermöglichen ein erstes Wachstum. Der Kontakt, die Begegnung und Beziehung mit anderen Menschen konfrontiert die Klienten mit Ängsten, Schwächen und Masken. Gefühle, Impulse, Affekte, Bedürfnisse und Wünsche, die nicht mehr beiseite geschoben werden, eröffnen den Weg zum eigenen, wahren Selbst. Die Verantwortung für die Gestaltung des eigenen Lebens wächst mit der Bewältigung und Meisterung der Motivationsphase. Die Erfahrung, in einer Gruppe angenommen zu werden, sich öffnen zu können und „etwas zu sagen zu haben“, gehört und wertgeschätzt zu werden sowie ein Teil einer Gruppe zu sein, lässt die Erkenntnis wachsen, dass es möglich ist, das Leben wieder in die eigenen Hände zu nehmen. Hier sind auch die Erfahrungen der bereits länger in der Gruppe befindlichen Mitglieder bedeutsam.

siehe Vignette Herr R.: Zeile 30-31: „Na, dann muss ich wohl noch warten, Sie haben mir das ja schon im letzten Einzel so gesagt, Frau Burckardt...“

Ther.: Ja, aber sie müssen es wohl noch mal von der Gruppe hören...ist ja auch o.k.“

Der Klient wurde gesehen, gehört und in seinem Anliegen von den Gruppenmitgliedern empathisch behandelt, er kann das Gehörte annehmen.

15. Protektive (Resilienz-) Faktoren als Ziel der Heilung (Ressourcenorientierung, Lösungsorientierung)

Im tetradischen System wird der Therapieprozess in vier Schritte strukturiert. Zu Beginn steht das Erinnern, es folgt das Wiederholen und Durcharbeiten mit dem Ziel der rationalen Einsicht und der daraus resultierenden Verhaltensmodifikation. Damit ist jedoch nicht die Frage beantwortet, warum sich ein Mensch überhaupt pathogen verhält, und was notwendig ist, damit er sein Verhalten positiv verändert. Die Integrative Therapie geht davon aus, dass protektive (Resilienz) Faktoren, die in jeder Lebensbiographie existieren, eine zentrale Rolle für Verhaltensweisen darstellen.

Es handelt sich dabei um persönliche Erfahrungen, Fähigkeiten, Talente und Ressourcen, auf die das Individuum in kritischen Situationen zurückgreifen kann, die als Schutzfaktoren dienen. Sie werden bereits von frühester Kindheit an erworben. Die Familie, die Interaktion mit Freunden und anderen wichtigen Bezugspersonen, Schule, Beruf, etc. sind wichtige Bezugspunkte und Kontexte von unterschiedlichsten Beziehungserfahrungen, die eine Grundlage für den Erwerb schützender Faktoren bilden. Positive Erfahrungen können dabei sowohl mit eigenem Verhalten entwickelt werden, wie auch in der Übernahme von fremden Verhaltensentwürfen. Andere Menschen können Vorbildcharakter für das weitere eigene Verhalten haben. Entscheidend ist, ob ein Individuum über die gesamte Lebensspanne hinweg genügend positive, persönlichkeitsstärkende Erlebnisse erfahren und verinnerlicht hat, um auftretende, schädigende Ereignisse zufriedenstellend zu verarbeiten. Allerdings geht es um mehr als nur darum, überlebenssichernde Stützsysteme zu entwickeln (PETZOLD, 1988). Ziel ist es, dem Betroffenen ein Bewältigungshandwerkszeug zur Verfügung zu stellen und dadurch die Motivation zu aktivieren, ein neues Anspruchsdenken gegenüber sich selbst zu entwickeln. Neues Verhalten und die damit verbundenen Hoffnungen und Ziele sollen wieder in Gang gebracht, das Leben soll wieder sinnhaft werden. Es reicht nicht aus, dass der Klient zwar seinen momentanen Status Quo einigermaßen bewältigen kann, aber am Ende doch im pathogenen Milieu zurückbleibt. Vielmehr soll er die Kraft und Fähigkeit entwickeln, sich aus diesem Kontext zu lösen und in einem heilsamen Umfeld wirklich zu gesunden. Protektive Faktoren stellen im Prinzip, sofern sie ausreichend vorhanden sind, den entscheidenden Motivationsfaktor für eine neue, veränderte Lebensplanung dar.

15.1 Lösungsorientierte Grundlagen

„In den letzten Jahren haben lösungsorientierte Ansätze in der Behandlung von Suchtkranken immer mehr an Bedeutung gewonnen. Der in der Fachambulanz eingesetzte Ansatz basiert auf den kurzzeittherapeutischen Modellvorstellungen, wie sie u.a. am Brief Family Therapy Center in Milwaukee, USA, erfolgreich umgesetzt werden. (BERG & MILLER, 1993) Diese Ansätze können in die systemischen Theorien eingeordnet werden, bei dem das kommunizierte, subjektiv erlebte Leid einerseits zum Wunsch führt, das Leiden zu beseitigen, andererseits aber auch die eigenen Handlungsmöglichkeiten steuert. Häufig ist dann die Konsequenz, dass der eigene Handlungsspielraum als begrenzt und auf wenige Lösungsstrategien fixiert gesehen wird. Aus dieser Begrenzung kann dann erneutes Leid entstehen, was zur weiteren Labilisierung der Problemsicht und der Kommunikation führen kann. Aus dieser Sicht kann süchtiges Verhalten als Problemlösungsversuch zur (unangemessenen) Erweiterung der Lösungsstrategien gesehen werden, die zur Überwindung der Einengung des Handlungsspielraums führen sollen. Die Grundannahme dieses Ansatzes ist, dass die zur Erreichung der Therapieziele notwendigen Ressourcen beim Klienten schon vorhanden sind, aber in den Phasen, in denen das Problemverhalten auftritt, (noch) nicht genutzt werden. Hinweise auf diese Ressourcen ergeben sich z.B. aus Zeiträumen der Vergangenheit, in denen das Problemverhalten nicht aufgetreten ist. (z.B. frühere Abstinenzphasen) Bei einer klaren Gegenwarts- und Zukunftsorientierung werden die Schilderungen der Betroffenen über vergangenes, prob-

lematisches Verhalten insbesondere nach vorhandenen Lösungsansätzen durchsucht, um dann möglichst schnell den Focus der gemeinsamen therapeutischen Arbeit von der Problembeschreibung hin zu einem Lösungsgespräch und der „erwünschten Zukunft“ hin zu verschieben. Der Klient ist dabei der Experte seiner Geschichte und der vorhanden Lösungen, der Therapeut gilt dabei als Kooperationspartner und stellt den notwendigen Kontext bereit, um Lösungswege zu erarbeiten und zu beschreiten. In diesem Sinne ist der Therapeut vorrangig für eine Kooperationshaltung in der Interaktion mit dem Betroffenen verantwortlich. Eine solche Haltung begünstigt die Veränderungsmotivation beim Klienten und zielt durch die Nutzung eigener, schon teilweise praktizierter Lösungsansätze auf dessen Eigenverantwortlichkeit. Methodisch orientiert sich die therapeutische Gesprächsführung dabei an der gemeinsamen Erarbeitung von Therapiezielen, die von den Betroffenen akzeptiert und als erreichbar angesehen werden sollten. Die Schritte sind eher klein, konkret und auf Veränderungen hin orientiert und haben ihren Bezug auf wahrnehmbare Verhaltensschritte zur Rückmeldung des eigenen Fortschritts und der eigenen Selbstwirksamkeit. Durch Fragen nach bereits eingetretenen Veränderungen und/oder früheren Ausnahmen vom Problemverhalten bzw. Zeiten, in denen es weniger oder gar nicht auftrat, und der Entwicklung von geeigneten Verhaltensschritten aus einer imaginierten Lösungsvorstellung, werden die Lösungsschritte mit dem Betroffenen erarbeitet. Damit wird auch der durch die empirische Alkoholismus- und Rückfallforschung belegte Tatsache Rechnung getragen, dass das Suchtverhalten im Zeitverlauf der meisten Klienten schwankt, z.B. durch Wechsel von der sogenannten „nassen Phase“ zur abstinenten Phase oder Phase gemäßigeren Trinkens. Da der Focus der lösungsorientierten Therapie überwiegend auf der Veränderung unerwünschter Verhaltensweisen liegt (im Sinne einer Erklärungstheorie, wie man diese Veränderungen erreichen kann), steht sie nicht im Gegensatz zu den Störungsmodellen der anderen Therapieformen, die im therapeutischen Handeln der Fachambulanz zur Anwendung kommen und ist deshalb relativ leicht in diese Modelle integrierbar.“

(Konzept Fachambulanz, Diakonie in Düsseldorf, Wied M., 2001)

16. Die vier Wege der Heilung und Förderung

„Integrative Therapie sieht den Begriff der Heilung und des Heilens deshalb immer kurativ, klinisch und evolutiv, agogisch als Heilen und Fördern.“

(PETZOLD, SIEPER, zit. nach PETZOLD, 1989).

Ziel von Therapie ist die Entwicklung von Fähigkeiten, Kompetenzen und Fertigkeiten, die der Bewältigung des weiteren Lebensweges dienen sollen. Die vier Wege der Heilung sind die umfassenden Perspektiven des „Pflegens, Förderns, Hegens und Heilens“ (PETZOLD, 1989) auf einer theoretischen Grundlage.

Sie spiegeln die Verlaufsformen des therapeutischen Prozesses wider. Der Therapeut ist dabei in seiner Rolle, aber auch als Pädagoge und Lehrer mit all seinen spezifischen Kompetenzen gefordert. Diese Fähigkeiten werden als therapeutische Wirkfaktoren bezeichnet. Sie spiegeln sowohl die

unabdingbaren Fähigkeiten des Therapeuten für den Prozess wider, sind aber gleichzeitig auch Zielorientierung bzgl. einer neu anzustrebenden Verhaltenskompetenz des Klienten. Es wird unterschieden zwischen folgenden Wirkfaktoren:

1. Einführendes Verstehen
2. Emotionale Annahme und Stütze
3. Hilfen bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe
4. Förderung emotionalen Ausdrucks
5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen
6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit
7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung
8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen
9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte
10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven
11. Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezugs
12. Förderung eines prägnanten Selbst- und Identitätserlebens
13. Ermöglichen von Solidaritätserfahrungen
14. Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke

Diese Faktoren finden in den unterschiedlichen Wegen der Heilung ihren Niederschlag. Die vier Wege der Heilung implizieren:

1. Weg der Heilung: Bewusstseinsarbeit, Sinnfindung

Primäres Ziel ist die Stärkung der Bewusstheit des Betroffenen. Anhand von lebenslauf- bezogenen Instrumenten, wie z.B. Karrierediagrammen, Lebenslaufpanoramen und Lebensberichten sollen Strukturen in der Lebensgeschichte verdeutlicht werden. Sich wiederholende Verhaltensmuster, die sichernden, aber auch behindernden Charakter haben, sowie versteckte und unbewusste Störungen, Traumata, Defizite und Konflikte sollen durch die Einsicht in die Zusammenhänge erkennbar werden. „Bisher unklare, quälende Gefühle und Symptome“ (RAHM et al., 1993) bekommen einen Sinn und führen einen Schritt weiter in Richtung eines besseren Verständnisses für sich selbst. (PETZOLD, 1989) Bezogen auf die vier Grundfähigkeiten des Menschen wird insbesondere die Regressionsfähigkeit und Exzentrizität angesprochen. Die Regression dient dazu, alte, belastende Szenen, z.B. im Rollenspiel, erneut zu durchleben und schließlich „bewusster, mit einem veränderten Maß an Exzentrizität“, wahrzunehmen. (RAHM et al., 1993).

2. Weg der Heilung: Nachsozialisation, Grundvertrauen

Die Stärkung des Vertrauens ist der elementare Ansatzpunkt des zweiten Weges der Heilung. Vertrauen soll entwickelt und gefördert werden. Die Regression spielt erneut eine bedeutende Rolle. Im Vergleich zum ersten Weg der Heilung wird jedoch noch tiefergehender mit ihr gearbeitet, der Therapeut übernimmt für einen gewissen Zeitraum die Rolle der Eltern. Die damit verbundenen Erlebnisse wie Konfluenz, Zugehörigkeit, Abhängigkeit, sich Anvertrauen und Leiblichkeit können neu erlebt werden, ebenso der anschließende Prozess der allmählichen Ablösung. Der Klient wird in einem Übertragungsprozess „nachbeelert“, (RAHM et al., 1993a) verschüttetes „Grundvertrauen“ wird neu erfahren (PETZOLD, 1989). Es findet eine Regression in die Rolle des Säuglings oder Kindes statt; allerdings ist die reale Rolle des Erwachsenen zwangsläufig weiterhin existent. Die Defizite der frühen Kindheit können nicht vollständig revidiert werden, jedoch ist es möglich, korrigierende emotionale Erfahrungen zu machen. Es findet eine „Nachnahrung“ statt; im Gedächtnis verankerte Atmosphären gegenüber den realen Eltern können abgeschwächt oder korrigiert werden. (PETZOLD, 1988)

3. Weg der Heilung: Erlebnisaktivierung, Persönlichkeitsentfaltung

Die Aktivierung und Förderung des kreativen Potentials spielt in diesem Ansatz die zentrale Rolle. Gesucht wird nach neuen Ausdrucksmöglichkeiten; brachliegende Fähigkeiten werden reaktiviert. Der Klient soll lernen, sich selbst vielfältig darzustellen und dadurch sein Selbst neu zu erfahren. Ein erhöhtes Maß an Exzentrizität ist dafür Voraussetzung. Daher handelt es sich beim dritten Weg der Heilung in der Regel um einen anspruchsvolleren, fortgeschrittenen Ansatz. Die Fähigkeit der reflexiven Selbstbetrachtung muss oftmals gezielt gefördert werden. (RAHM et. al., 1993) Aus der Erfahrung, sich selbst alternativ darstellen zu können, erwächst ein neues, gesteigertes Selbstvertrauen und damit der Mut, Alternatives, bisher Unbekanntes zu probieren. Es wird systematisch darauf hingearbeitet, das Alltagsleben als Lern-, Experimentier- und Übungsfeld zu benutzen. (PETZOLD, 1989) Durch die neuen Möglichkeiten, sich anderen Menschen mitzuteilen, ihnen auf vielfältigere Weise zu begegnen, wird die Korrespondenzfähigkeit gefördert.

4. Weg der Heilung: Solidaritätserfahrung

Im vierten und letzten Weg der Heilung wird mit dem sozialen und ökologischen Umfeld des Einzelnen gearbeitet. Gesundung wird in Erfahrungen wie „Solidarität, Mitmenschlichkeit, und Mitgefühl“ (RAHM et. al., 1993) gesucht. „Solidarität in Akten der Hilfe und wechselseitigen Hilfeleistung“ (PETZOLD, 1989) soll erfahren, aber auch selbst praktiziert werden. Es wird primär sozialtherapeutisch gearbeitet; der Gruppenprozess steht im Vordergrund. Es soll eine Bewusstheit für Beziehungsnetzwerke entstehen; eigene Lebenszusammenhänge sollen deutlicher erfassbar sein. „Ursachen hinter den Ursachen“ (PETZOLD, 1989) werden mehrperspektivisch erfasst; die eigene Pathologie wird verständlicher. Der Klient wird zu einem erweiterten Rollenbewusstsein befähigt, er kann seine eigenen Entfremdungen, u.U. befremdende Rollenzuweisungen, besser nachvollziehen. Aus der Erkenntnis heraus ergibt sich die Option der Loslösung und Veränderung. (PETZOLD, 1989)

17. Behandlungsziele

Sucht ist eine Erkrankung mit meist chronischem Verlauf. Wie bei allen chronischen Erkrankungen geht es darum, die Krankheit so lange wie möglich im latenten Stadium zu halten und die Folgen zu minimieren, die sich aus einem Rückfall ins manifeste Stadium ergeben. Um dieses Hauptziel stufenweise zu erreichen, müssen zunächst Unterziele wie Krankheitseinsicht, emotionale Akzeptanz, suchtkrank zu sein und die Vermittlung der Strategien für ein suchtmittelfreies Leben (Rückfallprophylaxe) erreicht werden.

17.1. Heilung, Besserung und Kompensation der Sucht zugrunde liegenden und sie aufrechterhaltenden Störungen

Die Rehabilitationsziele konzentrieren sich jedoch nicht nur auf das Suchtgeschehen. Es muss beachtet werden, dass die Entwicklung einer Abhängigkeitserkrankung kein Zufall ist, sondern der Sucht biologische, psychische und soziale Ausgangsbedingungen zugrunde liegen. Zu den psychischen Ausgangsbedingungen gehören die verschiedensten Persönlichkeitsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Anpassungsstörungen, neurotische Störungen, psychosomatische Störungen und Psychosen. Oft findet sich eine traumatisierende Kindheitsentwicklung, verbunden mit ungünstigen familiären und sozialen Bedingungen, die die Suchtentwicklung gefördert haben. Das Suchtmittel diente lange Zeit als Mittel der Lebensbewältigung und zur Kompensation der psychischen Auffälligkeiten und Defizite, oder auch zum Ertragen körperlicher Krankheiten und Behinderungen. Der Abhängige wollte sich besser fühlen und besser mit seinen Schwierigkeiten zurecht kommen. Aufgrund seiner spezifischen biologischen Prädisposition hat sich dann eine Abhängigkeitserkrankung entwickelt. Eine länger andauernde Suchtmanifestation führt darüber hinaus zu erheblichen körperlichen, psychischen und sozialen Folgeschäden.

17.2. Krankheitsbewältigung

Der suchtkranke Mensch muss Fähigkeiten entwickeln, die es ihm ermöglichen, eine abstinenten Lebensweise zu verwirklichen, ohne sich als Außenseiter zu fühlen. Zur Krankheitsbewältigung zählt die Kompetenz zu einer befriedigenden Lebensführung und ein aktives Leben mit dem Gefühl etwas bewirken zu können. Entsprechend muss er lernen, Risikosituationen für einen Rückfall zu erkennen, diese zu vermeiden oder zu bewältigen. Er benötigt Strategien für den Fall, dass er rückfällig wird, um schwere Rückfälligkeit und letztlich Wiederaufnahme seines süchtigen Verhaltens zu verhindern. Die Bewältigung der Suchterkrankung gilt als lebenslanger Prozess.

17.3. Erhaltung und (Wieder) Aufbau sozialer Beziehungen

Die Suchterkrankung führt regelmäßig zu einer zunehmenden sozialen Isolierung. Diese ist, wenn die Rehabilitation beginnt, meist schon weit fortgeschritten. Freunde und Bekannte haben sich distanzieren, oft haben die Betroffenen nur noch eine oder wenige Bezugspersonen. Das Verhältnis zu diesen noch vorhandenen Bezugspersonen ist oft zerrüttet, häufig irreparabel. Der Klient wird sich oft erst im Laufe des Rehabilitationsprozesses dieser Tatsache bewusst, und es ist für ihn schmerz-

haft, von seinem zerstörten Lebensumfeld Abschied zu nehmen. Gleichzeitig steht er vor der Aufgabe, völlig neue Beziehungen aufzubauen. Hilfe und Unterstützung bei dieser schwierigen Aufgabe des Aufbaus eines sozialen Netzwerkes zu geben, ist ein wichtiger Teil der Rehabilitation. Das Gelingen der Rehabilitation ist häufig vom Gelingen dieser Aufgabe abhängig. Hier kann die Integration in Selbsthilfegruppen und in langfristige Nach- und Weiterbehandlungen nach der Entwöhnungsbehandlung sinnvoll sein. Manchmal hilft allein die Integration in eine Lebensgemeinschaft von Ex-Usern.

17.4. Erhaltung und Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit

Die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit und die dauerhafte Wiedereingliederung ins Berufsleben sind wesentliche Teilziele der Rehabilitation. Soweit der Rentenversicherungsträger für die Rehabilitationsmaßnahme zuständig ist, stehen diese Ziele sogar im Vordergrund. Dabei gilt der Grundsatz „Rehabilitation vor Rente“. Zur Erreichung dieser Ziele werden sowohl medizinische wie berufliche Rehabilitationsleistungen gewährt. Bei jugendlichen oder erwachsenen Suchtkranken, die noch keinen Schul- oder Berufsabschluss erreicht haben, ist es ein wichtiger Teil der Rehabilitation, einen Abschluss anzustreben und zu erreichen. Arbeitslosigkeit und die unmittelbar mit ihr zusammenhängenden psychischen Prozesse gefährden in hohem Maße die Abstinenz und damit den Rehabilitationserfolg. Wenn man bedenkt, dass 40 bis 50 % der Alkohol- und Medikamentenabhängigen, die eine stationäre Rehabilitation anstreben, ohne Beschäftigung ist, zeigt sich die Bedeutung beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen.

17.5. Soziale Wiedereingliederung

Abhängig vom Grad der sozialen Desintegration bringen Suchtkranke eine Fülle von sozialen Problemen mit, wenn sie sich in einen Rehabilitationsprozess begeben. Häufig sind Schulden, ungeklärte Unterhaltsverpflichtungen, schlechte Wohnverhältnisse oder Wohnungslosigkeit, anstehende Trennungen oder Scheidungsprozesse, offene Gerichtsverfahren und gerichtliche Auflagen zu beobachten. Diese sozialen Existenzfragen sind für die Betroffenen sehr belastend. Sie belasten darüber hinaus auch den Rehabilitationsprozess. Die Betroffenen brauchen zur Klärung ihrer Angelegenheiten Sozialberatung und manchmal auch konkrete Hilfen. Dabei wird allerdings darauf geachtet, dass die Klienten selbst aktiv werden. Die Unterstützung bei der Regelung sozialer Angelegenheiten im Prozess der Rehabilitation gewährt überwiegend Hilfe zur Selbsthilfe. Es muss als ein Rehabilitationsziel angesehen werden, dass der Suchtklient aktiv wird und selbst wieder Verantwortung übernimmt.

18. Anamnese, Diagnostik

Diagnostik ist ein systematischer Erkenntnisprozess, dessen Aufgabe im Erkennen, Benennen, Zuordnen und Erklären besteht. Die Integrative Therapie verwendet für diesen hermeneutischen Prozess das Bild von den „Folien“:

Ursachenanalyse: Worin bestehen die Schädigungen des Klienten? (Defizite, Traumatisierungen, Störungen, Konflikte?)

Bedürfnis-Zielanalyse: Was sind die Wünsche, Ziele, Hoffnungen des Klienten? Wie klar und bewusst sind sie?

Lebensweltanalyse: Auf der Mikroebene (Familie, Freunde, Partner), auf der Mesoebene (Schicht, Ort, Region) und auf der Makroebene (Land, politische/ökonomische Situation, Weltgeschehen, etc.)

Ressourcen-Analyse: Was kann der Klient ausreichend oder besonders gut? Wo sind seine „Quellen“? (gute Erinnerungen, gute Personen in der Vergangenheit, Hobbies, Fähigkeiten, etc.)

Die Aufgabe von Diagnostik besteht im Erkennen, Benennen, Zuordnen und Erklären der Probleme des Klienten. Der Therapeut ordnet dabei die Phänomene, die der Klient ihm anbietet, in sein Begriffssystem, in sein subjektives und objektives Theorieraster ein. Diagnostik geht also weit über die „gute Einfühlung“ in den Klienten hinaus. Sie ist ein systematischer, theoriegeleiteter Erkenntnisprozess. Der diagnostische Prozess fordert in besonderer Weise das Wechselspiel zwischen Involvierung, Zentrierung und Exzentrizität. Aus der Antwort auf diese Fragen leiten sich die vorläufigen Ziele, Methoden und Techniken für die Behandlung ab. Diagnostik geschieht während des gesamten Verlaufs der Therapie; wir sprechen daher von prozessualer Diagnostik. Von der Wahrnehmung von Phänomenen gelangen wir über das Erfassen und Verstehen ihres Sinns, also ihrer Entstehungsgeschichte zu den Strukturen dieser Persönlichkeit. Dies geschieht dadurch, dass wir Sinnzusammenhänge, Beziehungen zwischen den Symptomen, Verhaltens- und Erlebnisweisen und der Lebensgeschichte des Klienten herstellen. Ein guter Weg zum Verständnis von Phänomenen ist das atmosphärische und szenische Erfassen.

18.1. Rehabilitationsdiagnostik

Diagnostik ist die Grundlage für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs und der Rehabilitationsfähigkeit. Sie dient als Grundlage für die Rehabilitationsplanung und der Vorbereitung einer medizinischen Behandlungsmaßnahme einschließlich psychotherapeutischer Interventionen. Diagnostik und Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ist kein einmaliger Vorgang. Diagnostik begleitet den Rehabilitationsprozess, somit sind in jeder Phase der Rehabilitation diagnostische Schritte erforderlich. Sucht ist eine biopsychosoziale Krankheit, d.h. es sind Körper, Geist, Seele und die sozialen Beziehungen und Verhältnisse betroffen. Entsprechend muss die Diagnostik mehrdimensional sein, sie muss berücksichtigen, dass bei jedem Suchtkranken:

- ein toxikomanes Syndrom
- ein psychisches Syndrom
- ein somatisches Syndrom
- ein soziales Syndrom

vorliegen.

Die Rehabilitationsdiagnostik soll jedoch nicht nur vorhandenen Störungen und Defizite feststellen, sondern auch vorhandenen Fähigkeiten und Ressourcen erfassen. Diese Fähigkeiten nutzbar zu machen, ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Rehabilitation. Die Diagnostik dient nicht nur dazu, die persönlichen Fähigkeiten und Defizite des Betroffenen festzustellen, sondern ebenso die Defizite und Ressourcen des Umfeldes. Fremdanamnestic Angaben sind in der Suchtdiagnostik wegen der in der Regel vorhandenen Verleugnungsprozesse besonders wichtige Ergänzungen. Die Angehörigen sollten deshalb schon zu Beginn des diagnostischen Prozesses miteinbezogen werden.

Aussagen zur Prognose sind bei Suchtkranken unsicher. Die Unsicherheit ergibt sich daraus, dass bei Suchtkranken schwer vorhersagbar ist, ob der Klient langfristig abstinent bleibt oder nicht. Die Erzielung und Aufrechterhaltung der Abstinenz ist einerseits abhängig vom Wollen, d.h. der Abstinenzmotivation und andererseits vom Können, d.h. von der Fähigkeit, den Abstinenzvorsatz umzusetzen. Das Abstinenzbleiben-Können ist von vielen Faktoren abhängig, nicht zuletzt von äußeren sozialen Bedingungen, die sich z.T. dem Einfluss der Rehabilitationsmaßnahme entziehen.

So wurden in **Katamnesestudien** folgende eher weniger günstige Prognosefaktoren ermittelt:

- mehr als eine Entwöhnungsbehandlung
- Arbeitslosigkeit
- Unzufriedenheit in der Paarbeziehung
- Alleinwohnend, besonders bei Männern

Je weiter die soziale Ausgliederung vorangeschritten ist, desto schlechter die Prognose.

Die Ergebnisse der Diagnostik vor der Rehabilitation bestimmen, ob eine Rehabilitationsmaßnahme eingeleitet wird, welcher Art diese sein soll und in welcher Einrichtung sie durchgeführt werden soll. Eine weitergehende Rehabilitationsplanung ist zu diesem Zeitpunkt nicht indiziert. Für die weitere Planung ist der Verlauf der Rehabilitationsmaßnahme abzuwarten, die während der Rehabilitationsmaßnahme stattfindet.

Therapie ist nur da erfolgreich, wo es gelingt, die aktive Mitarbeit des Betroffenen zu gewinnen. Die oftmals chronifizierten Suchtmechanismen bedürfen in der Regel nicht nur einer Motivation zur dauerhaften Abstinenz, sondern auch der Bereitschaft, sich auf das Behandlungsangebot einzulassen und auch notwendige Veränderungen durchzuführen. Immer wieder gilt es deshalb zu überprüfen, inwieweit noch ausreichende Abstinenz-, Behandlungs- und Veränderungsmotivation vorliegen, um sie ggf. mit gezielten Maßnahmen fördern zu können. Um die Ziele zu erreichen, bedarf es der Einsicht, Bereitschaft und nicht selten großer Anstrengungen auf Seiten des Klienten. Oft werden tiefgreifende Änderungen der Einstellung und des Verhaltens gefordert. Dazu sind viele Suchtkranke nicht ohne weiteres und zu jedem Zeitpunkt bereit. Oft ist nur für bestimmte Therapie- und Rehabilitationsziele eine Kooperation zu erreichen, z. B. ist ein Betroffener abstinentmotiviert und kooperiert bei allen Maßnahmen, die eine abstinente Lebensweise fördern. Gleichzeitig müssten je-

doch Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung eingeleitet werden. Hieran ist er jedoch nicht interessiert und lehnt alle Maßnahmen ab, die auf eine berufliche Wiedereingliederung zielen. Manchmal entwickelt und erweitert sich die Motivation schrittweise.

Viele Klienten kommen aufgrund externen Drucks, z.B. des Arbeitgebers oder der Familie in die Fachambulanz. Vordergründig sind diese Klienten zwar motiviert, abstinent zu leben, ihre Bereitschaft, sich auf das Behandlungsangebot einzulassen und auch notwendige Veränderungen durchzuführen, ist jedoch wenig entwickelt. Entsprechend gilt es zunächst eine angemessene, stabile Behandlungs- und Veränderungsmotivation aufzubauen, die in eine gefestigte Abstinenzmotivation mündet. Kann innerhalb kurzer Zeit eine tragfähige Beziehung aufgebaut werden, so ist eine Einbindung in die Beratungsstelle möglich und der oftmals im Vorfeld als unzuverlässig erlebte Süchtige kann sich mehr auf die strukturierenden Angebote der Beratungsstelle einlassen. Insbesondere Rauchfleisch (RAUCHFLEISCH in SCHNEIDER, 1990) wies darauf hin, dass hinter einem Motivationsmangel nicht ein einzelner Grund, sondern verschiedene Gründe stehen, die sich aus der strukturellen Symptomatik, den Ich-Funktionsdefiziten und der narzisstischen Abwehr ergeben. Er führt hierzu folgende Gründe auf:

- eine starke Ambivalenz in Beziehungen, die sich durch große Angst vor Abhängigkeit, verbunden mit gleich starken symbiotischen Wünschen ausdrücken,
- eine aggressive Besetzung der Selbst- und Objektbilder, die bei Borderlinestrukturen zusätzlich nach außen agiert wird,
- die Angst, durch die Behandlung könnten Wunden aus früheren traumatischen Beziehungserfahrungen wieder aufgerissen werden,
- die Angst vor der inneren Leere, die entsteht, wenn Objekte sich durch die Behandlung auflösen.

Hierdurch wird die angeblich geringe Motivationsbereitschaft Suchtkranker besser dargestellt als durch die grundsätzliche, eher diskriminierende Annahme einer mangelnden Motivation. Die Bewältigung der oben beschriebenen Motivationsprobleme ist ein wichtiges erstes Ziel in der Beratungstätigkeit als Vorbereitung auf eine evt. Rehabilitation.

18.2. Deskriptive Diagnostik

Die deskriptive Diagnostik ist mehrdimensional. Sie umfasst die Suchtdiagnostik, die medizinische Diagnostik, die psychische Diagnostik und die Diagnostik im geistigen Bereich. In der Suchtdiagnostik wird ein genaues Bild über Art und Umfang der Suchtmittleinnahme erhoben. Es soll erfasst werden, in welchem Kontext die Suchtmittleinnahme erfolgt und ob Zusammenhänge mit bestimmten Lebensereignissen und psychischen sowie sozialen Belastungen oder persönlichkeitsbedingten Faktoren bestehen. Weiter ist festzustellen, welchen Gewinn bzw. welchen Leidensdruck der Betroffene aus der Suchtmittleinnahme bezieht, welches Erklärungsmodell er hat und inwieweit Krankheitseinsicht besteht.

18.3. Medizinische Diagnostik

Während der Motivationsphase ist eine umfassende medizinische Diagnostik vorzunehmen und festzustellen, welche akuten und chronischen Krankheiten vorliegen. Zum Teil handelt es sich um Folgen der langjährigen Suchtmittleinnahme, nicht selten mit irreversiblen Schäden. Chronische körperliche Erkrankungen und Behinderungen erfordern häufig zusätzlichen Rehabilitationsbedarf. Multimorbidität ist bei Suchtkranken häufig. Rehabilitation kann sich nicht nur auf eine spezielle Krankheit oder Behinderung beziehen, sie muss immer das Gesamtspektrum der Einschränkungen berücksichtigen.

18.4. Psychische Diagnostik

Psychische Diagnostik ist ein zentraler Bestandteil der Diagnostik während der Motivationsphase und später in der Rehabilitationsmaßnahme. Sind es doch oft psychische Konflikte, Defizite oder psychische Störungen, die die Suchtmittleinnahme zur Kompensation oder zur Erleichterung subjektiver Missempfindungen erstrebenswert machen. Zur psychischen Diagnostik gehört die Beschreibung der Persönlichkeitsstruktur, die das Verhalten wesentlich bestimmt. Bei Suchtkranken lassen sich häufig Persönlichkeitsstörungen, Anpassungsstörungen, neurotische Störungen, nicht selten auch Psychosen, diagnostizieren. Auch zusätzliche psychosomatische Störungen sind häufig. Sie werden gerade nach Einhaltung der Abstinenz manifest. Als Folge langjähriger Alkoholeinnahme finden sich häufig hirnorganische Veränderungen unterschiedlichster Ausprägung, die die Rehabilitation erheblich erschweren können.

18.5. Soziale Diagnostik

Das Suchtgeschehen spielt sich immer vor einem bestimmten sozialen Hintergrund ab. Das heißt, es bestehen vielfältige Wechselwirkungen zwischen sozialer Situation und Suchtverhalten. Die soziale Befunderhebung richtet sich auf die Erfassung und Beschreibung der gegenwärtigen sozialen Situation und der manifesten sozialen Beeinträchtigungen.

18.6. Diagnostik im geistigen Bereich

Sinnfragen spielen in der Suchtbehandlung eine große Rolle. Sinnverlust ist oft eine wesentliche Begleiterscheinung der Suchtkrankheit, Sinnfindung ein oft ausschlaggebender Schritt in der Behandlung. Die Diagnostik erfasst auch die Lebenseinstellung und die Einstellung zu Wertfragen. Auch die Vorstellungen zur Lebensplanung sind zu erheben. Sie können zum Beispiel unrealistisch und illusionär sein und im ungünstigen Fall das Scheitern der Rehabilitation vorprogrammieren.

18.7. Schulische und berufliche Anamnese

Die Vorgeschichte der Suchterkrankung ist meist mit Beeinträchtigungen im schulischen und beruflichen Bereich verbunden. Viele Suchtkranke leiden schon im Kindergarten und in der Vorschule an körperlichen Erkrankungen, Intelligenzminderung und/oder Aufmerksamkeitsstörungen. In der Schule führen Leistungsstörungen schnell zu Misserfolgen und Versagensängsten. Leistungsver-

weigerung, hohe Fehlzeiten und das Abdriften in Gruppen, die gegenüber Schule und Leistung im allgemeinen eine Antihaltung einnehmen, sind die Folge. Ein großer Prozentsatz der Suchtkranken hat keinen oder nur niedrige Schulabschlüsse. Eine eher lustbetonte Lebenseinstellung kann zudem in eine unangemessene Arbeitshaltung geführt haben. Die Erwerbstätigkeit ist oftmals durch häufigen Stellenwechsel gekennzeichnet. Die Exploration des schulischen und beruflichen Werdegangs richtet sich auf das Auffinden schulischer und beruflicher Ressourcen, sowie auf die individuelle Verletzlichkeit der Klienten in Bezug auf Arbeit und Leistung.

18.8. Anamnese des sportlichen und kreativen Potentials

Chronisch Abhängige haben es aufgrund ihres Lebenswandels, der mangelnden Kontinuität im schulischen und beruflichen Werdegang oftmals schwer, eine Erwerbsperspektive aufzubauen, die mit einem stabilen und positiven Identitätserleben verbunden ist. Vieles, was in diesen Bereichen versäumt wurde, ist nicht mehr nachzuholen. Die Exploration des sportlichen und kreativen Bereichs spielt insofern eine große Rolle, als die genannten Defizite möglichst gut kompensiert werden müssen. Sportliche und kreative Kompetenzen müssen aufgefunden und ins Bewusstsein gerückt werden, damit sie neu belebt werden können. Die Integration in Sportvereine, Theatergruppen, politische Projekte und sonstige Initiativen trägt wesentlich zu einem verbesserten Selbstwertgefühl bei.

18.9. Verstehende Diagnostik

Für die Therapieführung und die Erarbeitung diagnosegestützter psychotherapeutischer Interventionen ist über die beschreibende Diagnostik hinaus eine verstehende Diagnostik notwendig. Auf theoriegeleiteter Basis werden so Zusammenhänge über Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Symptome und bestimmter Verhaltensweisen hergestellt und damit verständlich gemacht. Bei Suchtkranken steht immer auch die Frage im Mittelpunkt, welche Funktionen das Suchtmittel zur Regulierung der Beziehungen zu sich selbst und zur Umwelt und damit zur Regulierung des eigenen Wohlbefindens hatte. Zur verstehenden Diagnostik gehört die Erfassung psychogenetischer Zusammenhänge, d.h. das Verstehen der Entstehung bestimmter psychischer Symptome und Strukturen aus der Biographie des Suchtkranken. Psychodynamische Zusammenhänge erklären die Entstehung und Aufrechterhaltung bestimmter Symptome und Verhaltensweisen aufgrund innerer Konflikte und deren Verarbeitung. Bestimmte, oft zunächst unerklärliche Verhaltensweisen, insbesondere auch Rückfälle, werden durch bestimmte Konditionierungen verstehbar. Solche Konditionierungen können diagnostisch erfasst werden. Wieder andere Verhaltensweisen erklären sich aufgrund bestimmter Arten der Krankheitsverarbeitung. So führt jeder Rückfall zu einer empfindlichen Störung des narzisstischen Gleichgewichts, das dann mit persönlichkeitsstypischen Verarbeitungsmechanismen wieder hergestellt werden muss.

18.10. Verlaufsdagnostik

Die Verlaufsdagnostik begleitet den Motivationsprozess. Es werden Ergänzungen und Korrekturen an den Eingangsbefunden vorgenommen und die therapiebedingten Veränderungen festgestellt. Wenn nötig, werden Therapie- und Rehabilitationspläne an die aktuellen Befunde angepasst.

18.11. Prozessuale Diagnostik

Diagnostik ist ein Vorgang, der nie zu einem abgeschlossenen Resultat führt. Diagnostik ist ein Prozess, der solange währt, wie man mit Klienten arbeitet, diagnostische und therapeutische Prozesse lassen sich nicht voneinander trennen; sie müssen zusammen gesehen werden und wirken zusammen. Aus der therapeutischen Arbeit ergibt sich fortwährend neues diagnostisches Material, das wieder in die Therapie eingeht. Je stärker der Klient im Prozess der Selbstexploration am diagnostischen Geschehen mitbeteiligt ist, desto unmittelbarer ist der Rückkopplungseffekt auf die Therapie. Pathogene Ereignisse und biographische Milieus werden in der jeweiligen diagnostisch-therapeutischen Situation aufgedeckt. Dabei gilt das Leitprinzip „von den Phänomenen zu den Strukturen“. Das diagnostische Vorgehen ist dynamisch und operiert mit variablen Folien, es lässt sich nicht durch Schemata festlegen. Um zu eruieren, was pathogen war/ist, bedarf es einer über den gesamten Therapieprozess andauernden Diagnostik, die die vergangenen, potentiell pathogenen Stimulierungskonstellationen in den verschiedenen Abschnitten der Biographie aufzufinden und in der Korrespondenz mit dem Klienten zu verstehen und zu werten sucht. Auch das pathogene Potential der näheren Vergangenheit und unmittelbaren Lebenssituation, des Hier und Jetzt und die nähere und weitere Zukunft müssen einbezogen werden. Auch Antizipiertes ist für das Identitätserleben wichtig und kann belasten/überlasten und zu pathogenen Abwehrreaktionen führen. Unter prozessualer Diagnostik verstehen wir in der Integrativen Therapie die Gesamtheit aller Maßnahmen, die für das Erfassen und Verstehen eines Menschen im Kontinuum seiner Lebensspanne (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) und seinem Kontext, seiner Lebenssituation, unter Einbeziehung der eigenen Sichtweise dieses Menschen, seiner subjektiven Weltbilder, erforderlich sind, um einerseits zu einer klinischen Diagnose und Therapiekonzeption zu kommen und andererseits in korrespondierender Auseinandersetzung mit dem Klienten zu einer gemeinsamen diagnostischen Einschätzung der Situation, damit über Ziele, Inhalte und Rahmenbedingungen der Therapie zu kommen. Um dies zu erreichen, ist es erforderlich, im jeweils gegebenen Kontext/Kontinuum

- den Klienten wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen
- sich als Therapeut in der Interaktion mit dem Klienten wahrzunehmen, zu erfassen, zu verstehen,
- die Therapeut- Klient- Interaktion in das gemeinsame Wahrnehmen, Erfassen und Verstehen zu stellen, um auf dieser Grundlage die Dynamik dieses komplexen Wirkgefüges erklären zu können.

Des Weiteren ist die **Lebenslage** des Klienten zu berücksichtigen:

„Das sozialwissenschaftliche Konstrukt der Lebenslage versucht, die materiellen und immateriellen Anliegen und Interessen eines Menschen zu erfassen und damit die Lebensverhältnisse in ihrer Gesamtheit bzw. Interdependenz zu sehen. Es fragt also nach äußeren Rahmenbedingungen und Anliegen der Betroffenen gleichermaßen und berücksichtigt explizit ihre wechselseitige Bedingtheit, bezieht also objektive gesellschaftliche Gegebenheiten wie deren subjektive Befindlichkeit von Individuen mit ein.“ (BÄCKER, NAEGELE, 1991, Petzolds Hervorhebung, Polyloge, unkorrigierte, vorläufige Arbeitsversion, 2000 h)

19. Genderaspekte

Bei **Frauen** sollten folgende Aspekte besonders in den Blick genommen werden, da „Frauen häufig psychotrope Substanzen, vor allem Medikamente und Alkohol einsetzen, um ansonsten unerträgliche Situationen bewältigen zu können, obwohl sie oft nicht als solche erkannt werden.“ (VOGEL, 2004)

siehe Vignette Frau T., die versuchte, durch Selbstmedikation ihre Ängste und Zwänge zu regulieren, Einsamkeits-Gefühle erträglich zu machen.

- Erziehung/Sozialisation zur Anpassung/Unterordnung
- Geschlechtstypisches Verhalten des Vaters/der Mutter
- Schulische Sozialisation
- Sexueller Missbrauch, sexuelle Probleme
- Gewalterfahrungen
- Welches Kind hat die Verantwortung zu übernehmen, wenn die Eltern ausfallen?
- Beziehungsdynamik in der Partnerschaft
- Brüche in der Ausbildung und beruflichen Laufbahn auf Grund von Schwangerschaft und Kindererziehung
- Selbstwertproblematik, z.B. nicht den gängigen Schönheits/Schlankkeitsidealen zu entsprechen
- Negative Selbstkonzept-Abwertungen/Entwertungen/erlernte Hilflosigkeit, etc.

Auch befinden sich Frauen häufig, z.B. durch Alleinerziehung, in sog. „prekären Lebenslagen“, (PETZOLD, 2000 h) die praktische Hilfen und ggf. soziotherapeutische Maßnahmen zur Überlebenssicherung notwendig machen.

„Prekäre Lebenslagen sind zeittextendierte Situationen eines Individuums mit seinem relevanten convoi in seiner sozioökologischen Einbettung in seinen sozioökonomischen Gegebenheiten (Mikroebene), die dieser Mensch seines Netzwerkes als bedrängend erleben und als 'katastrophal' bewerten (kognitives appraisal, emotionale Valuation), weil es zu einer Häufung massiver körperlicher, seelischer und sozialer Belastungen durch Ressourcenmangel oder- verlust, Fehlen oder Schwä-

chung 'protektiver Faktoren' gekommen ist. Die Summationen 'kritischer Lebensereignisse' und bedrohlicher Risiken lassen die Kontroll-, Coping -und Creatingmöglichkeiten der Betroffenen (des Individuums und seines Kernnetzwerkes) an ihre Grenzen kommen. Eine Erosion der persönlichen und gemeinschaftlichen Tragfähigkeit beginnt. Ein progredienter Ressourcenverfall des Kontextes ist feststellbar, so dass eine Beschädigung der persönlichen Identität, eine Destruktion des Netzwerkes mit seiner 'supportiven Valenz' und eine Verelendung des sozioökologischen Mikrokontextes droht, eine destruktive Lebenslage eintritt, sofern es nicht zu einer Entlastung, einer substantiellen 'Verbesserung der Lebenslage' durch Ressourcenzufuhr kommt und durch infrastrukturelle Maßnahmen der Amelioation, die die Prekärität dauerhaft beseitigen und von Morenos (1923) Fragen ausgehen: „Was hat uns in diese Lage gebracht? Worin besteht diese Lage? Was führt uns aus dieser Lage hinaus?“

(PETZOLD, Polyloge, unkorrigierte Arbeitsversion 2000 h, S. 47)

Bei **Männern** sollten folgende Aspekte besonders in den Blick genommen werden:

- Eine erlernte schädigende männliche Geschlechtsrolle, die Gifttoleranz, Selbst- und Fremdschädigung sowie Gefühlsabspaltung idealisiert
- die oftmals mangelnde Frustrationstoleranz
- oftmals mangelnde Affektkontrolle
- die oftmals mangelnde Toleranz der eigenen Schwäche gegenüber stärkeren Gegnern
- Kriminalität, Dissozialität
- Gewalttätigkeit, Missbrauch
- Umgang mit Regeln und Grenzen
- Rolle des Suchtmittelkonsums für den Selbstwert
- das häufige Fehlen gesunder, realistischer männlicher Leitbilder
- der Autonomie-Abhängigkeitskonflikt

siehe Vignette Herr Sch.: Er hat kein konstantes, gesundes Rollenvorbild in seinem Vater erlebt, dieser wurde als häufig abwesend, unzuverlässig und jähzornig erlebt.

20. Ziele und Struktur der Motivationsbehandlung

20.1. Klärung der Abstinenzmotivation

Folgende Fragen tauchen in der Arbeit mit suchtkranken Menschen zu Beginn auf: Warum beginnt Frau X. gerade jetzt eine Therapie, während Frau Y. alle Hilfsangebote strikt ablehnt, obwohl die Krankheitsvorgeschichten bei beiden sehr ähnlich sind? Warum kann Herr Z., der seit Jahren arbeitslos ist, ohne Partnerin lebt und keine echten Interessen hat, länger abstinent bleiben als Herr XY., dessen Mitklienten und Therapeuten so überzeugt gewesen waren, dass er in der Therapie viel größere Fortschritte erzielt hatte?

Wenn wir Menschen dabei helfen wollen, aus der Sucht herauszufinden, kommen wir um eine genaue Differenzierung nicht herum. Dabei sind stets mindestens zwei Aspekte auseinander zu halten, nämlich die Frage nach den individuell angestrebten Zielen (nach dem Wozu der Motivation) und die Frage nach den motivierenden Faktoren für eine effektive Auseinandersetzung mit der Krankheit (also nach dem Wodurch der Motivation). Dafür finden sich in verschiedenen Abschnitten der Krankheitsentwicklung unterschiedliche Antworten:

20.2. Krankheitsverleugnung

Die Betroffenen suchen gezielt nach Informationen, die es erlauben, die Selbstdiagnose „Alkoholiker“ nicht zu stellen. Bevorzugter Gegenbeweis ist das kontrollierte Trinken, beliebte Gegenbeispiele sind die Arbeitskollegen, die noch viel mehr und auffälliger Alkohol konsumieren. Je eher sie sich von ihrem Gesprächspartner abgewertet fühlen, umso mehr verschleiern sie die Sachverhalte und die Abwehrmechanismen treten verstärkt in Kraft. Die Kränkung durch die Diagnose soll vermieden werden. Dies muss so akzeptiert und in motivierende Maßnahmen miteinbezogen werden. Für die inhaltliche Ausgestaltung haben LINDENMEYER (1990), PETRY (1993) oder SCHNEIDER (1996) kreative und anregende Modelle entwickelt. Hilfreich für die Überprüfung eigener grundsätzlicher Orientierungen sind die Vorschläge von MILLER und ROLLNICK (1991) zum „Motivational Interviewing“, die zusammengefasst lauten:

- Erörterung der Problembereiche statt einer diagnostischen Klassifizierung
- Neugierig-fragender Interaktionsstil statt eines konfrontativ bestrafenden
- Sachlich- neutrale Rückmeldungen zur Vermeidung von Widerständen
- Vermittlung von Veränderungsoptimismus
- Eröffnung von Wahlmöglichkeiten bei den Therapiezielen und -schritten

20.3. Vorahnung (precontemplation)- das Stadium der Krankheitsverleugnung

Der Einstieg in den Veränderungsprozess erfolgt zumeist darüber, dass durch körperliche Symptome, Hinweise durch Andere oder Ähnliches ein unscharfes Gefühl aufkommt, dass mit dem Suchtmittelkonsum etwas nicht in Ordnung sein könnte. Im Vordergrund steht aber weiterhin das Bedürfnis, ihn fortzusetzen. Dies ist nur möglich, wenn die erahnte Bedrohung durch Verleugnung, Rationalisierung oder Bagatellisierung abgewehrt wird. Es sind dies Abwehrformen, die auch dabei helfen sollen, das Stigma des „Süchtigen“ zu vermeiden. Ungeachtet aller Definitionen von Sucht als Krankheit ist es eines der ausgeprägtesten negativen Stereotype geblieben, die wir kennen. Das vorrangige Ziel aller Interventionen besteht in dieser Phase darin, die Nachdenklichkeit zu fördern und zur Selbstbeobachtung anzuregen. In dieser Phase ist schon viel gewonnen, wenn es gelingt, über zentrale Problembereiche im Alltagsleben zu sprechen und sie darüber hinaus noch mit dem Konsum in Verbindung zu bringen. Die Etikettierung als „abhängig“ wäre hier eindeutig verfrüht. Anzustreben ist aber eine Vereinbarung über mögliche Veränderungen und Hilfestellungen.

Als Interventionsstrategie bietet sich an, sachgerecht und emotionsfrei über die Befunde zu informieren und die möglichen Ursachen und Zusammenhänge zu erörtern. Das subjektive Erklärungsmodell ist der wichtigste Ausgangspunkt für mögliche Veränderungen. Zwischen ihm und den wahrscheinlich objektiven Begründungen bedarf es einer vorsichtigen Vermittlung, um möglichen negativen Effekten wie Rückzug oder Kontaktabbruch vorzubeugen. Zu rechnen ist zunächst mit einer Verstärkung der Verleugnung.

20.4. *Besinnung (contemplation)- die Suche nach Hilfe*

Sie setzt wegen der nun nicht mehr zu übersehenden Folgeerscheinungen, Beschwerden und Belastungen ein. Auch kommt es zunehmend zu negativen Reaktionen der wichtigen Bezugspersonen. Die Abhängigkeitskranken registrieren das Suchtproblem, halten aber an einer somatischen Definition des Leidens fest, ohne die Gesamtheit der Krankheit und die darin liegende „Ver-rückt-heit“ zu akzeptieren. Ihr Motiv ist der Schutz ihres Selbstwertgefühles; ihr wesentliches Ziel besteht darin, von den Beschwerden befreit zu werden und die Besorgnisse über ihre Gesundheitsgefährdung zu zerstreuen. Die Diagnose wird dadurch abgewehrt, dass die jederzeitige Kontrollfähigkeit durch die Einschränkung von Konsumzeiten und Konsumorten und durch zwischengeschaltete abstinenten Phasen bewiesen wird. Die Notwendigkeit, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen und das damit verbundene Eingeständnis eigener Schwächen sind nur schwer zu akzeptieren. Durch genaue Informationen über die Behandlungsformen und -inhalte und die ungeschönte Darstellung der allgemeinen und der persönlichen Erfolgsaussichten lassen sich die Erwartungen an Therapien realistisch vorstrukturieren und angemessene Hoffnung auf die möglichen Veränderungen vermitteln. Als Verfahrensweisen haben sich Anleitungen zur Selbstbeobachtung noch ohne Vorgaben für Einschränkungen oder Abstinenz bewährt, z.B. ein Tagebuch über Vorläufer, auslösende und begleitende Situationen sowie die Konsequenzen des Trinkens. So können Klienten dazu angeleitet werden, selbst Problembereiche zu identifizieren, die mit der Abhängigkeit in Zusammenhang stehen. Durch forcierte Selbstaufmerksamkeit kann es auch zu übermäßiger Konfrontation und zu Selbstabwertungen kommen. Dies und verstärkte Ängste vor Veränderungen begünstigen häufig eine Zunahme des Konsums und der gesamten Abhängigkeitsproblematik.

20.5. *Umsetzung (action) - Erste Veränderungen, unrealistischer Optimismus*

Der Einstieg in diese Phase wird durch ernsthafte soziale Konsequenzen und die fortschreitende gesundheitliche Bedrohung unumgänglich. Die wichtigsten Bedürfnisse bestehen darin, sich zu entlasten und zu erholen und Ansehen und Selbstwertgefühl wiederzugewinnen. Folgerichtig versuchen die Klienten sich selbst und den Behandelnden vorzumachen, dass dies das letzte Mal war, dass sie überhaupt an Suchtmittel dachten, geschweige denn daran, sie zu konsumieren. Da ein Rückfall alle bisherigen Bemühungen in Frage stellen würde, darf es ihn nicht geben und die Bedrohung wird oftmals tabuisiert. Auch hier spielt Angstabwehr durch Suchtmittelkonsum oder Suchtverlagerung eine herausragende Rolle. Die Interventionen richten sich jetzt darauf, aus Entzügen und daran anschließend zunehmend längere suchtmittelfreie Intervalle, ggf. eine Anschlusstherapie

zu ermöglichen. Das Thema des schmerzhaften Abschieds vom Suchtmittel wird akzentuiert, denn es ist für den Klienten ein wichtiges Mittel mit vielen positiven Funktionen in der Lebensgestaltung und für die persönliche Identität, das aufgegeben werden soll. Gegenüber diesem „Lebensmittel“ im wahrsten Sinne des Wortes verblassen nur zu oft die positiven Aspekte einer noch in ferner Zukunft liegenden stabilen Abstinenz. Die Entscheidung über Entzug oder Fortsetzung des Konsums liegt hier eindeutig bei dem Abhängigen. Es kann sehr gut dazu kommen, dass jetzt kein echter Veränderungsprozess eingeleitet wird, sondern dass es bei oberflächlicher Einsicht und Zustimmung zu den vorgeschlagenen Maßnahmen bleibt, so dass erst einmal nur eine Trinkpause eingelegt wird. Angesichts der zumeist bereits langjährigen, desolaten Entwicklungen bei diesen Klienten ist dies allerdings ein Wert an sich und sollte nicht unterschätzt werden.

20.6. Beibehaltung (maintenance) - Stabilisierung von Veränderungen im Alltagsleben

Die erreichten Veränderungen müssen sich im Alltagsumfeld bewähren. Viele Klienten stehen vor einer Fülle von neuen, durch die Alkoholkrankheit entstandenen Problemen und sehen sich mit ihren Fehlverhaltensweisen konfrontiert ohne auf den Schutz des Suchtmittels zurückgreifen, die Flucht in die Sucht antreten zu können oder zu wollen. Vielfältige Probleme entstehen auch dadurch, dass es infolge der in der Behandlung veränderten Einstellungen und Verhaltensweisen zu einer Entfremdung im gewohnten Umfeld kommt. Ansprüche, die wieder angemeldet werden, erscheinen als lästig, wenn sich die Anderen darauf eingestellt hatten, ohne den Kranken auszukommen. Die Notwendigkeit der Unterstützung durch Anschlusstherapie, Nachsorge und Selbsthilfegruppe wird abgewehrt durch die Überschätzung der eigenen Standfestigkeit, durch Testen der Abstinenzfähigkeit in Risikosituationen und durch den manchmal missionarischen Eifer von Konvertierten. Suchtverlagerung stellt ggf. eine neue Gefährdung dar. Interventionsziele bestehen jetzt darin, Überforderungen zu vermeiden, Vorbereitungen für rückfallauslösende Situationen und für eine Unterbrechung eines möglicherweise eintretenden Rückfalls zu treffen. Hilfen dafür, ein aktives, aber ausgeglicheneres Leben zu führen, müssen angeboten werden. Die Klienten brauchen Anleitung und Unterstützung dabei, ihre wichtigsten Bezugspersonen über das Ausmaß und die Schwierigkeiten der Lebensumstellung zu informieren und sie daran zu beteiligen. Die regelmäßige Mitwirkung an Selbsthilfegruppen braucht wiederkehrende Bestätigung, auch durch die Bearbeitung evt. negativer Erfahrungen.

20.7. Rückfall

Abhängigkeitserkrankungen sind Rückfallerkrankungen, sonst würden wir sie gar nicht als Krankheit wahrnehmen oder definieren. Nehmen wir an, ein Alkoholkranker war vorher depressiv, was ihn in die Abhängigkeit führte und sie verstärkte. Dann kann jetzt eine reaktive Depression, eine depressive Verarbeitung des Krankheitsschicksals mit Schuldgefühlen, Versagensängsten usw. auftreten. Isolation mit einem Defizit an positiven Erlebnissen und Verstärkern tritt häufig auf, hinzu kann der Stress der Wiedergutmachung kommen. Posttherapeutische Belastungen und ein daraus

resultierender Rückfall treffen viele Klienten und ihre Therapeuten mit überraschender Wucht. Er spiegelt die Bedürfnisse danach sich fallen zu lassen, zu gesellschaftlich üblichen Konsumformen zurückzukehren, ein zuverlässiges Medikament gegen psychische und somatische Schmerzen einsetzen zu können. In ihm drückt sich erneut die Abwehr der Diagnose der Abhängigkeit aus, wenn durch Versuche kontrollierten Konsums das vorherrschende Krankheitsmodell mit dem Abstinenzgebot ausgehebelt werden kann. Rückfall macht also Sinn, ist funktional in vieler Hinsicht. Damit er als Symptom von Krankheit, als eine Chance, auch als eine Notwendigkeit im Prozess der Auseinandersetzung mit der Abhängigkeit gesehen werden kann, muss ohne Resignation oder Vorwürfe oder Zynismus „mit dem Rückfall gearbeitet“ werden. (KÖRKEL et al., 1995) Wichtigste Ziele sind jetzt ein frühzeitiger Abbruch des Konsums und die Reaktivierung fremder Hilfen und der eigenen Heilungsressourcen. Der Rückfallhergang sollte nicht analysiert werden, um in dieser Situation eine Konzentration auf Versagen und Fehlverhalten zu vermeiden, denn Scham- und Schuldgefühle dominieren ohnehin. Vielmehr können Klienten angeleitet werden, die aktuellen Handlungsmöglichkeiten selbst zu erkunden und sich für oder gegen den weiteren Suchtmittelkonsum zu entscheiden. Die Gefahr so gestalteter Interventionen besteht darin, dass durch co-abhängiges Verhalten der Helfenden zu einer Suchtverlagerung beigetragen wird. Motivation ist keine Eigenschaft, sondern ein dynamisches Geschehen. Das Motiv aufhören zu wollen und zu müssen besteht nur zu oft gleichzeitig mit dem Motiv ihn fortsetzen zu müssen und zu wollen. Wie bei einer Waage in einem empfindlichen Gleichgewicht neigen sich die Waagschalen bei scheinbar winzigen Gewichtsverlagerungen mehr zu Abstinenz oder zu einer neuen Konsumphase.

Der Beginn der Behandlung ist häufig durch Fremdkontrolle ausgelöst, wie drohende Scheidung, Arbeitsplatz-, Führerscheinverlust oder gerichtliche Auflagen. Wenn ein Angstklient seine Ängste reduziert, wird er sich besser fühlen, wenn ein Abhängiger abstinent ist, wird er sich auch nach Abklingen der Entzugserscheinungen erst einmal schlechter fühlen. Bei Abhängigen mit antisozialen Verhaltensweisen kommt hinzu, dass sie ihr delinquentes Verhalten positiv bewerten und ihnen ein sozial angemessenes Leben zu langweilig erscheint. So kann auch der erwünschte Zustand vom Abhängigen häufig nicht klar definiert werden. Daher sind in der Therapie Abhängiger immer wieder Definitionen des unerwünschten und erwünschten Zustandes notwendig, um dann zu erarbeiten, mit welchen Mitteln Veränderungen erreicht werden können.
(z.T. aus: BEUTEL, M. (Hrsg.), Motivation in der Suchttherapie- intrapsychischer Prozess und versorgungspolitische Aufgabe, 1998)

21. Klärung der Persönlichkeitsdynamik

Komorbidität von schwerer psychischer Störung und Sucht als klinisches Phänomen hat für die Suchtkrankenhilfe Relevanz. Das Risiko für beide Gruppen, eine weitere Störung zu entwickeln, ist statistisch erhöht, die Behandlung muss entsprechend modifiziert werden.

21.1. Persönlichkeitsstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind die häufigste weitere psychiatrische Diagnose bei Suchtklienten. Der Zusammenhang ist von klinischer sowie wissenschaftlicher Relevanz, auch wenn es sowohl im Bereich der Klassifikation als auch der Diagnostik anhaltend grundlegende Kontroversen gibt.

21.2. Das Modell der Affektregulierung

Bei dem Modell der Affektregulierung unterscheidet man zwei grundlegende Motivationen:

- Positive Affekte sollen verstärkt werden.
- Symptome sollen erleichtert werden, dies wird häufig als Selbstmedikation bezeichnet.

21.3. Angsterkrankungen

Neben den affektiven Erkrankungen, insbesondere Depressionen, sind die angstneurotischen Störungen am intensivsten auf ihren Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch untersucht worden. In welchem pathogenetischen Zusammenhang allerdings Angst und stofflicher Missbrauch stehen, ist nur unzureichend untersucht und geklärt. Es ist ein Fragenkomplex, der aus Prävalenzstudien nur schwer zu beantworten ist, zumal mit verschiedenen Entzugssyndromen massive Angstzustände direkt verbunden sind und andererseits das Suchtmittel häufig im Sinne von Angstbewältigung und Angstdämpfung eingesetzt wird.

21.4. Affektive Störungen

Der Zusammenhang zwischen affektiven Erkrankungen und stofflichem Missbrauch gehört zu den bestuntersuchten dieses Forschungsbereichs. Ursache des relativ hohen Forschungsinteresses ist die in fast allen Untersuchungen nachgewiesene hohe Koinzidenz von affektiver Störung und Suchtmittelmissbrauch. Folgende Ursachen für die Entstehung einer Depression bei Suchtklienten sind denkbar:

- die Ähnlichkeit und Parallelität der Symptomatik gerade während des Entzugs mit organischen Faktoren wie Schlafstörungen, Angstzuständen, Erschöpfung und dysphorischer Stimmungslage
- die Stigmatisierung von Suchtklienten und die Erkenntnis eines chronischen Krankheitsprozesses
- das Gefühl der Einsamkeit und Leere, den Alkohol als „besten Freund“ zu verlieren oder verloren zu haben, ein Lebensprinzip aufgeben zu müssen.

Als weitere mögliche Basis des Zusammentreffens von affektiver Störung und Suchtmittelkonsum wird von verschiedenen Autoren ein gestörter Neurotransmitterhaushalt diskutiert. Einige Autoren sehen auch die endogene Depression als Ursache von Alkoholabhängigkeit an.

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass sich die depressiv- neurotische Persönlichkeitsstörung und das negative Selbstkonzept als zwei wesentliche Merkmale der Alkoholikerpersönlichkeit unterscheiden. Ein weiterer Gesichtspunkt ergibt sich aus der klinisch bedeutsamen Erhöhung der Selbstmordtendenz bei Alkoholikern. Die Bedeutsamkeit der Depressivität als zentrales Persönlichkeitsmerkmal von Alkoholikern wurde bereits in den sechziger Jahren betont und ließ sich in der Folge auch immer wieder empirisch belegen.

22. Leidensdruck

Hoher Leidensdruck führt in der Regel primär zur Suche nach Entlastung und fremder Hilfe und veranlasst aus sich selbst heraus noch nicht zu einer intensiven Suche nach Veränderungsmöglichkeiten. (SCHWOON, 1990) Veränderung macht immer auch Angst, so dass gerade bei hohem Leidensdruck und hoher Änderungsnotwendigkeit zwei Prozesse parallel ablaufen: Problembewältigung und Angstbewältigung. (SCHWOON, 1974) Angstbewältigung dominiert zunächst mit hoher Wahrscheinlichkeit, so dass Alkohol immer wieder eingesetzt wird, um gerade die Angst vor der Abhängigkeit und ihren Folgen nicht spüren zu müssen. Der zweite Prozess, nämlich die Problembewältigung, kann sich nur bei ganz konkreten Handlungsmöglichkeiten entfalten. Meist bestehen für Abhängigkeitserkrankte aber große Unklarheiten über den Behandlungsweg und die Behandlungsinhalte und auch über die Perspektiven für ein Leben „danach“. Das therapeutische Setting wirkt auf viele wie eine unbekannte und bedrohliche Subkultur. Es wird Erhebliches verlangt: Einordnung und Anpassung an die vorgegebenen Personen und Räumlichkeiten, Gruppenteilnahme, Akzeptierung eines therapeutischen Regiments u. v. m.

Motivierungsarbeit wird aber falsch verstanden, wenn sie allein auf die Förderung der Behandlungsbereitschaft begrenzt wird. Es gibt auch körperlich abhängig gewordene Therapienichtbeginner, die ohne Therapie auskommen. Für manche Klienten kann die Entscheidung gegen eine Therapie durchaus der heilsamere Weg sein. In der Fachambulanz wird diesen Klienten die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe angeraten.

23. Förderung einer bewussten, selbstbestimmten Therapieentscheidung

In dieser Phase geht es darum, die Bereitschaft des Klienten zu konkreten Veränderungsschritten zu stärken. Viele Klienten sind im Hinblick auf eine Veränderung ihrer Konsum- bzw. Lebensgewohnheiten sehr ambivalent. Bei diesen Klienten macht es wenig Sinn, über konkrete Veränderungsschritte und Problemlösungen nachzudenken. Es sollte stattdessen zunächst darum gehen, Umstände und Funktionen des Konsums kennen zu lernen, Ambivalenzen herauszuarbeiten und subjektive Gründe für eine Veränderung zu identifizieren und ggf. zu verstärken. Dazu sind folgende Strategien hilfreich:

Offene Fragen stellen, aktiv zuhören, bestätigen und selbstmotivierende Aussagen hervorrufen sowie zusammenfassen. Offene Fragen zur Förderung selbstmotivierender Aussagen sind z.B.:

1. Problembewusstsein

Was bringt Sie auf den Gedanken, dass es sich um ein Problem handelt?

Welche Schwierigkeiten haben Sie wegen des Suchtmittelkonsums bekommen?

Inwiefern war das ein Problem für Sie?

Wie hat der Gebrauch von Suchtmitteln Sie dazu gebracht, nicht mehr das zu tun, was Sie wollen?

2. Besorgnis

Inwiefern ist Ihr Trinken für Sie selbst oder andere Menschen Anlass zur Sorge?

Was ängstigt Sie an Ihrem Suchtmittelgebrauch?

Was stellen Sie sich vor, könnte mit Ihnen geschehen, wenn Sie so weiter machen?

Wie sehr versetzt Sie das in Sorge?

Auf welche Weise beunruhigt Sie das?

3. Veränderungsabsicht

Was veranlasst Sie zu der Annahme, dass Sie sich verändern müssen?

Angenommen, Sie wären zu hundert Prozent erfolgreich und alles würde genauso laufen, wie Sie sich das wünschen, wo wäre der Unterschied zur augenblicklichen Situation?

4. Zuversicht

Was gibt Ihnen die Kraft zu glauben, das Sie sich verändern könnten, wenn Sie es wollten? Was würde Ihres Erachtens für Sie arbeiten, wenn Sie sich verändern würden?

(MILLER & ROLLNICK, ebd.)

24. Indikationsstellung

Angesichts der unterschiedlichen Störungsbilder, der unterschiedlichen Risikofaktoren, die zu ihrer Entstehung beigetragen haben, sowie der unterschiedlichen, sich anbietenden therapeutischen Verfahren kommt der Indikationsstellung eine besondere Bedeutung zu. Die Indikation für eine bestimmte Behandlung und Behandlungseinrichtung setzt vor allem folgende Abklärungsschritte voraus:

- Diagnose des aktuellen Krankheitsbildes
- Diagnose von Begleiterkrankungen
- vorangegangene Behandlungen und deren Ergebnisse
- individuelle Behandlungsbedürfnisse
- individuelle Behandlungserwartungen und Behandlungsbereitschaft
- Verfügbarkeit geeigneter Behandlungsplätze
- Finanzierung der angezeigten Behandlung

Bei der Mehrzahl von Krankheitszuständen und Behandlungsbedürfnissen ist außerdem zu prüfen, wo die größte Dringlichkeit liegt und welches die vordringlichsten Behandlungsziele sind. Dies schließt auch eine Abwägung der Risiken mit ein.

25. Therapieplanung

Ist aufgrund dieser Checkliste eine Indikation gestellt worden, geht es um die konkrete Therapieplanung. Die Therapieplanung ist ein interaktiver Prozess, in welchen außer den Betroffenen auch andere Personen einzubeziehen sind. (Angehörige, Arbeitgeber, gesetzliche Vertreter, Rechtsvertreter, etc.) Steht die Überweisung an eine Behandlungseinrichtung an, ist in der Regel auch diese in die Planung einzubeziehen. Grundsätzliche Vor- und Nachteile ambulanter und stationärer Therapieformen fließen ebenfalls in die Betrachtung mit ein.

Zur Therapieplanung gehören u.a.:

- Klärung und Festlegung der Behandlungsdauer
- Klärung der entstehenden Behandlungskosten und deren Finanzierung
- Information der Beteiligten über Behandlungsziele, Behandlungsanforderungen und Behandlungsvarianten
- Planung von begleitenden Maßnahmen (Angehörigenberatung/-betreuung, Bearbeitung beruflicher und finanzieller Problemlagen, Begutachtung, etc.)

Weder die Indikationsstellung noch die Therapieplanung sind in der Regel von Beginn an definitiv festzulegen; sie stellen vielmehr einen Prozess dar.

Wichtige Instanzen für die Indikationsstellung und Therapieplanung sind praktizierende Ärzte, ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen für Suchtprobleme, somatische und psychiatrische Polikliniken und Kliniken. Optimale Voraussetzungen sind die Erfahrung mit Suchtkranken und detaillierte Kenntnis der Behandlungsmöglichkeiten. Eine Zusammenarbeit mit spezialisierten Stellen ist zu empfehlen, um möglichst zielführende Behandlungschancen wahrzunehmen.

25.1. *Behandlungsplanung, Kontrakte*

Fragen zur Behandlungsstrategie und zur Entwicklung eines **Behandlungsplans**, die zu berücksichtigen sind:

- Was ist erhaltenswert? Was ist gesund, funktionstüchtig?
- Was ist gestört, beeinträchtigt, beschädigt und muss wiederhergestellt werden? Falls es nicht wiederhergestellt werden kann: Wie kann es bewältigt werden?
- Was muss bereitgestellt werden, da es fehlt, verlorengegangen ist oder nicht vorhanden war? Was wäre möglich? Was ist noch gar nicht genutzt und muss deshalb entwickelt werden?

In den hier vorliegenden Fällen wurden folgende **Behandlungsplanungen** erstellt:

Herr Sch:

Ambulante Rehabilitation in der Fachambulanz der Diakonie:

Intensivphase, sechs Monate (dreimal wöchentlich Gruppe, Therapie mit kreativen Medien, Bewegungstherapie und regelmäßige Einzelgespräche mind. alle 4 Wochen, drei Intensivtage)

Danach Übernahme in die Verselbstständigungsphase, acht Monate (wöchentlich Gruppe und mind. alle vier Wochen Einzelgespräch)

Die gesamte Entwöhnungsbehandlung (einschließlich ambulanter Weiterbehandlung) wurde inzwischen regulär abgeschlossen.

Der Klient befindet sich zur Zeit in der Ausbildung zur Honorarkraft in der Motivationsgruppe.

Frau T.:

Vermittlung in stationäre Rehabilitation:

16 Wochen, Frauenklinik

Regulärer Abschluss

Die ambulante Nachsorgebehandlung in der Fachambulanz dauert momentan noch (nach Verlängerung) an.

Herr R.:

Vermittlung in die Tagesklinik(ambulante ganztägige Rehabilitation):

13 Wochen,

danach Verselbstständigungsgruppe in der Fachambulanz acht Monate

Die Entwöhnungsbehandlung wurde inzwischen regulär abgeschlossen. (einschließlich ambulanter Weiterbehandlung)

Herr R. arbeitet wieder in seinem Beruf.

26. Umgang mit Krisen/Rückfällen

Häufig sind aktuelle Krisensituationen oder Rückfälle nach längerer Abstinenz der Auslöser, sich in die Beratung der Fachambulanz zu begeben. Krise meint die Labilisierung eines Humansystems durch biologische, psychische, soziale Faktoren, wobei eine Restabilisierung mit den üblichen Bewältigungsmechanismen nicht mehr möglich ist. Der Ausgang einer Krise (Entscheidung) ist immer ungewiss. Alles Lebendige kann in eine Krise kommen. Eine Krise ist nicht nur Bedrohung, sondern auch Chance: Entwicklung von etwas Neuem. In der Krise ist ein Humansystem nicht mehr in vollem Maße für sich selbst verantwortlich. Krise ist per definitionem zeitlich begrenzt, sie dauert in der Regel 4-6 Wochen, dann entscheidet sich, wie es weitergeht. In einer Krise ist die Identität gefähr-

det. Die Identität eines Menschen ist desto eher gefährdet, je weniger Säulen sie tragen; Krisenintervention hat also als erstes in Betracht zu ziehen, welche Säule(n) der Identität beeinträchtigt ist/sind.

Krisen sind lebensnotwendige Prozesse, die immer dann auftreten, wenn sich Persönlichkeitsstrukturen gegenüber anstehenden Veränderungen in dem Kontext, in dem sie anstehen, als zu starr erweisen.

Wir unterscheiden zwischen:

- **Entwicklungsbedingten Krisen**, die in jedem Leben zu bewältigen sind (vor allem an den Übergängen von einem Entwicklungsschritt zum nächsten, z.B. Geburt, Pubertät, Familiengründung, etc.)
- **Gesellschaftlich oder schicksalhaft bedingten Krisen** (Krieg, Arbeitslosigkeit, etc.)

Um das Ausmaß einer Krise erfassen zu können, hat es sich bewährt, Krisen in Bezug auf die Zahl der betroffenen Dimensionen zu betrachten:

Welche und wie viele Säulen der Identität sind beschädigt, welche und wie viele sind stabil, geben Sicherheit und wirken kompensierend?

Wie Krisen erlebt und verarbeitet werden, hängt allerdings nicht nur davon ab, wie tiefgreifend und umfassend die Erschütterungen sind, sondern auch davon, welche Erfahrungen ein Mensch in seinem bisherigen Leben mit Krisen und deren Überwindung gemacht hat. Wenn der Krisenverlauf glückt, folgt dem Wendepunkt eine - eventuell tiefgreifende- Veränderung, die häufig erlebt wird als plötzliche Ruhe, verbunden mit Unsicherheit. Erst allmählich bilden und stabilisieren sich Strukturen, in denen die neuen Erfahrungen integriert sind. Wenn es nicht zur Neuorganisation kommt, haben wir es mit Rebound zu tun: Das Alte, scheinbar bewährte, kann noch nicht losgelassen werden, es braucht mehrere Anläufe bis mehr und mehr losgelassen werden kann, sofern nicht dieser Prozess an irgendeiner Stelle „chronisch“ blockiert ist. Nach ihren Verlaufsformen werden akute (laut, dramatisch, oft erschreckend, meist therapeutisch leichter erreichbar, deutlicher erkennbar) und schleichende, stille, sich langsam zuspitzende Krisen (Vorwarnzeichen wenig prägnant, leicht zu übersehen) unterschieden.

26.1. Zum therapeutischen Umgang mit Krisen

Die Arbeit mit Krisen, deretwegen ein Klient eine Therapie aufsucht, und Krisen im Verlaufe der Therapie unterscheiden sich im wesentlichen nur darin, dass bei Krisen im Therapieverlauf bereits auf eine vorhandene Beziehungsbasis zurückgegriffen werden kann, was in der Motivationsphase noch nicht der Fall ist. In der Krisenarbeit ist es wichtig, das Machbare nicht zu überschätzen und die Grenzen zu beachten. (Grenzen des Therapeuten, des Klienten, des Settings).

27. Zusammenfassung: Entwicklung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses mit dem Ziel einer differenzierten Behandlungsplanung (Diagnose, Befund, Indikation) im Rahmen ambulanter Motivationsbehandlung in einer Fachambulanz für Suchtkranke

In der Arbeit werden zunächst die Grundannahmen der *Integrativen Therapie* sowie die relevanten Suchttheorien in Verbindung mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von Suchtverhalten dargestellt. Darauf aufbauend werden die praktischen Erfahrungen der Autorin anhand von drei Fallvignetten in der Behandlung von Klienten in einer Motivationsgruppe für Alkohol- und Medikamentenabhängige in einer Fachambulanz für Suchtkranke herangezogen. Die Intention ist die Stellung einer profunden Diagnose, einer Indikation und eines Behandlungsplans während der Motivationsbehandlung zur zielführenden stationären, teilstationären oder ambulanten Weiterbehandlung auf der Basis eines tragfähigen therapeutischen Arbeitsbündnisses.

Schlüsselwörter: Ambulante Motivationsbehandlung, Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit, Diagnostik, Arbeitsbündnis, Behandlungsplanung

Summary: Development of a sustainable working alliance with the aim of differentiated treatment planning (diagnosis, findings, indication) within the framework of outpatient motivational treatment in a specialist outpatient clinic for addicts

Starting with the basic theories of „*Integrative Therapy*“ and drug addiction, the origin and persistence of drug related behaviour is presented and described. Based on the author's practical experience with a group of out-patients undertaking specialist drug or alcohol addiction treatment, three individual cases have been analysed. The aim of the study is to obtain a profound diagnosis with relevant indicators leading to a plan of medical and therapeutic treatment in both- in- and out-patient settings based on a sound client- therapist-relationship.

Keywords: Outpatient motivational treatment, alcohol and drug dependence, diagnostics, work alliance, treatment planning

28. Literaturliste:

- ASSAGIOLI R., (Hrsg. Petzold, H.) Die Schulung des Willens, Band 15, Paderborn, Junfermann, 8. Auflage, 1998
- BECK A.T., LIESE B., NEWMAN C., WRIGHT D. F., LINDENMEYER J., (Hrsg.), Kognitive Therapie der Sucht, BeltzPVU, 1997
- BERG I., MILLER S., Kurzzeittherapie bei Alkoholproblemen, Carl-Auer-Systeme, 1993
- BEUTEL M., (Hrsg.) Motivation in der Suchttherapie- intrapsychischer Prozess und versorgungspolitische Aufgabe, Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe, buss Neuland Verlag, 1998
- BILITZA K., (Hrsg.) Suchttherapie und Sozialtherapie, Psychoanalytisches Grundwissen für die Praxis, Vandenhoeck und Ruprecht, 1993
- BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR REHABILITATION, Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken- Alkohol- Drogen- Medikamente, Schriftenreihe, Heft 12, 1996
- BUUNK P., Affiliation, zwischenmenschliche Anziehung und enge Beziehungen, aus Sozialpsychologie- Eine Einführung, 3. erw. u. überarbeitete Auflage, 1997, S. 415-445
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE GEGEN DIE SUCHTGEFAHREN, Jahrbuch Sucht, Geesthacht, Neuland Verlag, (1998)
- DIAKONIE IN DÜSSELDORF, Wied M., Konzeption Fachambulanz für Suchtkranke, Zentrum für psychosoziale Beratung und Rehabilitation, 2001

- FACHLINIK FLAMERSFELD, Konzept Männerspezifische Suchttherapie, Fußball als Therapie für Drogenabhängige
- FERENCZI S., Ohne Sympathie keine Heilung - Das klinische Tagebuch von 1932, Fischer-Verlag, Frankfurt a.M., 1999
- FREUD A., Das Ich und die Abwehrmechanismen, 1936
- FUNK K., Therapeutische Gemeinschaft Tauwetter, Konzeption und Behandlungsordnung
- GASTPAR M., MANN K., ROMMELPACHER H.(Hrsg.), Lehrbuch der Suchterkrankungen, Thieme, Stuttgart, New York, 1999
- HABERMAS J., Theorie und Praxis, Suhrkamp, Frankfurt (Main), 1974
- HASS W., PETZOLD H., Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie, in: PETZOLD, MÄRTENS, 1999a, S. 193-272
- HELLMANN D., Leben ohne Alkohol, Mein persönlicher Leitfaden, Ehrenwirth, 2001
- JÄKEL B., Motive und Motivationen als Grundlage menschlichen Verhaltens- Überlegungen zu einer integrativen Motivationstheorie, Zeitschrift für Integrative Therapie, 27. Jg. 2001, S.145
- JOHNSON S., M., Der narzisstische Persönlichkeitsstil, Edition Humanistische Psychologie, 2000
- KALKUM G., Zettelkasten Integrative Therapie, private Sammlung, 1997-2000
- KÖRKEL, J. (Hrsg.) Praxis der Rückfallbehandlung, W´tal Blaukreuz-Verlag, (2.Aufl.), 1998
- KÖRKEL, J. (Hrsg.) Rückfall muß keine Katastrophe sein, W´tal Blaukreuz-Verlag, 4. Aufl., 2000
- LEVINAS E., Totalität und Unendlichkeit, Verlag Karl Alber GmbH
- LINDENMEYER J., Lieber schlau als blau, BeltzPVU, 2005
- MARCEL G., Die Menschenwürde und ihr existentieller Grund, Knecht, Frankfurt, 1972
- MENTZOS S., Abwehr -- in MERTENS, W. (Hrsg.) Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse, Stuttgart Verlag Internat. Psychoanalyse, 1993
- MERLEAU-PONTY M., Phänomenologie der Wahrnehmung, De Gruyter Studienbuch Verlag, 1966
- MILLER R. u. ROLLNICK S., Motivierende Gesprächsführung, Lambertus, Freiburg im Breisgau, 1999
- MORENO J., Psychodrama und Soziometrie, Edition Humanistische Psychologie- EHP, 2. Aufl., 2001
- MORENO J., Gruppenpsychotherapie und Psychodrama, Thieme Verlag, 5. unveränderte Aufl.
- MÜLLER M., Affiliation, Reaktanz- sozialpsychologische Beziehungsmodelle und ihre Bedeutung für die Praxis der Supervision, Leistungsnachweis Diplomstudiengang Supervision, Freie Universität Amsterdam, 2002-2004
- OSTEN P., Die Anamnese in der Psychotherapie, 2. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag, München/Basel, 2000
- PERLS F., Grundlagen der Gestalttherapie- Einführung und Sitzungsprotokolle, Pfeiffer, München, 7. Auflage, 1989
- PETRY H.-J., Alkoholismustherapie, 3. Auflage, Beltz, 1996
- PETZOLD H., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn, Junfermann, 1980
- PETZOLD H., Drogenabhängigkeit als Krankheit, in Gestalt und Integration, Zeitschrift für ganzheitliche und kreative Therapie, 1/91, S. 149-159, 1988
- PETZOLD H., Die Kraft liebevoller Blicke, Psychotherapie und Babyforschung, Band 2, Junfermann, Paderborn
- PETZOLD H., Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie, Band 1-3, 1993
- PETZOLD H., SIEPER J. (Hrsg.), Integration und Kreation- Modelle und Konzepte der Integrativen Therapie, Agogik und Arbeit mit kreativen Medien, Band 1 und 2, Paderborn, Junfermann, 1993
- PETZOLD H., THOMAS G. (Hrsg.) Integrative Suchttherapie und Supervision Sonderausgabe Gestalt und Integration, 1/1995
- PETZOLD H., (Hrsg.) Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, Paderborn, Junfermann 3. Aufl., 1996
- PETZOLD, H., Der „Andere“ - das Fremde und das Selbst Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anlässlich des Todes von Emanuel Levinas (1906-1995), Zeitschrift Integrative Therapie 2-3, S. 319-349, 1996
- PETZOLD, H., (Hrsg.) Frühe Schädigungen- späte Folgen? Psychotherapie und Babyforschung, Junfermann, Band 1, 2. Auflage, 1997

- PETZOLD H., Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit, Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“- unkorrigierte, vorläufige Arbeitsversion, 2000
- PETZOLD H., WOLF H., LANDGREBE B., JOSIC´ Z. (Hrsg.), Das Trauma überwinden, Integrative Modelle der Traumatherapie, Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie, Paderborn, Junfermann, 2002
- PETZOLD H., SCHAY P., EBERT W., (Hrsg.) Integrative Suchttherapie, VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2004
- PITTRICH W., ROMPETSCH W., SARRAZIN D., (Hrsg.) Kurzintervention und motivierende Gesprächsführung, Schöppingen Forum Sucht, Band 27, -workshop- 19.-21. September 2000
- PRITZ A., PETZOLD H., (Hrsg.) Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Junfermann, Paderborn, 1992
- RAUCHFLEISCH B., Arbeit im psychosozialen Feld, Vandenhoeck & Ruprecht
- ROST W., Psychoanalyse des Alkoholismus -Theorie, Diagnostik, Behandlung, Klett-Cotta, Stuttgart, 6. Auflage, 2001
- RAHM D., OTTE H., BOSSE S., RUHE-HOLLENBACH H., Einführung in die Integrative Therapie, Grundlagen und Praxis, Junfermann, 1993
- SCHEIBLICH W., Sucht aus der Sicht psychotherapeutischer Schulen, Lambertus, Freiburg, 1995
- SCHNEIDER, R., Die Suchtfibel, Baltrum: Schneider Verlag, 1998
- SCHUCH W., Grundzüge eines Konzeptes und Modells integrativer Psychotherapie, in: Integrative Therapie, 26.Jg., Heft 2-3, 2000
- SCHULTE, D., Therapieplanung, 2. unveränderte Auflage, 1998
- SCHWOON D., Umgang mit alkoholabhängigen Patienten, Psychiatrie-Verlag, April 2004
- SCHWOON D. S, KRAUSZ M. Suchtkranke, Thieme, Stuttgart, 1990
- SCHWOON D. (Hrsg.), KRAUSZ M. (Hrsg.) Psychose und Sucht, Lambertus, Frbg., 1994
- STRIEDELMEYER E., Der Andere in der Ethik therapeutischen Handelns – Denkanstöße von Moreno und Levinas für die Integrative Therapie, Graduierungsarbeit am FPI, 5/2003
- THOMASIU R. (Hrsg.), Psychotherapie der Suchterkrankungen, Krankheitsmodelle und Therapiepraxis- störungsspezifisch und schulenübergreifend, Thieme Verlag, Stuttgart/New York, 2000
- UCHTENHAGEN A, ZIEGLGÄNSBERGER W., Suchtmedizin- Konzepte, Strategien und therapeutisches Management, Urban und Fischer, München und Jena, 2000
- VAN DER KOLK et al., Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze, Junfermann, Paderborn, 2000
- VOGEL E., in Integrative Suchttherapie, Aufs. Ausgewählte Aspekte zur Geschlechterdifferenzierung in der ambulanten Suchttherapie, S. 51-79, 2004
- WARDETZKI B., Weiblicher Narzissmus, Kösel –Verlag, 14. Auflage, 2002
- WINNICOTT D.W., Blick in die analytische Praxis, Klett Cotta
- WINNICOTT D.W., Vom Spiel zur Kreativität, Klett Cotta, 2002
- YALOM I.D., Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, ein Lehrbuch, Pfeiffer bei Klett-Cotta, München, 5. Auflage, 1999

29. Anhang

Vignette 1 Herr Sch.

Sozialbericht

Entlassungsbericht ambulante Rehabilitation

Vignette 2 Frau T.

Sozialbericht

Entlassungsbericht stationäre Rehabilitation

Vignette 3 Herr R.

Sozialbericht

Entlassungsbericht teilstationäre Rehabilitation
Entlassungsbericht ambulante Weiterbehandlung